
Titre	Politique relative à l'identification de l'utilisateur	
N°	POL 2019 DSI 1	
En vigueur le	2019-10-18	
Révisée le	Ne s'applique pas	
Adoption	2019-10-18	Comité de direction
Approbation	2019-05-31	Comité de coordination des opérations
Validation	2019-06-26	Direction des soins infirmiers
Diffusion	2019-10-25	Dépôt sur l'intranet du CISSS
Responsable de l'application	Direction des soins infirmiers	
Application et personnes concernées	Toute personne contribuant à la mission du CISSS des Laurentides et toute autre personne qui exerce ou développe sa profession au sein de l'établissement	
Remplace	Ne s'applique pas	
Document(s) initiateur(s)	Ne s'applique pas	
Document(s) en découlant	Ne s'applique pas	



Table des matières

1. Préambule.....	3
2. Domaine d'application	3
3. Objectif général et objectifs spécifiques.....	3
3.1. Objectif général	3
3.2. Objectifs spécifiques	3
4. Fondements.....	3
5. Rôles et responsabilités	4
6. Modalités d'application de la politique	5
6.1. Volet clientèle hospitalisée ou couchée sur une civière ou ambulatoire.....	5
6.2. Volet centre d'hébergement	6
6.3. Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation.	7
6.4. Volet ambulatoire	7
6.5. Volet à domicile.....	8
6.6. Volet pédiatrique	8
6.7. Autres volets	11
7. Mesure applicable en cas de non-observance.....	12
8. Mécanisme de suivi et de révision.....	12
9. Demande de renseignements	12
Annexe 1 : Définitions	13
Annexe 2 : Tableau des identifiants reconnus	14
Annexe 3 : Documents de référence	15

N.B. Le genre masculin est utilisé comme générique,
dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. Préambule

Le CISSS des Laurentides accorde une grande importance à la sécurité de l'utilisateur ainsi qu'à celle de la prestation des soins et services. Il désire mettre en place une politique qui a pour but d'assurer l'identification exacte et unique de l'utilisateur et de diminuer les incidents/accidents qui peuvent entraîner des conséquences. En effet, le fait de ne pas identifier les utilisateurs correctement peut entraîner une variété d'événements indésirables tels que des erreurs liées aux médicaments, des erreurs de transfusion, des erreurs d'analyse, des erreurs sur la personne lors d'interventions, ainsi que la remise d'un poupon à une autre famille que la sienne.

2. Domaine d'application

La politique s'adresse à tout le personnel, les stagiaires, sages-femmes et médecins du CISSS des Laurentides offrant des soins et services.

L'application de la bonne identification des utilisateurs est essentielle et obligatoire en tout lieu.

Elle s'applique aussi à la documentation clinique. La correspondance des données d'identification inscrites sur les documents se doit d'être faite avant que ceux-ci soient versés au dossier de l'utilisateur.

3. Objectif général et objectifs spécifiques

3.1. Objectif général

Assurer la prestation sécuritaire des soins et des services aux utilisateurs des différents programmes clientèle et aux utilisateurs hébergés dans des ressources non institutionnelles au CISSS des Laurentides.

3.2. Objectifs spécifiques

- Uniformiser le processus d'identification des utilisateurs ;
- Éviter les incidents/accidents reliés à l'identification des utilisateurs ;
- Assurer la conformité avec la pratique organisationnelle requise (POR) ;
- Assurer sans équivoque l'identification de l'utilisateur avant la prestation de soins et services.

4. Fondements

- La présente politique s'inscrit dans l'application de la loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des soins et services aux utilisateurs.
- De plus, elle répond à la pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada qui stipule qu'« en partenariat avec les utilisateurs et sa famille, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. »
- Le CISSS des Laurentides désire réaffirmer sa volonté d'offrir des soins et services sécuritaires par la double identification des utilisateurs/résidents.

