

Critère 2.2-01

6^{ème} cycle

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Ce guide a été élaboré par la FORAP et le 3RIV (réseau des référents régionaux en identitovigilance) et construit sur la base des éléments du **référentiel de certification HAS** (version 2025), de la fiche pédagogique HAS « **parcours intrahospitalier** », du **référentiel national d'identitovigilance (RNIV)** version 2 de décembre 2024 et des **fiches pratiques et mémento publiés par le 3RIV**.

Il a pour objectifs de :

- **Faciliter l'appropriation des attendus des éléments d'évaluation du critère 2.2-01 sur les pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.**
- **Présenter une vision globale des attendus** du référentiel de certification concernant l'identitovigilance.

Il s'adresse aux membres de la cellule locale d'identitovigilance, aux responsables et directeurs qualité et aux professionnels administratifs, médico-techniques et soignants.

Que trouve-t-on dans ce guide ?

- En préambule : le critère principal et la liste des critères en lien avec la thématique.
- Le critère principal, les objectifs et les attendus du critère, et les éléments d'évaluation détaillés et complétés par le regard de la FORAP et du 3RIV.
- Les critères en lien avec la thématique identitovigilance, complétés par le regard de la FORAP et du 3RIV.
- Des annexes : les documents publiés par la HAS et la FORAP, ainsi que les références bibliographiques / ressources et les outils développés par le 3RIV sur cette thématique, un glossaire.

Le « regard porté par la FORAP et le 3RIV » sur les différents éléments d'évaluation s'appuie sur l'expertise des professionnels des structures régionales d'appui et des personnels du réseau des référents régionaux en identitovigilance. Ce « regard » ne présente pas de caractère exhaustif ni opposable. Ce guide fera l'objet d'actualisation le cas échéant.

Liste des critères en lien avec le critère principal

(En rouge les critères impératifs)

Critère 1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée (EE 2 & 4)
Critère 1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge (EE 4)
Critère 2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients (EE 4)
Critère 2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins (EE 2)
Critère 2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments (EE 1, 2 & 4)
Critère 2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine (EE 2)
Critère 2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient » (EE 1)
Critère 2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né (EE 2)
Critère 2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie (EE 1)
Critère 3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (EE 1 & 3)
Critère 3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels (EE 5)
Critère 3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents (EE 1, 2, 3 & 4)
Critère 3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (EE 4)
Critère 3.1-08	L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée (EE 1 & 2)
Critère 3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge (EE 6)
Critère 3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins (EE 2, 3, 4 & 5)
Critère 3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient (EE 1 & 2)

1. LE CRITÈRE PRINCIPAL

CRITERE 2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
Chapitre 2 Objectif 2.1	Les équipes de soins La maîtrise des risques liées aux pratiques
	<i>Objectifs et attendus du critère dans le référentiel de certification</i> L'identitovigilance permet de limiter le risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire...). L'identification fiable et unique du patient à chaque venue et à toutes les étapes de sa prise en charge permet de relier l'identité d'une personne à un acte. Depuis le 1er janvier 2021, l'utilisation de l'identité nationale de santé (INS), pour référencer les données de santé, est obligatoire. Cette INS est constituée du numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (ou numéro identifiant attente de l'individu pour les personnes nées à l'étranger) et de cinq traits : nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, lieu de naissance. À l'admission, l'INS doit être qualifiée par appel au téléservice INSi. Pendant le séjour, les équipes informent le patient qu'à chacune des étapes de sa prise en charge, la concordance entre son identité, ses prescriptions et les actes fera l'objet d'une vérification et elles l'impliquent autant que possible dans cette procédure de sécurité.
Regard de la  et du 	✓ Les patients qui disposent d'une INS sont : les personnes nées en France ou les personnes nées à l'étranger et travaillant en France. Un nouveau-né dispose d'une INS 3 à 4 jours après sa déclaration à l'état civil. ✓ Une identification fiable du patient repose sur une bonne gestion de l'identité numérique du patient à son entrée : - <u>La recherche d'antériorité par date de naissance</u> et au maximum 3 premières lettres du nom et/ou du prénom - <u>L'interdiction de rechercher ou de créer une identité par lecture de l'identité sur la carte vitale (physique)</u> - <u>La sélection d'un statut pour l'identité :</u> Le statut <i>identité provisoire</i> correspond à une identité saisie sur les dires du patient. Le statut <i>identité validée</i> est attribué après contrôle des traits d'identités présents sur un dispositif d'identification à haut niveau de confiance (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour dans le cas général ; cf. RNIV volet 1 § 3.3 pour les cas particuliers).

	Le statut <i>identité qualifiée</i> correspond à une identité créée ou modifiée à partir de l'INS retournée par le téléservice INSi et validée par un dispositif d'identification à haut niveau de confiance. Le statut <i>identité récupérée</i> correspond à une identité créée ou modifiée à partir de l'INS retournée par le téléservice INSi SANS VALIDATION par un dispositif d'identification à haut niveau de confiance. Le RNIV V2 ne recommande plus cette pratique qui peut être à l'origine d'erreur de qualification de l'INS (retour inapproprié du téléservice INSi qui renvoie une autre identité que celle du patient. [RECO PP03]) - <u>L'utilisation des attributs</u> L'attribut <i>identité douteuse</i> est utilisé en cas de doute sur l'identité déclinée par l'usager. L'attribut <i>identité fictive</i> est utilisé pour caractériser les identités fictives créées pour les patients souhaitant garder l'anonymat ou incapables de décliner leur identité. L'attribut <i>identité homonyme</i> est utilisé pour faciliter l'identification et la gestion des identités à fort taux de ressemblance. ✓ Une identification fiable du patient repose sur une bonne vérification de l'identité du patient au cours des soins : - Grâce à la présence d'un dispositif physique d'identification (voir plus loin) et la lecture par le professionnel de l'identité présente ou rattachée. - Par des questions ouvertes au patient, a minima sur son nom de naissance, son premier prénom, sa date de naissance (ou relève de l'identité sur le dispositif physique d'identification pour les patients non communicants). - Avec recherche de concordance entre l'identité, la prescription ou le support de prise en charge et l'acte de soins : Soit 3 éléments concordants parmi dires patient, bracelet, prescription, étiquette, bon de transport, dossier papier ou informatique, pilulier, programmation opératoire etc.
--	--

