

Madame, Monsieur,

Afin de mettre à jour le dossier de votre patient, veuillez compléter le document ci-joint et nous le retourner par un moyen sécurisé, accompagné si possible d'une pièce à haut niveau de confiance.

Référence opposable : Référentiel National d'Identitovigilance 1 (RNIV1)

Document à renvoyer à l'EFS au :

Etablissement :

Service : Tél :

Je soussigné(e), Fonction :

Certifie l'exactitude du changement d'identité ci-après. Fait le/...../.....

Signature

ANCIENNE IDENTITE DU PATIENT (Compléter ou coller une étiquette)	Nom de naissance :
	1er prénom :
	Date de naissance :
	Sexe :
	Matricule INS :
	Nom utilisé/Nom d'usage :
	Prénom utilisé :
	Prénom(s) :
	Lieu de naissance :
IPP :	
Numéro d'admission :	

NOUVELLE IDENTITE DU PATIENT (Compléter ou coller une étiquette)	Nom de naissance :
	1er prénom :
	Date de naissance :
	Sexe :
	Matricule INS :
	Nom utilisé/Nom d'usage :
	Prénom utilisé :
	Prénom(s) :
	Lieu de naissance :
IPP :	
Numéro d'admission :	