

Domaine 4

Données infirmières

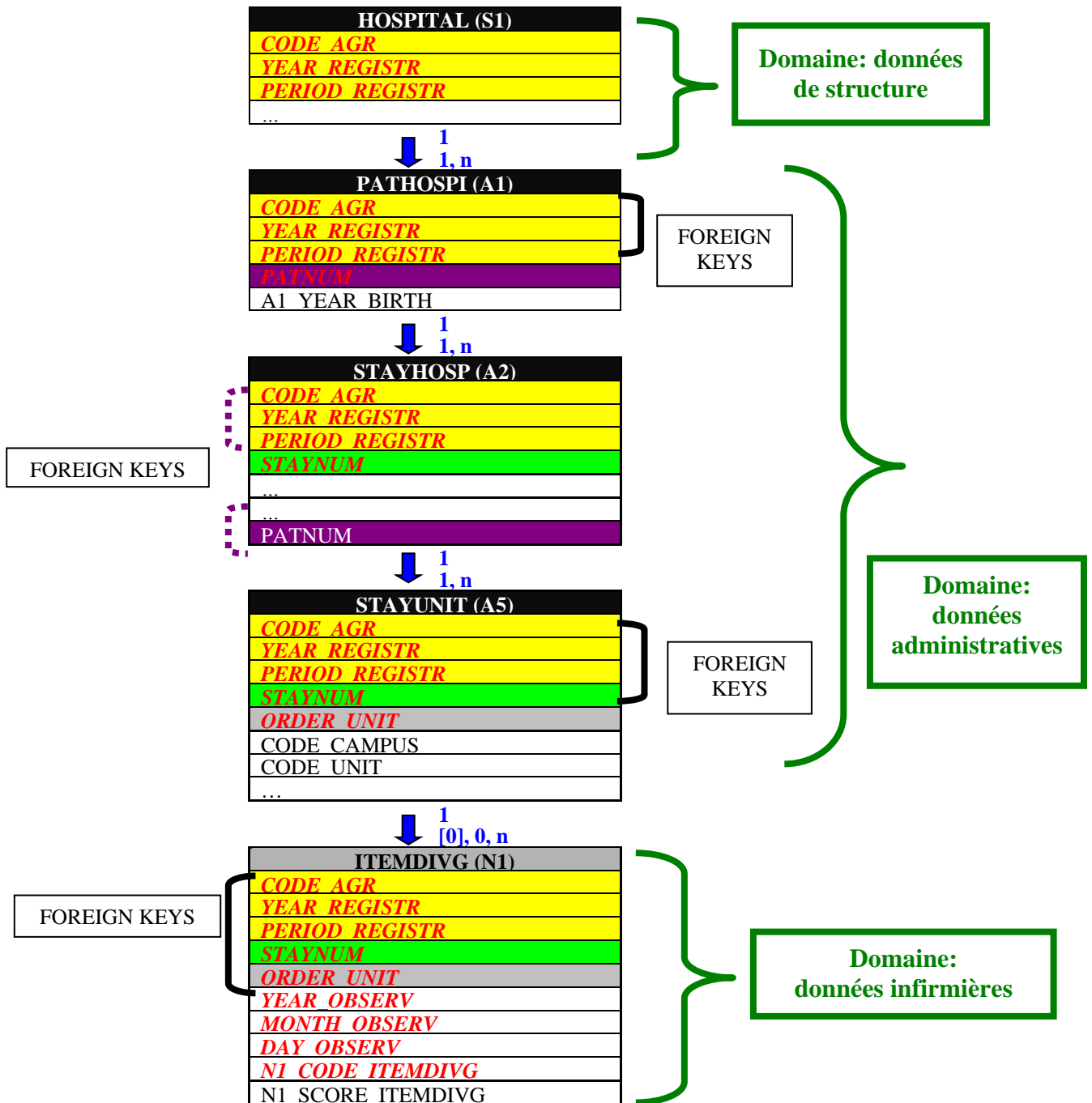
Contenu

0. LIENS ENTRE LES FICHIERS DES DONNEES INFIRMIERES	2
1. ITEMDIVG (N1): ITEMS INFIRMIERS	4
1.1. NOM	4
1.2. CONTENU	4
1.3. SUBDIVISION	8
1.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES	10
<i>N1 / Champ 1 CODE_AGR: numéro d'agrément de l'hôpital</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 2 YEAR_REGISTR: année d'enregistrement</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 3 PERIOD_REGISTR: période d'enregistrement</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 4 STAYNUM: numéro de séjour</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 5 ORDER_UNIT: numéro d'ordre de l'unité de soins</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 6 YEAR_OBSERV: année d'observation</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 7 MONTH_OBSERV: mois d'observation</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 8 DAY_OBSERV: jour du mois d'observation</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 9 NI_CODE_ITEMDIVG: code d'item infirmier</i>	<i>10</i>
<i>N1 / Champ 10 NI_SCORE_ITEMDIVG: score d'item infirmier</i>	<i>11</i>
1.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT	11
2. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES	12

Tableaux

Tableau 1-1: Résumé de ce qui doit être enregistré pour une unité de soins donnée.....	6
Tableau 1-2: Structure d'un enregistrement du fichier ITEMDIVG (N1): Items infirmiers	9

0. Liens entre les fichiers des données infirmières



Dans le schéma ci-dessus, les *champs clés (primary keys)* des fichiers apparaissent *en italique et en rouge*. Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend unique chaque enregistrement à l'intérieur d'un fichier (càd que chaque combinaison de ces champs ne peut se trouver qu'une seule fois dans le fichier). Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, au chargement des fichiers dans Portahealth. En présence de fautes, le chargement s'interrompt avec le message suivant: **CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK**. Cela signifie alors soit qu'un des champs clés est vide, soit que des doubles se présentent.