Regard des éléments d'évaluation

Critère 2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Méthode
Elément d'évaluation 1	Chaque document papier du dossier patient est identifié (cartouche identité ou étiquette patient contenant les traits d'identité requis).	Parcours traceur Professionnels
FORAP Fédérer Mutualiser Innover La qualité-sécurité en santé et du 3RIV RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	Les [EXI PP 21] et [EXI PP22] du volet 1 du RNIV version 2 prévoient les éléments d'identification attendus sur les documents et des étiquettes. ✓ Identification des documents Les documents contenant des données de santé doivent comporter a minima sur la première page : Si l'identité de l'usager est qualifiée : - nom de naissance, - premier prénom de naissance, - liste des prénoms, - date de naissance, - sexe, - lieu de naissance, - matricule INS suivi de sa nature (NIR ou NIA), - nom et prénom utilisé s'ils sont renseignés, - datamatrix INS. Si l'identité de l'usager n'est pas qualifiée : - nom de naissance, - premier prénom de naissance, - date de naissance, - sexe, - nom utilisé et prénom utilisé s'ils sont renseignés. Les pages suivantes du document contiennent, <i>a minima</i> : - nom de naissance, - premier prénom de naissance, - date de naissance, - sexe, - nom utilisé et prénom utilisé s'ils sont renseignés. Dans un souci de gain de place, l'identité peut être indiquée en en-tête ou pied de page ou dans un format adapté. Il est acceptable que l'INS complète et le datamatrix soient présents sur une page de garde. ✓ Éléments d'identification présents <i>a minima</i> sur les étiquettes - nom de naissance, - premier prénom de naissance, - date de naissance, - sexe, - nom utilisé et prénom utilisé s'ils sont renseignés.	

	✓ L'identification des données de soin produites par le matériel biomédical satellite est effective et réalisée à l'aide d'une étiquette (ECG, résultat de bandelette urinaire, automate de biologie délocalisée si non connecté au référentiel unique d'identités ou au logiciel de laboratoire, échographe mobile, radiographie au lit, EFR, etc.). ✓ Les bonnes pratiques de rangement des documents dans le bon dossier sont définies, connues et appliquées par les professionnels : document papier dans le bon dossier papier, scan dans le bon DPI et le bon séjour (des contrôles sont à faire avec le N° de séjour par exemple).	
Élément d'évaluation 2	Si le patient n'a pas la capacité de décliner son identité, l'identification secondaire du patient est assurée par un dispositif d'identification adapté (bracelet ou toute autre alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité).	Parcours traceur Professionnels
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	✓ Un dispositif physique d'identification (bracelet, photographie, biométrie faciale, biométrie digitale, RFID dans carte ou badge, etc.) est proposé systématiquement à tous les patients y compris si ceux-ci sont communicants, en hospitalisation complète comme en séance ou hospitalisation de jour itérative. ✓ Il existe des initiatives innovantes qui peuvent répondre à certaines contraintes : - solution basée sur l'utilisation de données biométriques ou morphométriques, - code barre sur les cartons de rendez-vous et les accessoires des patients (bracelet, radiothérapie ou autre), - RFID, etc. ✓ S'il s'agit d'une photographie, elle est : - actualisée au moins annuellement (tous les 6 mois chez l'enfant, plus fréquemment pour les patients qui peuvent changer rapidement de physionomie au cours de la prise en charge), - identifiée (ie associée a minima aux traits exigés sur une étiquette par le RNIV), - suffisamment grande pour que l'utilisateur soit reconnaissable. La photographie est facilement accessible pour le soignant et mobilisable au plus près du soin avec respect de la confidentialité s'il s'agit d'un trombinoscope. A noter qu'il n'est pas nécessaire de faire signer au patient un document de droit à l'image si la photo est utilisée exclusivement dans le cercle de soin. ✓ Les règles de pose et changement de bracelet ou de prise photographique sont définies ainsi que la vérification régulière de la présence du dispositif et son retrait en fin de prise en charge. Les changements de bracelet sont à limiter à l'indispensable (bracelet abîmé, ou coupé au bloc opératoire, mal supporté (œdème), arraché, etc.) et les bonnes pratiques sont scrupuleusement respectées lors du changement. ✓ Le refus du patient est tracé dans le DPI.	

