

GRIVES

Atelier sur les transports



GRIVES 4 décembre 2015

Les transports internes

- Audit présenté ce matin
- Des difficultés remontées à remplir le questionnaire
- Un début de modification de la grille par Manuela Oliver et Laeticia Mazzoni
- Une revue dans l'atelier cet après midi pour finaliser les modifications

Identification du patient lors d'un transport

Auditeur :

Date :

Cette grille d'audit doit être utilisée pour les trajets « aller » et les trajets « retour »

1) Service demandeur :

2) Service destinataire :

3) Trajet : Aller Retour

4) Le brancardier dispose des documents de brancardage mentionnant l'identité complète du patient (Nom de naissance, nom d'usage, prénom, sexe, date de naissance) :

On entend pas document tout support comportant l'identité du patient y compris les étiquettes

Oui Non

Dans le service demandeur

5) Le patient est confié au brancardier par un membre du service

Oui Non

6) Type de patient :

Communicant Non communicant

7) Port du bracelet d'identification :

Oui Non NA *(cocher NA si pas de bracelet prévu dans l'établissement)*

8) Vérification de l'identité du patient par le brancardier

Oui Non NA *(cocher NA si patient non communicant)*

Vérification du nom de naissance : Oui Non

Vérification du nom d'usage : Oui Non

Vérification du prénom : Oui Non

Vérification de la date de naissance : Oui Non

Vérification du sexe : Oui Non

9) La vérification de l'identité a été faite :

Par question ouverte Par question fermée NA *(cocher NA si pas de vérification de l'identité du patient par le brancardier)* Patient non communicant *(cocher cette case si la vérification de l'identité du patient par le brancardier n'est pas possible)*

10) Vérification de l'identité du patient sur le bracelet d'identification par le brancardier

Oui Non NA *(cocher NA si absence de bracelet d'identification dans l'établissement)*

Identification du patient lors d'un transport

Cette grille d'audit doit être utilisée pour les trajets « aller » et les trajets « retour »

1) Nom de l'auditeur :

2) Date :

3) Service demandeur :

4) Service destinataire :

5) Trajet : Aller Retour

6) Le brancardier dispose des documents de brancardage mentionnant l'identité complète du patient (Nom de naissance, nom d'usage, prénom, sexe, date de naissance) : Oui Non

On entend par document tout support comportant l'identité du patient y compris les étiquettes

Dans le service demandeur

7) Le patient est confié au brancardier par un membre du service

Oui Non

8) Type de patient :

Communicant Non communicant NA

Cocher NA si le brancardier ne s'adresse pas au patient, ne vous permettant pas de juger si le patient est communicant ou non

9) Port du bracelet d'identification :

Oui Non NA

Cocher NA si pas de bracelet prévu dans l'établissement

10) vérification de l'identité du patient par le brancardier

	Question ouverte	Question fermée	Pas vérifié	NA
Nom de naissance				
Nom usuel				
Prénom				
Date de naissance				

Si la question posée par le brancardier est 'quel est votre nom' sans autre précision, cocher OUI à nom d'usage et NON à nom de naissance, Cocher NA si le patient n'a pas de nom d'usage. Cocher NA à tous les items si le patient est non communicant ;

Bon de transport : *Cocher NA si cela n'est pas prévu dans la procédure de l'établissement (pas de bon de transport)*

11) Vérification de la concordance de l'identité déclarée par le patient pour les patients communicants ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants et le dossier de soin, le bon de transport et/ou la prescription

11a) Vérification de la concordance de l'identité déclarée (ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants) avec le dossier patient

Oui Non NA (cocher NA si pas de dossier de soin à transporter avec le patient)

11b) Vérification de la concordance de l'identité déclarée (ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants) avec le bon de transport

Oui Non NA (cocher NA si pas de bon de transport)

11c) Vérification de la concordance de l'identité déclarée (ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants) avec la prescription

Oui Non NA (cocher NA si pas de prescription)

12) Vérification par le brancardier, de la connaissance qu'à le patient si communicant de la destination du transport