- Le CISSS des Laurentides encadre la démarche de double identification dans une politique institutionnelle afin de minimiser les risques d'erreurs de soins ou de traitements aux usagers/résidents.
- Le CISSS des Laurentides confie à chaque intervenant la responsabilité d'appliquer la politique.
- L'utilisateur est en droit de recevoir les soins et services de qualité qu'il requiert.
- Les intervenants ont la responsabilité de donner le bon soin et le bon service au bon usager.
- L'identification judicieuse de l'utilisateur est essentielle à la prestation sécuritaire des soins et services.
- L'utilisateur, sa famille, et ses accompagnateurs doivent participer et faciliter l'identification de la personne qui doit recevoir les soins et services.

5. Rôles et responsabilités

Il est de la responsabilité de tout le personnel, des stagiaires, sages-femmes et médecins du CISSS des Laurentides de s'assurer, en tout temps, qu'ils donnent le bon service au bon usager.

Comité de direction

- Valider la présente politique.
- Assurer la diffusion de la politique au personnel d'encadrement.
- S'assurer du respect de la politique au sein du CISSS des Laurentides.

Personnel d'encadrement

- Diffuser la politique auprès de son équipe.
- S'assurer de l'application de la politique dans son service.
- Procéder à des audits selon un calendrier établi.
- Identifier des personnes-ressources dans son service en vue d'assurer la pérennité et l'application de la politique.

Intervenants concernés tels qu'identifiés au point 2

- Connaître et appliquer les étapes de la politique d'identification de l'utilisateur.
- Évaluer l'aptitude à s'identifier à l'admission et l'inscrire à l'endroit approprié, la réviser lors de la réévaluation périodique ou lors d'un changement dans l'état de santé de l'utilisateur.
- S'assurer de l'identification de l'utilisateur à l'aide d'au moins deux identificateurs reconnus et uniques (annexe 2).
- S'assurer que l'utilisateur qu'il soit admis ou hébergé, porte un bracelet d'identification qui correspond à son identité.
- Réinstaller le bracelet d'identification lorsque celui-ci a dû être retiré pour un soin ou lorsqu'il est brisé ou altéré.
- Déclarer, sur le formulaire prévu à cet effet, toute erreur associée à l'identification d'un usager (Rapport de déclaration d'incident/d'accident AH-223) ou lorsque les renseignements inscrits sur le bracelet d'identification ne correspondent pas à l'identité d'un usager ou lorsqu'un usager qui doit porter un bracelet n'en a pas.

- Informer le chef de service de toute omission répétée.
- En hébergement, placer une photo couleur récente dans le cartable contenant les feuilles d'administration des médicaments dans le but d'éviter les erreurs pouvant entraîner des conséquences et en placer une autre à la porte de la chambre avec l'accord du résident ou de la famille ou du mandataire. La photo couleur doit être refaite lors de changements importants de l'état physiologique de l'utilisateur ou au maximum à tous les ans.
- En centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation, placer une photo couleur dans le cartable contenant les feuilles d'administration des médicaments dans le but d'éviter les erreurs pouvant entraîner des conséquences et utiliser un autre identificateur reconnu. La photo couleur doit être refaite lors de changements importants de l'état physiologique de l'utilisateur ou au maximum à tous les ans.

6. Modalités d'application de la politique

6.1. Volet clientèle hospitalisée ou couchée sur une civière ou ambulatoire

Toute personne hospitalisée ou couchée sur une civière doit porter un bracelet d'identification durant son séjour.

Pour tous les usagers aptes à s'identifier :

- Procéder à l'identification positive de l'utilisateur en lui demandant son nom, son prénom et sa date de naissance ;
- Valider l'identité avec le bracelet d'identification de la personne visitée (le nom inscrit à la tête du lit ne constitue pas un identificateur valable pas plus que le numéro de la chambre ou de la civière) ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que la feuille administration des médicaments (FADM) ou une requête.

Dans la situation où un bracelet d'identification doit être installé, celui-ci lui est remis lors de son inscription ou admission. L'intervenant vérifie avec l'utilisateur les renseignements inscrits sur le bracelet et y appose ses initiales pour confirmer que les informations ont été vérifiées. L'intervenant installe le bracelet si toutes les données sont conformes.