Élément d'évaluation 3	• L'établissement a défini une gouvernance de l'identitovigilance : instance stratégique décisionnelle, cellule opérationnelle ou personnel opératif en identitovigilance, référent en identitovigilance disposant d'une lettre de mission ou d'une fiche de poste.	Audit système Gouvernance
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	Les [EXI ES 01] et [EXI ES 02] du volet 2 du RNIV version 2 prévoient : ✓ La nomination d'un référent en identitovigilance disposant de temps dédié (cf. annexe 3) ; ✓ La présence d'une instance stratégique pluriprofessionnelle, qui se réunit au minimum 2 fois par an (recommandation 3RIV à 3 fois par an) ; ✓ La présence d'une instance opérationnelle qui assure le maintien de la qualité du référentiel unique d'identités, la qualification de l'INS en back office, la formation des professionnels et l'évaluation des pratiques ainsi que la gestion des anomalies d'identités. Fiche Pratique 13 du 3RIV : dans certains cas particuliers les ES peuvent demander une dérogation à leur ARS de rattachement pour dépendre du volet 3 du RNIV et confondre les instances stratégiques et opérationnelles.	
Élément d'évaluation 4	• La cellule / comité d'identitovigilance et / ou le référent en identitovigilance analyse et corrige les erreurs d'identité (doublon, collision...) et gère les cas complexes de qualification de l'identité nationale de santé (INS) (discordances entre l'INS et l'identité présente sur le dispositif d'identification, réponses « aucune identité trouvée » ou « plusieurs identités trouvées » du téléservice identifiant national de santé intégré / INSi).	Audit système Gouvernance
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	✓ Un système de signalement interne des anomalies de l'identité numérique (erreur d'orthographe, doublon, collision etc.) existe. Il est différent de celui du signalement des EIAS. ✓ Les professionnels sont incités au signalement des erreurs de l'identité numérique. ✓ Des procédures sont en place pour dépister les anomalies (exemple : bonnes pratiques de recherche permettant de dépister les doublons). ✓ Un temps dédié à la gestion des anomalies est assuré : la cellule opérationnelle d'identitovigilance ou le référent en identitovigilance disposent de temps dédié à leur mission. Le volet 2 du RNIV précise en page 6 le temps nécessaire selon l'activité et la taille de l'établissement (cf. annexe 3). ✓ Une procédure existe sur l'étude, l'analyse et le traitement des anomalies : doublons, collisions, cas bloquant de qualification. ✓ Un personnel formé a la charge de traiter les anomalies en heures ouvrées (cela signifie qu'au moins deux personnels sont formés pour assurer la continuité de l'activité). ✓ Les discordances interdisant la récupération et la qualification de l'INS sont connues des professionnels concernés : l'[EXI PP20] du RNIV interdit la récupération et la qualification de l'INS devant une discordance entre l'INS et le dispositif d'identification de haut niveau de confiance portant sur le nom de naissance, le premier prénom de naissance, le sexe ou la date de naissance.	

Elément d'évaluation 5	Les règles d'identification du patient, définies par l'établissement (charte d'identitovigilance) sont appliquées : qualification de l'identité nationale de santé (INS) par du personnel habilité lors d'une première venue en présence du patient, mode dégradé (rejet du téléservice, indisponibilité du système d'information, anonymat...).	Audit système Professionnels
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	✓ Il existe des procédures pour l'accueil du patient, la création d'une identité, la qualification de l'INS, etc. ✓ Une formation régulière est organisée pour l'ensemble des personnels amenés à créer des identités ou des séjours (admissionnistes, secrétaires, personnels de l'accueil urgence, sage femmes, puéricultrices, etc.) ou à les utiliser (soignants : connaissances sur l'INS, sur les statuts et les attributs, règles de recherche d'une identité). ✓ Une évaluation des pratiques régulière (annuelle idéalement) est réalisée (exemple : accueil du patient au BDE ou au secrétariat, identification d'un prélèvement biologique, exhaustivité du port du bracelet etc. ✓ L'établissement maitrise les droits de gestion des identités. Il existe une matrice d'habilitation définissant les droits de création de l'identité, modification des traits stricts, appel au téléservice INSi, qualification de l'INS, rétrogradation de statuts, etc. ✓ Les traits d'identité stricts et complémentaires, le statut et l'éventuel attribut de l'identité, sont transmis du référentiel unique d'identités vers le DPI et les autres logiciels métiers (labo, radiologie, etc.) et sont facilement accessibles et visibles par les professionnels. ✓ Le mode dégradé (continuité d'activité) est prévu. Le plan de reprise d'activité prévoit la fiabilisation de l'identité et la qualification de l'INS.	
Elément d'évaluation 6	Les équipes déclarent les non-conformités auprès de la cellule / comité d'identitovigilance (doublons, collision, impossibilité de qualification de l'identité nationale de santé...) sur la base d'un document précisant les anomalies à déclarer et les modalités de déclaration.	Audit système Professionnels
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	✓ Une procédure précise les anomalies d'identitovigilance à déclarer et les modalités de déclaration des non-conformités d'identitovigilance. ✓ Le système de signalement interne des anomalies de l'identité numérique (erreur d'orthographe, doublon, collision etc.) existe. Il est différent de celui du signalement des EIAS. ✓ Les professionnels sont incités au signalement des erreurs de l'identité numérique et sont sensibilisés aux conséquences d'une anomalie de l'identité numérique. ✓ Les professionnels connaissent les circuits de signalement (anomalies et EIAS). ✓ Les professionnels connaissent le Réfèrent en identitovigilance.	