Oui Non NA (cocher NA si cela n'est pas prévu dans la procédure de l'établissement)

11) Vérification de la concordance de l'identité

Question	OUI	NON	NA	Commentaires
La concordance de l'identité déclarée est vérifiée avec celle figurant sur le bracelet d'identification du patient				cocher NA si le patient ne porte pas de bracelet
La concordance de l'identité déclarée est vérifiée avec le dossier patient				cocher NA pas de dossier
				patient transmis pour le transport
La concordance de l'identité déclarée est vérifiée avec les étiquettes				cocher NA s'il n'y a pas d'étiquettes
La concordance de l'identité déclarée est vérifiée avec celle figurant sur la prescription papier				cocher NA s'il n'y a pas de prescription papier
La concordance de l'identité déclarée est vérifiée avec celle figurant sur le bon de transport				cocher NA s'il n'y a pas de bon de transport

12) Vérification par le brancardier, de la connaissance qu'à le patient si **communicant** de la destination du transport

Oui Non NA

cocher NA si cela n'est pas prévu dans la procédure de l'établissement

GRIVES

Dans le service destinataire

13) Le brancardier confie le patient à un personnel du service :

Oui Non si non précisez :

14) vérification de l'identité du patient dans le service destinataire

Oui Non NA (cocher NA si patient non communicant)

Vérification du nom de naissance : Oui Non

Vérification du nom d'usage : Oui Non

Vérification du prénom : Oui Non

Vérification de la date de naissance : Oui Non

Vérification du sexe : Oui Non

15) La vérification de l'identité a été faite :

Par question ouverte Par question fermée NA (cocher NA si pas de vérification de l'identité du patient par le destinataire) Patient non communicant (cocher cette case si la vérification de l'identité du patient par le brancardier n'est pas possible)

16) Vérification de l'identité du patient sur le bracelet d'identification

Oui Non NA (cocher NA si en absence de bracelet d'identification dans l'établissement)

Dans le service destinataire

13) Le brancardier confie le patient à un personnel du service :

Oui Non

14) Si non précisez :

15) Vérification de l'identité du patient par le dans le service destinataire

	Question ouverte	Question fermée	Pas vérifié	NA
Nom de naissance				
Nom usuel				
Prénom				
Date de naissance				

Si la question posée par le brancardier est 'quel est votre nom' sans autre précision, cocher OUI à nom d'usage et NON à nom de naissance, Cocher NA si le patient n'a pas de nom d'usage. Cocher NA à tous les items si le patient est non communicant

16) Vérification de l'identité du patient sur le bracelet d'identification : Oui Non NA (Cocher NA si pas de bracelet)



17) Vérification de la concordance de l'identité déclarée par le patient pour les patients communicants ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants et le dossier de soin, le bon de transport et/ou la prescription

17a) Vérification de la concordance de l'identité déclarée ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants avec le dossier patient

Oui Non NA *(cocher NA si pas de dossier de soin à transporter avec le patient)*

17 b) Vérification de la concordance de l'identité déclarée (ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants) avec le bon de transport

Oui Non NA *(cocher NA si pas de bon de transport à transporter avec le patient)*

17c) Vérification de la concordance de l'identité déclarée (ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants) avec la prescription

Oui Non NA *(cocher NA si pas de prescription à transporter avec le patient, ni de prescription)*

17) Vérification de la concordance de l'identité déclarée par le patient pour les patients communicants ou relevée sur le bracelet pour les patients non communicants

	Dossier patient	Bon de transport	Prescription			NA
Nom de naissance						
Nom usuel						
Prénom						
Date de naissance						

Les transports interhospitaliser

Une nécessité

- Des erreurs recensées :
 - Graves : Erreurs de patients lors des transports
 - Fréquentes: Erreurs dans le dossier du patient
- Des dysfonctionnements et une méconnaissance ou un non respect des bonnes pratiques
 - Chez les soignants (non accompagnement jusqu'au patient..)
 - Chez les transporteurs (non vérification de l'identité...)
- Des pistes d'amélioration :
 - Formations ciblées
 - Fiche de traçabilité

Cible ?