Au bloc opératoire, l'intervenant vérifie verbalement auprès de l'utilisateur son identité en lui demandant son nom, son prénom et sa date de naissance, si possible. Il compare le nom qui figure sur l'horaire de chirurgie avec celui qui figure sur le bracelet que porte l'utilisateur (ou tout autre identificateur) et/ou avec celui qui figure sur le dossier médical.

Pour tous les usagers inaptes à s'identifier :

- Procéder à l'identification positive de l'utilisateur en demandant au proche aidant ou à la personne accompagnateur de l'identifier ;
- Procéder à l'identification positive avec la carte de RAMQ ou un autre document officiel avec photo et vérifier la photo et l'identification ;

- Valider l'identité avec le bracelet d'identification de l'établissement porté par l'utilisateur ;
- Valider l'identité avec le transporteur tel que les ambulanciers ou le transporteur médical afin d'identifier sans aucun doute l'utilisateur.

Dans la situation où un bracelet d'identification doit être installé, celui-ci lui est remis lors de son inscription ou admission. L'intervenant vérifie avec l'accompagnateur les renseignements inscrits sur le bracelet et y appose ses initiales pour confirmer que les informations ont été vérifiées. L'intervenant installe le bracelet si toutes les données sont conformes.

Au bloc opératoire, l'intervenant vérifie l'identité de l'utilisateur en regardant le bracelet d'identification et compare avec le nom qui figure sur l'horaire de chirurgie et avec celui qui figure au dossier médical.

6.2. Volet centre d'hébergement

6.2.1. Centre d'hébergement de soins de longue durée et des ressources non institutionnelles

L'utilisation d'une photo couleur récente du résident visible à la porte de la chambre constitue un prérequis (noter que la photo seule à la porte de la chambre n'est pas un identificateur valable).

Il faut tenir compte qu'en centre d'hébergement et en ressource non institutionnelle, le personnel connaît habituellement les résidents. Si l'intervenant est certain et sans aucun doute de connaître le résident, cette certitude et la photo couleur récente peuvent être les deux identificateurs reconnus. Toutefois, le changement fréquent de personnel ainsi que le recours à du personnel de main-d'œuvre indépendante rendent nécessaire le processus de double identification du résident. Pour ce faire, la photo couleur et la confirmation sans équivoque de son identité par un autre intervenant qui connaît très bien le résident peuvent alors être acceptées dans ces situations particulières. On devrait retrouver la même photo couleur à la porte de la chambre avec l'accord du résident, de la famille ou du mandataire et dans le cahier de contrôle et de suivi de la médication.

Une personne doit être désignée à la prise de photos couleurs. En centre d'hébergement, les délais de la prise de photo couleur ne devraient pas excéder 48 heures post admission. En ce qui a trait aux ressources non institutionnelles, la prise de photos devrait être faite dans un délai d'une semaine.

Pour les résidents aptes à s'identifier :

- Procéder à l'identification positive du résident en lui demandant son nom, son prénom et sa date de naissance ;
- Valider avec la photo du résident qui se trouve à la porte de la chambre et dans le cahier de contrôle et de suivi de la médication selon le service ou le soin à effectuer ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que la feuille administration des médicaments (FADM) ou une requête.

Pour les résidents incapables à s'identifier :

- Vérifier l'identité avec la photo du résident qui se trouve à la porte de la chambre et dans le cahier de contrôle et de suivi de la médication selon le service ou le soin à effectuer ;
- Pour le personnel de main-d'œuvre indépendante ou le personnel nouvellement embauché, demander le témoignage d'un intervenant de l'équipe ou d'un proche qui connaît le résident ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que la feuille administration des médicaments (FADM) ou une requête.

6.3. Centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation.

Il faut tenir compte qu'en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation, le personnel connaît habituellement les usagers. Si l'intervenant est certain et sans aucun doute de connaître l'utilisateur, cette certitude et la photo couleur récente, dans le cahier de contrôle et suivi, peuvent être les deux identificateurs. Toutefois, le changement fréquent de personnel ainsi que le recours à du personnel de main-d'œuvre indépendante rendent nécessaire le processus de double identification de l'utilisateur. Pour ce faire, l'identification par le jeune lui-même et la confirmation sans équivoque de son identité par un autre intervenant qui connaît très bien l'utilisateur peuvent alors être acceptées dans ces situations particulières.