2. LES CRITÈRES EN LIEN AVEC LE CRITÈRE PRINCIPAL

Regard des éléments d'évaluation

CHAPITRE 1	LE PATIENT	
Critère 1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée.	Méthode parcours traceur
Éléments d'évaluation 2 & 4	- Les professionnels concernés connaissent les conduites à tenir lors d'un décès, constat de décès établi par un médecin, durée de présence du corps dans l'unité de soins, gestion des affaires personnelles... - Les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles respectent la dignité du défunt à la fois dans le service et par la suite à la chambre mortuaire. Ses modalités et convictions sont respectées.	Professionnels
Regards de la  et du 	✓ L'identification du corps (bracelet, étiquette sur housse mortuaire, etc.) est réalisée avec vigilance, particulièrement en cas de changement de bracelet (ne pas se tromper d'identité). ✓ Des documents mentionnant l'identité du défunt accompagnent le corps (certificat de décès, bon de transport, etc.) ✓ La formation des agents d'amphithéâtre en chambre mortuaire comprend la vérification de l'identité du défunt et la concordance avec les documents qui l'accompagnent. ✓ La procédure de présentation des corps aux familles et procédure de remise de corps aux pompes funèbres intègrent la vérification de l'identité du défunt et la concordance avec les documents qui l'accompagnent.	

Critère 1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge.	Méthode patient traceur
Élément d'évaluation 4	Le patient connaît les mesures nécessaires à sa bonne identification tout au long de sa prise en charge.	Patient
Regards de la  et du 	✓ Le patient est informé en amont de son entrée de l'importance d'apporter sa pièce identité : affiches, documents remis en consultation, appel de la veille, SMS de la veille, information orale par les soignants. ✓ Le patient est informé de la numérisation de sa pièce d'identité et sait qu'il peut s'y opposer. ✓ Le patient est informé de l'intérêt du dispositif physique d'identification (bracelet, photo etc.). ✓ Le patient est informé de la vérification répétée de son identité à chaque soin : affiches, information orale par les soignants, livret d'accueil, etc. ✓ Des informations sont disponibles sur l'INS, son intérêt et son lien avec le DMP.	

CHAPITRE 2	LES ÉQUIPES DE SOINS	
Critère 2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients.	Méthode Observation
Élément d'évaluation 4	Les conditions de sécurité de confidentialité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates...).	Observation
Regards de la  et du 	✓ Le dispositif physique d'identification est présent à l'aller et au retour. ✓ La vérification de l'identité du patient par le brancardier (cf. regard FORAP 1) est réalisée conformément à l'attendu à chaque transport. ✓ Le brancardier connaît la conduite à tenir si le patient ne dispose pas d'un dispositif physique d'identification. ✓ Un contrôle de concordance entre bracelet, dires du patient, destination et bon/ticket de transport est réalisé à chaque transport. ✓ Le brancardier se réfère systématiquement à un soignant pour signaler départ et retour et valider la destination (sauf si le brancardier est un membre du service). ✓ La sécurité prime sur la confidentialité, mais lors d'un transport le brancardier veille à ce que l'identité présente sur les documents transportés ne soit pas directement visible.	

Critère 2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins.	Méthode Parcours traceur
Élément d'évaluation 2	Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service « adresseur », les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions, le bilan thérapeutique. Ces éléments sont aussi communiqués au patient.	Professionnels
Regards de la  et du 	✓ L'identification des documents est conforme à l'exigence du RNIV (cf. élément d'évaluation 1 du critère 2.2-01).	

Critère 2.2-05 IMPÉRATIF	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	Méthode Traceur ciblé
Eléments d'évaluation 1, 2 & 4	- Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques de préparation en évitant les interruptions de tâches. - Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques d'administration. - La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement vérifiée avant l'administration par les professionnels habilités.	Professionnels
Regards de la  et du 	✓ Généralités sur la préparation des médicaments : - Tout médicament préparé est identifié même si l'administration est extemporanée. - Les piluliers, perfusions, topiques, multidoses, insulines... sont identifiés avec une étiquette patient (cf. [EXI PP 21]), ou a minima nom de naissance, premier prénom, date de naissance, sexe. - L'identification se fait sur la partie fixe du pilulier (et pas sur la languette ou partie mobile). - Il est proscrit d'identifier le patient par son n° de chambre ou de lit ou autre élément non spécifique. ✓ Généralités sur l'administration des médicaments : - Le professionnel utilise la règle des 5B et la recherche de concordance des 3P (patient-prescription-produit/pilulier) avant toute administration. - Le professionnel connaît la règle de recherche du dossier patient par date de naissance pour tracer l'administration dans le bon dossier.	

Critère 2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine.	Méthode Traceur ciblé
Elément d'évaluation 2	Le contrôle ultime au lit du patient est réalisé conformément aux bonnes pratiques de transfusion.	Professionnels
Regards de la  et du 	✓ L'identification des prélèvements pour IH (que ce soit 2 prélèvements à deux temps différents ou 2 prélèvements consécutifs avec 2 personnes différentes) fait l'objet d'une grande vigilance. ✓ L'identification des prélèvements est réalisée JUSTE APRES le prélèvement ET sur la partie fixe du contenant. ✓ Les professionnels utilisent une check-list type GLOBU-LISTE. ✓ La vérification de la concordance d'identité sur tous les documents est effective : IH, prescription de PSL, patient (dispositif physique d'identification et questions ouvertes si patient communicant), produit PSL. ✓ L'identification du contrôle ultime est systématique et réalisée à l'aide d'une étiquette patient.	

