



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Politique

Code : DSI-022

Instance responsable : Direction des soins infirmiers
Approuvée par : Nathalie Thibault, directrice

Adoptée au comité de direction le : 14 janvier 2016

Adoptée par le conseil d'administration le : S. O.
Résolution no : S. O.

Entrée en vigueur le : 14 janvier 2016

Cette politique annule et remplace la procédure PR-DG-032-02

TITRE : Politique relative à l'identification d'un usager

1. FONDEMENT

La Politique relative à l'identification d'un usager permet d'assurer une prestation des soins et des services sécuritaires et d'éviter les erreurs associées à l'identification de celui-ci. Cette politique constitue une pratique à respecter et vise également à répondre aux exigences d'Agrément Canada.

2. BUT

S'assurer d'avoir un processus sécuritaire de l'identification de l'utilisateur.

3. OBJECTIFS

Assurer l'identification exacte et unique de tout usager de même que la fiabilité de l'information le concernant;

Assurer, en tout temps, une prestation sécuritaire des soins et des services au sein de l'établissement;

Standardiser les principes à respecter à l'égard de l'identification de l'utilisateur;

Éviter les incidents/accidents liés à l'identification d'un usager.

CONSULTATIONS

- CECII : 22 septembre 2015
- CCIP : 23 septembre 2015
- Comité gestion des risques : 14 octobre 2015
- Équipe clinique de la DSI : 15 octobre 2015
- CMDP : 2 novembre 2015
- CM : 3 décembre 2015
- Comité de direction : 14 janvier 2016

4. CHAMP D'APPLICATION

La présente politique s'adresse à tous les intervenants qui œuvrent au sein de l'établissement et qui dispensent des soins et des services à un usager.

5. DÉFINITIONS

Intervenant

Tout gestionnaire, médecin, dentiste, professionnel, résident, stagiaire, contractuel qui exerce une fonction professionnelle ou œuvre bénévolement dans l'établissement.

Identificateur

Un identificateur est une pièce nominative permettant l'identification sans équivoque de l'utilisateur. Les données suivantes sont considérées comme étant des identificateurs :

- Le nom et le prénom de l'utilisateur (nom et prénom correspondent à un identificateur);
- Date de naissance;
- Numéro de dossier;
- Carte d'identité avec photo;
- Le nom et prénom de la mère de l'utilisateur;
- Adresse civique après confirmation de l'utilisateur seulement pour le Service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD).

Identification

Procédé qui consiste à confirmer l'identité d'un utilisateur.

Source d'identification fiable

- Le bracelet d'identification déjà installé à l'utilisateur puisque l'information qu'il contient a été vérifiée à l'aide d'une méthode d'identification reconnue;
- Toute carte d'identité valide avec photo comme une carte d'assurance maladie, un permis de conduire ou un passeport;
- L'utilisateur capable de s'identifier lui-même;
- Un proche capable d'identifier l'utilisateur hors de tout doute.

6. MODALITÉS D'APPLICATION

Il existe trois moments où l'identification de l'utilisateur est requise selon l'activité à réaliser :

6.1 Avant l'installation du bracelet d'identification :

Valider les données inscrites sur le bracelet en demandant à l'utilisateur de décliner son nom, son prénom et date de naissance ou faire valider celles-ci par l'utilisateur ou un proche avant de procéder à l'installation du bracelet;

6.2 Avant de réaliser une procédure, toute activité clinique, un examen, un transport, de distribuer les repas ou d'effectuer toute autre activité qui concerne l'utilisateur :

Vérifier l'identité de l'utilisateur en lui demandant de décliner son nom, son prénom et sa date de naissance en s'assurant de l'exactitude de la concordance de ces informations inscrites sur le document lié à l'activité;

6.3 Avant d'utiliser un document clinique ou administratif concernant un utilisateur :

Vérifier la concordance des deux identificateurs de l'utilisateur sur le document (carte d'hôpital, requête, etc.) lié à une activité avec ceux inscrits sur un document présent au dossier.