Une personne doit être désignée à la prise de photos couleurs. En centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation, les délais de la prise de photos ne devraient pas excéder 48 heures post admission.

Pour les usagers aptes à s'identifier :

- Procéder à l'identification positive de l'utilisateur en lui demandant son nom, son prénom et sa date de naissance ;
- Valider avec la photo couleur de l'utilisateur qui se trouve dans le cahier de contrôle et de suivi de la médication selon le service ou le soin à effectuer ainsi qu'un autre identifiant de l'utilisateur ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que la feuille administration des médicaments (FADM) ou une requête.

Pour les usagers inaptes à s'identifier :

- Vérifier l'identité avec la photo couleur de l'utilisateur qui se trouve dans le cahier de contrôle et de suivi de la médication selon le service ou le soin à effectuer et un autre identifiant reconnu ;
- Pour le personnel de main-d'œuvre indépendante ou le personnel nouvellement embauché, demander le témoignage d'un intervenant de l'équipe ou d'un proche qui connaît l'utilisateur ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que la feuille administration des médicaments (FADM) ou une requête.

6.4. Volet ambulatoire

Pour les usagers aptes à s'identifier :

- Procéder à l'identification positive de l'utilisateur en lui demandant son nom, son prénom et sa date de naissance ;
- Valider avec la carte d'assurance maladie ou tout autre document établi au nom de la personne si disponible ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que l'ordonnance ou une requête.

Pour les usagers inaptes à s'identifier :

- Procéder à l'identification de l'utilisateur avec la carte d'assurance maladie ou tout autre document établi au nom de la personne ;
- Valider l'identité avec un proche aidant si celui-ci accompagne l'utilisateur ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que l'ordonnance ou une requête.

6.5. Volet à domicile

Au domicile de l'utilisateur, les identificateurs peuvent comprendre l'adresse de celui-ci, son nom ou sa date de naissance.

Pour les usagers aptes à s'identifier :

- Confirmer l'adresse du domicile avec l'utilisateur ainsi que son nom et son prénom ;
- Valider avec la carte d'assurance maladie ou tout autre document établi au nom de la personne visitée ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que référence, consultation, ordonnance médicale ou requête.

Pour les usagers inaptes à s'identifier :

- Confirmer, auprès de l'accompagnateur, l'adresse de l'utilisateur ainsi que son nom et son prénom avant de se rendre à domicile ;
- Valider l'identité avec un proche aidant si celui-ci est présent sur les lieux **ou** valider avec la carte d'assurance maladie ou tout autre document établi au nom de la personne visitée (une photo récente validée par une personne apte ou un répondant pourrait être utilisé en l'absence du répondant lors de la visite) ;
- Vérifier la concordance des données avec les documents reliés à l'activité à réaliser tels que référence, consultation, ordonnance médicale ou requête.

6.6. Volet pédiatrique

Pédiatrie

Hospitalisée :

- À l'admission, l'infirmière appose un bracelet d'identification à l'enfant en y indiquant le nom, le numéro de dossier et y appose ses initiales pour confirmer que les informations sont conformes après validation auprès d'un parent si l'enfant ne peut s'identifier avec deux identifiants ;
 - Pour l'enfant âgé de dix jours à trois mois, l'infirmière met deux bracelets soit un au poignet et l'autre à la cheville ;
- À chaque début de quart de travail, l'infirmière s'assure de l'identification de tous les usagers à sa charge, et s'assure du port d'un bracelet au poignet et/ou à la cheville ;
- La vérification du bracelet est requise avant un soin ou un examen ;
- En l'absence des parents, la vérification se fait à l'aide du numéro de dossier.

Dans la situation où l'enfant est retrouvé sans aucun bracelet, il faut en informer immédiatement l'assistante infirmière-chef de l'unité et vérifier les bracelets de tous les enfants de l'unité. Si l'identification des autres enfants est conforme, il faut refaire le processus d'identification de l'enfant avec les parents et le consigner au dossier. L'assistante infirmière-chef fera le suivi avec le chef de programme en cas de non-conformité.