Critère 2.3-09 IMPÉRATIF	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient ».	Méthode Traceur ciblé
Élément d'évaluation 1	Extrait du libellé du critère : [La check-list « Sécurité du patient », mise en place pour renforcer la sécurité des interventions chirurgicales, permet de vérifier systématiquement les éléments critiques à chaque étape de la prise en charge : identification du patient, vérification du site opératoire, contrôle des dispositifs et équipements, et validation de la procédure.] • Une check-list, éventuellement adaptée selon les recommandations de la HAS, est systématiquement réalisée de façon exhaustive par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels à chaque étape.	Professionnels
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIIGILANCE	✓ Les check-lists sont bien réalisées dans les secteurs interventionnels (bloc, endoscopie digestive et bronchique, césarienne etc.) : - Temps oral partagé en équipe (temps 1 avant induction) sur l'identité du patient, son intervention et le côté éventuel, - Les DMI personnalisés sont identifiés avec étiquette identité patient (implant de cataracte, prothèse mammaire etc.), - Identification des prélèvements éventuellement réalisés (avec étiquette identité patient) AVANT la sortie du bloc (Temps 3 de la check-list), - Identification de la check-list (avec INS si le document est généré à partir du DPI et si le logiciel du bloc gère l'INS. ✓ On retrouve en salle uniquement les éléments qui concernent le patient en cours de prise en charge (documents, étiquettes, DMI, etc.).	

Critère 2.3-11 IMPÉRATIF	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né.	Méthode Parcours traceur
Élément d'évaluation 2	Extrait du libellé du critère : [Les équipes soignantes suivent des protocoles pour assurer une identification immédiate du nourrisson, la prévention des infections, ainsi que l'évaluation de ses fonctions vitales (notamment via le score d'Apgar).] • Les professionnels connaissent les procédures de prise en charge du nouveau-né en secteur naissance et maternité (réanimation néonatale, infection néonatale...).	Professionnels
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIIGILANCE	✓ Le nouveau-né porte un bracelet d'identification dès sa naissance (manuscrit accepté). ✓ La création de l'identité du nouveau-né est conforme et comporte le lien mère enfant. ✓ La procédure de création est accessible aux professionnels concernés dont la création d'identité n'est pas l'activité principale. ✓ Les professionnels sont formés et connaissent les procédures et les outils ✓ Les prélèvements de sang de cordon effectués sur le placenta et analysés en biologie délocalisée sont identifiés.	

Critère 2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie.	Méthode Parcours traceur
Élément d'évaluation 1	La double vérification de l'identité du patient et du protocole de traitement, et le cas échéant du côté d'irradiation est effective avant chaque acte de radiothérapie.	Professionnels
Regards de la  et du 	✓ Ajout systématique d'une photographie au dossier papier et informatique. ✓ Contrôle de l'identité à chaque étape de la prise en charge (entrée patient, installation, installation des accessoires etc.) par chaque professionnel : concordance patient - protocole – zone. ✓ Questionnement ouvert : c'est le patient qui décline son identité. ✓ Ecoute active : Vérifier systématiquement tout doute signalé par le patient, même le plus invraisemblable. ✓ Dans le cas des traitements par radiothérapie stéréotaxique : - réalisation d'une double vérification des calques de repérage avant le début du traitement, - réalisation d'une séance à blanc sans patient pour vérifier la cohérence du dossier patient, - organisation du travail limitant la perturbation de l'activité de la personne en charge de la mise en place des calques.	

CHAPITRE 3	L'ÉTABLISSEMENT	
Critère 3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Méthode Audit système
Éléments d'évaluation 1 & 3	- La CME élabore et suit la politique qualité/sécurité des soins avec l'encadrement, les professionnels et les représentants des usagers. - Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) prend en compte les préconisations et analyses des risques des autres autorités d'évaluation et/ou de contrôles externes : ARS, ASN, CGLPL, ABM...	Gouvernance
Regards de la  et du 	✓ Une politique et une charte identitovigilance sont validées par les instances, avec participation possible des représentants des usagers à l'instance stratégique d'identitovigilance. ✓ Une présentation de l'identitovigilance est réalisée en commission des usagers. ✓ Un référent est nommé [EXI ES 02]. Ses coordonnées sont communiquées à l'instance régionale [EXI ES 05]. ✓ Des moyens sont alloués (temps dédié du référent, des formateurs et du back-office). ✓ Une formation et sensibilisation des professionnels est en place [EXI ES 04] (plan de formation, feuille émargement, support de formation, etc.). ✓ Un pilotage par indicateurs est en place [RECO ES 02] : Le 3 RIV recommande de suivre à minima les indicateurs suivants : taux de qualification de l'INS, et taux	

	d'identités par statut (a minima qualifié, validé et provisoire), suivi des EPR/EI/EIG, taux de formation du personnels, taux de doublons de flux, indicateur portant sur les fusions (taux de fusion, nombre de fusions, etc.), suivi des non-conformités d'identitovigilance relevées par les laboratoires (biologie médicale et anatomie et cytologie pathologique).
--	---

Critère 3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels.	Méthode Audit système
Élément d'évaluation 5	Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins organisés au sein de l'établissement.	Professionnels
Regards de la  et du 	✓ Les professionnels participent à des évaluations de pratiques professionnelles, à l'analyse des événements indésirables liés à l'identitovigilance. Ils participent à des activités de sensibilisation : ateliers d'identitovigilance, quiz chambre des erreurs, serious game, jeux de sensibilisation du 3RIV (identit'oie, jeu de tuile INS...) et aux autres outils de sensibilisation proposés par les régions (serious games, quiz, bande dessinée "histoires de patients", etc.), à une journée organisée sur l'identitovigilance, à la cellule identitovigilance, à un cercle de référent en identitovigilance, etc. ✓ Ils partagent les EPR et EIAS repérés et analysés dans le cadre de l'accréditation des spécialités à risque.	