➤ Des transporteurs (peu ou pas sensibilisés)

- ✓ Ambulancier
- ✓ Pompiers
 - Marins pompiers
 - Autres pompiers
- ✓ SAMU



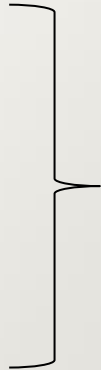
➤ Mais aussi des professionnels de santé sur la situation à risque qu'est le transfert d'un patient

Formation des transporteurs

- Initiale
 - Organismes de formation initiale des ambulancier
 - CHU Nice
 - AP-HM
 - Ordre de Malte Toulon
 - GIPES Avignon pays de Vaucluse
- Continue
 - Via les sociétés d'ambulance

Quelle formations ?

- Durée ?
- Contenu ?
- Modalités ?



A définir

- GT GRIVES
 - Pilote Dr Géraud
 - Appel à candidature



Outils

- Engagement des transporteurs
- Feuille de transport inter-hospitalier
Traçabilité et signature au départ et à l'arrivée du patient du transporteur et des soignants
- Kit identitovigilance
- Quizz d'évaluation des connaissances
- Clip vidéo

GRIVES GRIVES GRIVES GRIVES

ENGAGEMENT DE RESPECT DES REGLES D IDENTITOVIGILANCE

Nom de la société :

Date :

Nom du centre de santé.....

UN IMPERATIF

Une identification correcte d'un patient est un préalable indispensable à la qualité des soins ultérieurs qui lui seront prodigués.

En qualité de transporteur vous faite partie intégrante de cette chaine des soins.

A L'ADMISSION D'UN PATIENT

Vérifier que le patient a bien une pièce d'identité (carte d'identité, passeport) en plus de ses documents de sécurité sociale et mutuelle

Donner cette pièce d'identité à l'admission du patient au service qui crée son entrée

Vérifier avec lui la concordance des données suivantes sur les documents remis :

- Vérification du nom de naissance
- Vérification du nom d'usage
- Vérification du prénom
- Vérification de la date de naissance
- Vérification du sexe

En cas de transfert, dans le service initial :

- L'ambulancier ou le transporteur doit être accompagné dans la chambre par un soignant, celui-ci doit signer le document du transport (sur document papier ou sur tablette)
- Il doit vérifier la concordance entre les documents remis et l'identité du patient
 - o Si utilisé par l'établissement sur les données sur son bracelet d'identification
 - o Sinon par des « questions ouvertes » (on demande la réponse au patient de décliner son identité)

Dans le service destinataire

Après avoir réalisé son admission selon les modalités ci-dessus

L'ambulancier ou le transporteur doit être accompagné dans la chambre par un soignant, celui-ci signe le document du transport

Par la présente, je m'engage à transmettre ce rappel des bonnes pratiques et à les faire respecter par tous mes employés

Le responsable de la société de transport

Signature

GRIVES

FEUILLE DE TRANSPORT INTER HOSPITALIER

DEMANDE	
Date de la demande	
Date et heure du transport demandée	
SOCIETE DE TRANSPORT	
Nom de la société	
PATIENT	
Nom de naissance	
Nom usuel	
Prénom	
Date de naissance	
MODALITES PARTICULIERES	
Oxygène	
Pousses seringues électriques	
Contention	
ETABLISSEMENT INITIAL	
Nom de l'établissement	
Service	
N° de chambre	
PRISE ENCHARGE DU PATIENT	
Date et heure	
Nom et signature du transporteur	
Nom du et signature du professionnel de santé confiant le patient	
Vérification de l'identité du patient	
Vérification de la concordance avec les documents remis	
HOPITAL RECEVEUR	
Nom de l'établissement	
Service	
Heure	
Nom et signature du transporteur	
Nom et signature du professionnel de santé recevant le patient	
Vérification de l'identité	
Difficultés pdt le transport	

Pour que cela n'arrive plus jamais





Merci de votre attention

GRIVES