Par contre, dans la situation où on retrouve les bracelets dans le lit de l'enfant, il faut les remettre à l'enfant et aviser l'assistante infirmière-chef de l'unité dans les plus brefs délais. L'infirmière doit valider avec les parents de l'enfant ou un intervenant connaissant l'enfant l'identité de celui-ci. L'assistante infirmière-chef fera le suivi avec le chef de programme en cas de non-conformité.

Clinique externe pédiatrique et de pédopsychiatrie :

- Vérifier l'identité de l'enfant avec les parents ;
- Vérifier l'identité avec l'aide de la carte d'assurance maladie, si celle-ci n'a pas été reçue, utiliser la carte de l'hôpital en validant les informations qui s'y retrouvent.

Nouveau-né en centre hospitalier

Au moment de la naissance du nouveau-né, 4 bracelets d'identité doivent être apposés :

- 2 au bébé (poignet et cheville) ;
- 1 au poignet de la mère en plus de son bracelet d'identification personnel ;
- 1 au poignet du père ou de la personne significative (en l'absence du père).

N.B. : La mère doit posséder un bracelet d'identification personnel et un bracelet d'identification pour son ou ses nouveau-nés.

Selon les règles du cadre normatif de l'identification des usagers :

- Si naissance unique : BB « prénom de la mère » ;

- Si naissances multiples, ajouter le rang de la naissance (exemple : BB1, BB2) sur chacun des bracelets.

Les informations suivantes doivent être inscrites sur le bracelet :

- Sexe
- Nom de famille du bébé
- Nom et prénom de la mère
- Date et heure de la naissance
- Nom du médecin

Valider avec les parents le nom de famille du nouveau-né, le nom de la mère, la date et heure de naissance, le sexe, le nom du médecin et le numéro du bracelet correspondant avec celui de la mère (pour chacun des nouveau-nés si naissances multiples) et du père ou de la personne significative. Installer les bracelets et consigner l'information au dossier.

Les bracelets doivent être vérifiés avec les parents avant l'installation des bracelets à l'arrivée à la chambre, avant un soin, lors des déplacements hors secteur et au congé. Cette vérification des bracelets doit être consignée au dossier et au moins 1 fois par quart de travail.

En cas de non-conformité, il s'avère nécessaire de changer tous les bracelets en vérifiant avec un des parents et le partenaire de soins chaque identificateur. L'infirmière doit faire une note au dossier mentionnant le changement de bracelets, le numéro des bracelets avec la cosignature des 2 identificateurs ayant procédé à la vérification.

À la salle d'opération lors de césariennes, avant de poser les bracelets au nouveau-né, à la mère et au père, l'infirmière doit vérifier avec la mère ou l'accompagnateur les données portant sur l'identité de la mère et de l'enfant et le consigner au dossier.

Aux soins intermédiaires de l'unité des naissances

Si la mère est hospitalisée à l'unité des naissances :

Le bébé doit être identifié avec 3 bracelets, dont 2 avec les identifications suivantes :

- Sexe
- Nom de famille du bébé
- Nom et prénom de la mère
- Date et heure de la naissance
- Nom du médecin

Le 3^e bracelet avec le numéro de dossier du bébé est installé à la cheville.

Pour un bébé transféré d'un autre centre ou hospitalisé à nouveau aux soins intermédiaires :

Le bébé doit être identifié avec 3 bracelets, dont 2 avec les identifications suivantes :

- Sexe
- Nom de famille du bébé
- Nom et prénom de la mère

Le 3^e bracelet avec le numéro de dossier du bébé est installé à la cheville.

Lors d'un soin, l'identification du nouveau-né doit se faire à l'aide des deux bracelets avec les parents. Lorsque les parents sont absents, il faut identifier le nouveau-né à l'aide du 3^e bracelet (comportant le numéro de dossier) et l'adressographe au dossier du nouveau-né.

Les bracelets sont installés et vérifiés à l'admission du bébé, une fois par quart de travail, lors des soins, des déplacements hors secteur et vérifiés au congé avec les parents.