7. PRINCIPES GÉNÉRAUX A RESPECTER

- La responsabilité de l'identification de l'utilisateur appartient à chaque intervenant;
- Tous les usagers hospitalisés et inscrits à l'urgence doivent obligatoirement porter un bracelet d'identification durant leur séjour. Lorsqu'un usager arrive d'un autre établissement, son bracelet doit rapidement être changé pour celui de l'IUCPQ. Si l'utilisateur refuse de porter le bracelet d'identification, il doit être informé des risques d'erreurs qui peuvent survenir et une alternative doit être discutée. La discussion et les motifs de son refus de porter le bracelet d'identification doivent être documentés au dossier de l'utilisateur. L'alternative d'identification pourra être l'utilisation de la carte d'assurance maladie avec photo;
- Lors d'appel téléphonique, tout intervenant doit également procéder à l'identification de l'utilisateur avec deux identificateurs;
- Lorsque l'intervenant ne possède pas l'information quant au nom, prénom et date de naissance, il utilise l'adresse complète de l'utilisateur, s'il la possède. En cas de doute sur l'identification d'un usager, suspendre toute activité, service ou soin jusqu'à la vérification complète de l'identité;
- Si l'utilisateur est incapable de s'identifier, confirmer son identité avec la personne qui l'accompagne ou utiliser une carte d'identité avec photo;
- Lorsque l'identité d'un usager est inconnue, un numéro de dossier permanent lui est attribué. Ce numéro et le sexe deviennent les deux identificateurs utilisés pour cet usager.
- Si l'utilisateur est connu, le numéro de dossier est fusionné avec le dossier maître.

8. SYSTÈMES D'INFORMATION CLINIQUE

Tout intervenant appelé à chercher et à saisir l'identité de l'utilisateur dans un système d'information clinique doit effectuer l'identification à l'aide de deux identificateurs et vérifier la concordance de ces identificateurs avec une source d'identification fiable. Vérifier ensuite l'exactitude des informations de l'utilisateur (adresse, téléphone, etc.).

9. ALERTE-NOM

L'alerte-nom doit être activée lorsque deux usagers, sur la **même unité de soins**, portent le même nom de famille ou un nom de famille homophone qui peut être à risque potentiel d'erreur sur la personne. Dans cette situation, voici les mesures à mettre en place pour les deux usagers ciblés :

- Remplacer les bracelets d'identité blancs par des bracelets verts;
- Apposer la pince verte portant la mention ALERTE-NOM sur le revers des dossiers des usagers;
- Insérer l'indication ALERTE-NOM dans le plan de soins.

10. RESPONSABILITÉS

Le comité de direction

- Adopte la présente politique.

Les directeurs

- Diffusent la présente politique aux membres de ses équipes et en font la promotion;
- S'assurent de l'application de cette politique.

Les gestionnaires

- Diffusent la politique à leur équipe;
- S'assurent de l'application de cette politique;
- Émettent une directive qui respecte l'application de la présente politique;
- S'assurent de la réalisation d'audits et appliquent les mesures correctives à la suite des résultats lorsque requis.

Les intervenants

- Prennent connaissance de la politique;
- Ont la responsabilité de confirmer l'identification de l'utilisateur et des documents le concernant;
- Informent l'utilisateur de cette politique et lui rappellent qu'il devra s'identifier à tous les intervenants qui lui donneront des soins et des services;
- Pour le client à domicile, informer ce dernier sur l'importance et les exigences de la procédure en l'avisant que dès qu'il entrera en contact avec un nouvel intervenant, il aura à s'identifier, et ce, afin d'assurer sa sécurité;
- S'assurent que l'utilisateur porte son bracelet d'identité et, à défaut, lui en installe un;
- Complètent au besoin le formulaire « rapport de déclaration d'incident ou d'accident » AH-223.

Les conseils professionnels

- Doivent inclure dans leur responsabilité la surveillance et le traitement du risque associé à l'identification de l'utilisateur.

11. ENTRÉE EN VIGUEUR

La politique entre en vigueur à compter de son adoption par le comité de direction.

12. RÉFÉRENCE

Agrément Canada (2015). *Pratiques organisationnelles requises*, livret 2016.

CHU de Québec (2013). Direction clientèle et al. *Politique de double identification des usagers* du CHU de Québec avant le début de la prestation de soins et de services.

Centre de santé et de services sociaux Alphonse Desjardins (2014). *Procédure de la double identification de l'utilisateur*.

CSSS-IUGS (2011). Direction des soins infirmiers. Directive d'identification d'un usager au CSSS-IUGS.