Critère 3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents.	Méthode Traceur ciblé
Éléments d'évaluation 1, 2, 3 & 4	- Les événements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement analysés, en associant les équipes concernées, selon les méthodes promues par la HAS. - Une synthèse des facteurs contributifs (ou causes profondes) des événements indésirables associés aux soins, dont des presque accidents, et des résultats des plans d'actions mis en place sont diffusés aux professionnels et aux représentants des usagers. - Les événements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Ils font l'objet d'un volet 2 au plus tard 3 mois après le volet 1. - Les événements indésirables associés aux soins analysés et déclarés dans le cadre de l'accréditation sont aussi transmis au sein de l'établissement et les actions d'amélioration issues des analyses collectives contribuent au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Professionnels

Regards de la  et du 	✓ La déclaration des EPR et des EIAS en lien avec l'identitovigilance est encouragée. ✓ Une analyse des EPR et EIAS fréquents est réalisée. ✓ La méthode d'analyse est adaptée à la problématique de l'identitovigilance et des systèmes d'information : grille de questionnement et d'analyse du GRIVES, grille ALARM proposée dans le protocole de Londres 2024, qui intègre une 8^{ème} famille de causes sur les systèmes d'information (matériel, logiciels, contenu clinique et aide à la décision, interface homme-machine, intégration dans le flux de travail, protection des données), etc.
---	--

Critère 3.1-05 IMPÉRATIF	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée.	Méthode Audit système
Élément d'évaluation 4	Les exercices ou entraînements de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, a fortiori les activations réelles, sont suivis d'actions d'amélioration issues d'un RETEX.	Gouvernance
Regards de la  et du 	✓ Le référent en identitovigilance est impliqué dans la construction des plans, les exercices et les REX. ✓ Le plan blanc est pensé pour un afflux massif de victimes dans un temps court (UA, UR, impliqués, etc.) : - Disposer de dossiers précréés, - Ne pas se baser uniquement sur le numéro SINUS, - Assurer le lien entre l'IPP et le N° SINUS physique ou virtuel, - Maîtriser la gestion de SI-VIC (ne pas saisir les identités intervenants et forces de l'ordre, connaître les particularités pour les inconscients et les décédés, connaître la doctrine d'emploi de l'INS dans SI-VIC (appel au téléservice INSI à la demande du ministère dans les événements à cinétique lente, type COVID et uniquement pour les identités ayant pu être qualifiées dans le référentiel unique d'identités de l'établissement. ✓ Des exercices ciblés identification du patient à l'admission, réconciliation de l'identité, gestion de SI-VIC, identification secondaire, sont réalisés. ✓ Un REX est systématiquement réalisé.	

Critère 3.1-08	L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée.	Méthode Audit système
Éléments d'évaluation 1 & 2	<i>Extrait du libellé du critère : [Il est essentiel que l'établissement définisse des règles d'accès à son système d'information pour l'ensemble des utilisateurs (professionnels, intérimaires, étudiants, stagiaires, patients...). Par ailleurs, pour sécuriser les accès en interne, les professionnels utilisent un identifiant et un mot de passe personnels et uniques et il n'existe pas d'identifiant et mot de passe génériques connus par tous (intérimaires, étudiants...)].</i> • Les règles d'habilitation (accès, droit d'usage...) du système d'information de santé sont définies. • Pour proscrire les comptes génériques, l'établissement gère les arrivées/départs pour l'octroi des habilitations au système d'information (notamment pour les intérimaires, étudiants, stagiaires, etc.).	Gouvernance
Regards de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	✓ Les droits d'accès aux identités, soit une matrice habilitation, en cohérence avec les préconisations du MEM 06 (modèle charte avec préconisation de matrice d'habilitation des identités) ([EXI PP 13]) sont définis. ✓ Les droits de création ou de modification d'une identité ne peuvent être attribués à un compte générique s'il en existe dans l'établissement. ✓ Les points de création d'identités dans la structure (bureau des entrées, maternité, secrétariat de service, urgence, soins critiques, centre de prélèvements, etc.), sont connus exhaustivement et maitrisés. ✓ Les points de création d'identités sont limités au maximum. ✓ Les droits de modifications d'identités attribués aux secrétaires et assimilés sont limités aux traits complémentaires (téléphone, mail, adresse postale). ✓ Les droits d'accès et des habilitations sont traités au sein d'une commission à laquelle le référent en identitovigilance participe (commission de gestion des droits d'accès, commission dossier patient, etc.). ✓ Dans le respect du RGPD et du principe de minimisation des données : L'accès aux informations est limité aux dossiers des usagers pris en charge.	

Critère 3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge.	Méthode Audit système
Élément d'évaluation 6	Les nouveaux arrivants, notamment les intérimaires, internes, étudiants... ont les informations (livret d'accueil, journée d'intégration à laquelle participent les représentants des usagers, intranet, site internet...) et l'encadrement nécessaires pour accomplir leur activité et s'intégrer dans l'équipe.	Gouvernance
Regards de la  et du 	✓ Les nouveaux arrivants sont formés à l'identitovigilance. ✓ Les internes sont systématiquement formés à leur arrivée.	

Critère 3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins.	Méthode Audit système
Eléments d'évaluation 2, 3, 4 & 5	• L'encadrement médical et paramédical dispose d'un bilan des formations continues suivies dans leur équipe. • L'encadrement médical et paramédical mène des entretiens annuels pour mettre en œuvre les actions utiles pour faire coïncider missions et compétences (formation, développement professionnel continu en conformité avec les méthodes HAS...).	Encadrement
	• Les professionnels peuvent bénéficier de formations cohérentes avec les actions du PAQSS mises en place dans leur service. • Des programmes collectifs de maintien et de développement de compétences, avec évaluations pré et post-formation, sont suivis par les équipes (simulation d'évènements à risque dans les secteurs critiques, ateliers de bonnes pratiques, évaluation des pratiques professionnelles (EPP)...).	Professionnels
Regard de la FORAP  et du	✓ Les professionnels sont formés et leurs compétences sont évalués en matière d'identitovigilance. Inclure les formations en identitovigilance dans les formations préalables à une prise de poste (check-list de prise de poste). ✓ Les formations sont renouvelées périodiquement (former une fois an les professionnels qui créent des identités).	

 RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	✓ L'identitovigilance est incluse dans le plan de formation continue de l'établissement. A noter : le compagnonnage /doublage est complémentaire de la formation mais ne peut en aucun cas la remplacer. ✓ L'identitovigilance est incluse dans les programmes EPP annuels, il est recommandé de réaliser a minima une évaluation annuelle en identification primaire et en identification secondaire.
--	---

Critère 3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient.	Méthode parcours traceur
Éléments d'évaluation 1 & 2	• Les équipes qui pratiquent la télésanté organisent cette activité : critères d'éligibilité, identification des professionnels pouvant être sollicités pour la téléexpertise, organisation du parcours du patient (avant, pendant et après l'acte de télésanté), traçabilité dans le dossier du patient selon les exigences applicables. • Les professionnels impliqués dans l'activité de télésanté sont formés et connaissent les outils, les procédures et les protocoles cliniques adaptés à l'établissement	Professionnels
Regard de la  et du  RÉSEAU DES RÉFÉRENTS RÉGIONAUX EN IDENTITOVIGILANCE	✓ L'identification du patient en télésanté est réalisée conformément aux règles de l'établissement en lien avec les exigences du référentiel d'identitovigilance. La vérification de l'identité du patient est organisée et tracée dans le dossier. ✓ Les cas d'identification des usagers non physiquement présent sont pris en compte dans la charte, la politique et les procédures. ✓ La transmission de l'identité du patient par le demandeur, pour la téléexpertise est organisée : contrat/convention avec le demandeur avec clause de confiance (FIP 11 V2). ✓ L'organisation pour la vérification de l'identité du patient en téléconsultation est effective. ✓ La qualification de l'INS du patient pour les téléconsultations, indispensable à l'alimentation du DMP est organisée. ✓ Le compte-rendu de réalisation de l'acte (téléconsultation, téléexpertise, télésoin) est enregistré dans le dossier patient et transmis dans le DMP, si le patient en possède un et que son INS est qualifiée.	

3. ANNEXES

Annexe 1

Références bibliographiques

1. LE CRITÈRE PRINCIPAL	Références bibliographiques
Critère 2.2-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	RNIV : - EXI ES 01 - EXI ES 02 – EXI PP 21 - Volet 2, § 2.5.3 - Volet 2, § 3.3.2, RECO ES 06 3RIV Fiches pratiques : - FIP 13 3RIV - MEM 06 3RIV : modèle de charte d'identitovigilance GRIVES Fiches pédagogiques GRIVES, grilles et guide d'audit : https://grives.sante-paca.fr/pros-de-sante-espace-doc/ HAS Fiches pédagogiques : - accès aux données de santé : dossier patient & « Mon espace santé » - soins critiques - télésanté - enfants adolescents HAS référentiel de certification des établissements de santé

2. LES CRITÈRES EN LIEN AVEC LE CRITÈRE PRINCIPAL		Références bibliographiques
Critère 1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	RNIV : volet 2, § 3.4.2.2 GRIVES : Affiches GRIVES, flyers d'informations Vidéo d'information sur l'INS et de demande de correction de l'identité
Critère 2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	RNIV : volet 2, § 3.3.2 FORAP : guide entretien fonction transport (consulter la SRA de votre région) GRIVES : les essentiels de l'identitovigilance : le transport des patients et des résidents
Critère 2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	RNIV : volet 1 EXI PP 21
Critère 2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	RNIV : volet 2, § 3.3.2 GRIVES : Les essentiels de l'identitovigilance : administration médicamenteuse GRIVES : Fiche pratique n°9 HAS Fiche pédagogique : Evaluation de la prise en charge médicamenteuse
Critère 2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	RNIV : volet 2, § 3.3.2 CNCRH Check list GLOBU-LISTE lien vers site GRIVES Fiche pratique n°9
Critère 2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list «Sécurité du patient »	RNIV : volet 2, § 3.3.2 HAS Fiche pédagogique : secteurs interventionnels FORAP : fiche mémo V2024 critère impératif 2.4-06-Chek-list (consulter la SRA de votre région) HAS : check list spécialisées
Critère 2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	RNIV : volet 2, § 3.3.2 HAS Fiche pédagogique : périnatalité
Critère 2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	RNIV : volet 2, § 3.3.2 ASN bulletin La sécurité du patient : - N°1 Identification du patient, mars 2011 - N°11 Le patient partenaire, septembre 2017

Critère 3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	RNIV : volet 2, RECO ES 07
Critère 3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	GRIVES : les outils de sensibilisation pour les professionnels Les outils de sensibilisation du 3RIV
Critère 3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables, dont les presqu'accidents	RNIV : volet 2 § 3
Critère 3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	3RIV Fiche MEM 02 Recommandations de bonne pratique pour l'identification des victimes en SSE Guide méthodologique du PGTHSSE SFAR fiche SSE Instruction N° 6385/SG du 9 décembre 2022 relative à l'élaboration d'un bilan victimaire
Critère 3.1-08	L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée	RNIV : volet 2, EXI PP 13 3RIV Fiche MEM 06 Modèle de charte identification des patients
Critère 3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge.	RNIV : volet 2, EXI ES 04, § 3.4
Critère 3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	RNIV : volet 2, EXI ES 04, § 3.4 HAS Fiche pédagogique : ressources professionnelles
Critère 3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	RNIV : volet 1, § 4.9 HAS Fiche pédagogique : télésanté 3RIV : Fiche pratique FIP 11 "Libeller la clause de confiance relative à l'identification entre une structure de santé et un prestataire de service"