N.B. : Seuls les parents ou personnes significatives sont autorisés (maximum 2 visiteurs à la fois) aux soins intermédiaires. À l'admission, les parents doivent être identifiés ainsi que les personnes significatives qui demeureront les mêmes durant tout le séjour du bébé. Un bracelet d'identification avec les mêmes renseignements que les parents sera remis à chaque personne significative autorisée et doit être présenté lors de visite en l'absence des parents. L'infirmière doit consigner au dossier du nouveau-né les personnes autorisées à visiter le bébé.

Dans la situation où un bébé est retrouvé sans aucun bracelet, il faut informer immédiatement l'assistante infirmière chef de l'unité et vérifier les bracelets de tous les nouveau-nés de l'unité. Si l'identification des autres bébés est conforme, il faut refaire le processus d'identification du bébé avec les parents et le consigner au dossier. L'assistante infirmière-chef fera le suivi avec le chef de programme en cas de non-conformité.

Par contre, dans la situation où on retrouve les bracelets dans le berceau du nouveau-né, il faut les remettre au nouveau-né après avoir validé avec les parents l'identité de celui-ci et consigner le tout au dossier. L'infirmière doit aviser l'assistante infirmière-chef de l'unité dans les plus brefs délais. L'assistante infirmière-chef fera le suivi avec le chef de programme en cas de non-conformité.

6.7. Autres volets

Pour les usagers inaptes dont l'identité est inconnue :

- Utiliser le code d'attribution temporaire de l'établissement, par exemple : inconnu A, inconnu B, inconnu C ainsi qu'un numéro de référence ou de dossier temporaire ;
- Identifier l'utilisateur à l'aide d'un bracelet d'identification portant le code d'attribution et le numéro de référence ou de dossier, jusqu'à ce que sa véritable identité soit connue ;
- Vérifier la concordance des données du bracelet d'identification portant le code d'attribution et le numéro de référence ou de dossier temporaire avec les documents reliés à l'activité à exécuter.

Pour les usagers inaptes dont l'identité est maintenant connue :

- Établir la véritable identité dès qu'elle est connue ;
- Acheminer l'information à l'admission, aux archives, aux laboratoires, à la pharmacie et en imagerie médicale ;
- Déposer le formulaire original complété au dossier de l'utilisateur. Il est à noter que les départements doivent acheminer les documents aux archives qui s'occuperont de fusionner les dossiers si l'utilisateur est déjà connu.

Pour les usagers ayant une barrière de langage :

Dans la situation où l'utilisateur parle une autre langue que le français ou l'anglais et qu'il n'est pas en mesure de comprendre ou de se faire comprendre.

- Utiliser un interprète ou un membre du personnel parlant la langue de l'utilisateur afin de traduire les propos, et ainsi diminuer les risques d'erreur d'identification de l'utilisateur.

7. Mesure applicable en cas de non-observance

Les règles de gestion en vigueur de l'organisation seront appliquées.

8. Mécanisme de suivi et de révision

La politique relative à l'identification de l'utilisateur pourra être révisée, en tout temps, selon les besoins. Par défaut, la politique sera révisée au minimum tous les trois ans à partir de sa date d'entrée en vigueur.

9. Demande de renseignements

Pour une interprétation du texte ou pour une demande de renseignements concernant la présente politique, veuillez communiquer avec :

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
DIRECTION ADJOINTE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
290 rue de Montigny, Saint-Jérôme (Québec) J72 5T3
450 432-2777 poste 28370

Annexe 1 : Définitions

IDENTIFICATION POSITIVE : demander à un usager (ou à son représentant) de décliner son nom au complet et ou tout autre renseignement pertinent (privilégier la date de naissance).

DOUBLE IDENTIFICATION : principe qui identifie tout usager à l'aide de deux éléments qui sont indépendants l'un de l'autre.

DOCUMENT RELIÉ À L'ACTIVITÉ : il peut s'agir de tout document où l'identification de l'utilisateur apparaît, par exemple le formulaire d'ordonnance de médicaments ou d'exams, les requêtes d'analyses, les étiquettes de prélèvements.

USAGER APTE : qui est en état, a le pouvoir d'avoir un comportement ou une activité. Qui a conscience de ce qu'il fait ou éprouve, de juger ou de décider. Qui a le droit ou la capacité légale.

- Un mineur âgé entre 14 ans et 18 ans (cependant si son état demande qu'il demeure dans un établissement de santé plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale doit être informé de ce fait) ;
- Un majeur âgé de 18 ans et plus.

USAGER INAPTE : qui n'est pas apte légalement ou dont l'état de conscience est altérée.

- Le mineur de moins de 14 ans doit être représenté par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur ;
- Le majeur de 18 ans et plus doit être accompagné d'un représentant légal (par ordre de priorité) :
 - un parent
 - le mandataire, tuteur ou le curateur
 - le conjoint
 - un proche parent
 - une personne qui démontre un intérêt particulier pour le majeur.

USAGER INCONNU : dont l'identité est impossible à déterminer hors de tout doute parce que son état de conscience ne lui permet pas de s'identifier et qu'aucune pièce d'identité avec photo ne permet une identification visuelle.

Annexe 2 : Tableau des identifiants reconnus

	Usager capable de s'identifier	Usager incapable de s'identifier
Vérifier l'identité de l'utilisateur en lui demandant de s'identifier de façon positive en déclinant son nom et prénom.	X	
Demander à l'utilisateur de s'identifier de façon positive en déclinant sa date de naissance.	X	
Demander à l'utilisateur de présenter sa carte de RAMQ ou un autre document officiel avec photo et vérifier la photo et l'identification.	X	X
Vérifier l'information sur le bracelet d'identification de l'établissement porté par l'utilisateur.	X	X
Demander au proche aidant ou à la personne accompagnant l'utilisateur de l'identifier de façon positive (nom, prénom, date de naissance).		X
Demander au personnel RÉGULIER de l'unité de soins ou de service d'identifier l'utilisateur avec certitude.		X
Demander au transporteur (ambulanciers, brancardiers, PAB ou autres) d'identifier sans aucun doute l'utilisateur.		X
Se référer à une photo couleur récente de moins de 1 an.	X	X
Vérifier les informations recueillies avec la carte de l'hôpital.	X	X
Demander à l'utilisateur son adresse civique.	X	
Lors d'un entretien téléphonique (ouverture de demande de services, prises de rendez-vous, etc.) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors de l'entretien téléphonique avec l'utilisateur, l'intervenant choisit deux (2) identificateurs reconnus par le CISSS des Laurentides et demande à l'utilisateur de s'identifier ; ▪ L'intervenant compare l'information recueillie auprès de l'utilisateur avec l'information présente sur le formulaire de demande de service ou soins. 	X	X
Une fois l'utilisateur identifié avec certitude, vous devez vous assurer et vérifier la concordance de l'identification avec les informations positives reliées aux documents en lien avec l'activité.		
Le numéro de chambre, de civière, de lit, de l'isolette ou de la salle ne sont pas des identifiants reconnus pour l'identification d'un utilisateur.		

Annexe 3 : Documents de référence

Agrément Canada. (2018). *Pratiques organisationnelles requises*. 2^e version.

CISSS de Lanaudière. (2018). *Politique sur l'identification des usagers*.

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. (2016). *Politique : Double identification d'un usager*.

CSSS d'Antoine-Labelle. (2012). *Politique X-037 : Double identification des usagers avant la prestation de soins et services*.

CSSS d'Argenteuil. (2010). *Politique 2 : Double identification du client et/ou résident au CSSS d'Argenteuil*.

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. (2011). *Politique 5.2.23 : Deux identificateur de l'utilisateur*.

CSSS des Pays-d'en-Haut. (2014). *Politique QSS-2 : Identification sécuritaire des usagers*.

CSSS de Saint-Jérôme. (2009). *Politique : Double identification de l'utilisateur ou résident*.

CSSS des Sommets. (2013). *Politique 2009-07 : Double identificateur de l'utilisateur et/ou résident*.

CSSS de Thérèse-De-Blainville. (2014). *Politique 7.1..3 : Identification d'un usager*.