Annexe 2

Pour aller plus loin... les outils du 3RIV et des régions

 	Liste de l'ensemble des <u>documents publiés par le 3RIV</u> ✓ FIP 01 Recueil des traits d'identité sur les documents étrangers ✓ FIP 01bis Aide à l'identification des usagers ukrainiens ✓ FIP 02 Difficultés de recueil des traits d'identité sur certains documents français ✓ FIP 03 Gestion de la confidentialité et de l'anonymat ✓ FIP 04 Recommandations de bonnes pratiques pour la gestion des identités lors d'un accouchement dans le secret ✓ FIP 05 Conduite à tenir lorsqu'on suspecte l'utilisation d'une identité frauduleuse ✓ FIP 06 Gestion des copies de pièces d'identité dans le système d'information ✓ FIP 07 CAT lors de la mise en évidence d'une discordance entre l'identité numérique et physique d'un usager ✓ FIP 08 CAT lors d'une absence de justification de l'identité par l'utilisateur ✓ FIP 09 Information des usagers sur l'INS ✓ FIP 10 Sécuriser la création d'une identité numérique à partir d'une identité imprimée transmise par un tiers ✓ FIP 11 Libeller la clause de confiance relative à l'identification entre une structure de santé et un prestataire de service ✓ FIP 12 Gestion de l'identité numérique des usagers prélevés hors d'un laboratoire ✓ FIP 13 Aide à la décision en vue d'autoriser les ES à appliquer le RNIV3 ✓ FIP 14 Gestion de l'identité des usagers transgenres ✓ FIP 15 Conduite à tenir en cas d'incohérences lors de la récupération de l'INS ✓ FIP 16 Déploiement de l'INS dans les applications régionales ✓ FIP 17 Gestion de l'identité transmise lors d'une démarche en ligne ✓ FIP 18 Indisponibilité TLS INSi ✓ FIP 19 Communication sur l'INS et l'identitovigilance ✓ FIP 20 Suivi d'indicateurs qualité en identitovigilance ✓ FIP 21 Rédiger la lettre de mission ou fiche de poste du référent en identitovigilance en établissement de santé ✓ FIP 22 Rédiger la procédure Création de l'identité et qualification de l'INS en établissement de santé ✓ FIP 23 Modèle de contrat de confiance entre le responsable de traitement et l'utilisateur d'une application régionale d'e-santé ✓ MEM 01 Signalement et gestion des événements indésirables relatifs à l'identification des usagers ✓ MEM 02 Recommandations de bonne pratique pour l'identification des victimes en situation sanitaire exceptionnelle ✓ MEM 03 Changement des traits d'état civil (traits stricts) ✓ MEM 04 Recueil de l'identité des usagers sous-main de justice ✓ MEM 05 Dans quel dossier gérer les identités numériques ? ✓ MEM 06 Modèle de charte d'identification du patient – Etablissements de santé ✓ Site du GRIVES : Groupe régional d'identitovigilance en santé de la région PACA et de la Corse https://grives.sante-paca.fr
---	---



Retrouvez tous les référents régionaux en identitovigilance :



Annexe 3

Préconisation du RNIV Volet 2 concernant le temps dédié à allouer à l'identitovigilance

Activités	Structure de court séjour sans accueil d'urgence ni accueil délocalisé	Structure avec service(s) ayant une charge de travail particulière (accueil délocalisé, urgences, etc.)	Structure de moyen et long séjour (SMR, USLD, etc.)
Pilotage de la vigilance, organisation, suivi et analyse des indicateurs (dont le temps du référent identitovigilance), etc.	0,2 ETP < 500 lits/places 0,5 ETP 500 > et < 1000 lits/places 1 ETP > 1000 lits/places		0,1 ETP pour la structure
Gestion de la (des) bases(s) d'identités, dont traitement des anomalies (doublons, collisions), rapprochement, etc.	0,05 ETP/10 000 identités*	0,10 ETP/10 000 identités*	
Actions de formation et de sensibilisation	0,1 ETP/200 personnels		0,1 ETP pour la structure
Réalisation d'audits de pratique	0,03 ETP/200 personnels		
Qualification des identités en back office	0,15 ETP/10 000 identités**		

* identités : nombre d'usagers différents pris en charge dans la structure annuellement.

** le temps dédié nécessaire évalué ici correspond à la phase de peuplement des bases identité par des identités INS qualifiées. Cette charge ira en diminuant avec le temps.

Annexe 4

Glossaire

Sigle	Signification
EXI SI	Exigence système d'information décrite dans les volets 1, 2 ou 3 du RNIV
EXI PP	Exigence pratique professionnelle décrite dans le volet 1 du RNIV
RECO SI	Recommandation système d'information décrite dans les volets 1, 2 ou 3 du RNIV
RECO PP	Recommandation pratiques professionnelles décrite dans le volet 1 du RNIV
EXI ES	Exigence s'appliquant aux Etablissements de santé décrite dans le volet 2 du RNIV
RECO ES	Recommandation s'appliquant aux Etablissements de santé décrite dans le volet 2 du RNIV
3RIV	Réseau des référents régionaux en identitovigilance
GRIVES	Groupe Régional d'IdentitoVigilance En Santé
CME	Commission Médicale d'Etablissement