Les **champs jaunes** ont trait aux champs qui, pour un hôpital déterminé et une période d'enregistrement donnée, sont identiques dans tous les fichiers. Cette information se trouve aussi dans le nom des fichiers.

XXX-Z-VERS-D-ABCDEFGH-YYYY-P.TXT =>

XXX = CODE_AGR, **YYYY** = YEAR_REGISTR en **P** = PERIOD_REGISTR

(où VERS = version de l'enregistrement, D = domaine et ABCDEFGH = nom du fichier).

Les champs en couleur concernent tous les champs qui apparaissent dans les différents fichiers et sont mutuellement dépendants. Au cas où une même combinaison de valeurs pour ces champs ne se retrouve pas dans le fichier **hiérarchiquement supérieur** (origine de la flèche bleue), le chargement s'arrête avec le message d'erreur suivant: **CONTROLES TECHNIQUES: FOREIGN KEYS NOK.**

Les **Foreign keys** ne doivent pas absolument être aussi des primary keys pour le fichier. Nous en avons un exemple dans le domaine des données administratives. Les combinaisons des valeurs pour **CODE_AGR**, **YEAR_REGISTR**, **PERIOD_REGISTR** et **PATNUM** du fichier STAYHOSP doivent aussi se trouver dans fichier PATHOSPI.

Dans le schéma les fichiers sont reliés par des **flèches bleues** avec les mentions **0, 1 et n**. Ces paramètres indiquent le nombre d'enregistrements ayant la même combinaison de valeurs qui peuvent/doivent exister dans les 2 fichiers (**foreign keys** du second fichier). Ces relations sont vérifiées par les contrôles des différents domaines.

1 ⇒ 1, n signifie que pour un enregistrement du premier fichier, on **doit** retrouver au moins un enregistrement dans le deuxième fichier, mais qu'on **peut** aussi éventuellement en trouver davantage (n).

BA1040701: POUR CHAQUE NUMERO ANONYME DE PATIENT (PATNUM) DANS LE FICHIER PATHOSPI ON DOIT RETROUVER AU MOINS 1 RECORD DANS LE FICHIER STAYHOSP

BA2000003: POUR CHAQUE NUMERO DE SEJOUR (STAYNUM) DANS LE FICHIER STAYHOSP ON DOIT RETROUVER AU MOINS 1 RECORD DANS LE FICHIER STAYUNIT

1 ⇒ 0, n signifie que pour un enregistrement du premier fichier, il **n'est pas** nécessaire de retrouver un enregistrement dans le deuxième fichier, mais que cela peut être le cas et qu'on **peut** aussi éventuellement en trouver davantage (n) => aucun contrôle n'est nécessaire.

Il est par exemple possible qu'aucun soin infirmier ne soit réalisé pour un patient au cours d'un épisode de soins très bref (séjour très court dans une unité de soins). Dans ce cas, aucun item infirmier n'est enregistré.

1 ⇒ [0] signifie que, **dans certains cas**, on ne peut avoir aucun enregistrement dans le deuxième fichier. Par exemple, aucun item infirmier n'est enregistré dans les unités de soins qui commencent par AKT, MOB, DAYMIX, OUT et URG.

GN1050801: ON NE PEUT PAS ENREGISTRER DES ITEMS POUR DES UNITES DE SOINS DONT LE CODE COMMENCE PAR OUT, TRANS, MOB, URG, AKT OU DAYMIX

1. ITEMDIVG (N1): Items infirmiers

1.1. NOM

XXX-Z-VERS-N-ITEMDIVG-YYYY-P.TXT

Exemple:

001-Z-3.0-N-ITEMDIVG-2015-1.TXT

1.2. CONTENU

L'objectif de l'enregistrement des items infirmiers est de donner une image des interventions infirmières réalisées par les prestataires de soins. De plus amples informations concernant les items infirmiers eux-mêmes, sont détaillées dans le Manuel de codage des Données Infirmières du RHM (voir point 2. Informations supplémentaire: *Manuel de codage des items infirmiers*).

Les unités de soins composent la base de l'enregistrement des items infirmiers. L'enregistrement concret des items infirmiers s'effectue par **épisode de soins infirmiers**. Ce concept n'est pas présent tel quel dans la structure des 27 fichiers du RHM. Un épisode de soins infirmiers n'est pas désigné dans l'enregistrement avec un numéro d'ordre comme c'est le cas pour l'unité de soins, mais est défini de façon univoque par la combinaison du numéro de séjour (STAYNUM), du numéro d'ordre de l'unité de soins (ORDER_UNIT) et de la date d'observation (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV). La notion d'épisode de soins infirmiers est détaillée ci-dessous dans le paragraphe 'Qu'est-ce qu'un épisode de soins ?'

Dans le fichier ITEMDIVG ne sont présents que les enregistrements correspondant à une date d'observation comprise entre le 1 et le 15 des mois d'enregistrement du DI-RHM, c'est-à-dire les mois de mars, juin, septembre et décembre.

L'enregistrement des items infirmiers est un enregistrement ouvert. Cela signifie que seuls les items correspondant à des soins qui ont été dispensés doivent être enregistrés. Pour chaque épisode de soins, les 78 items n'apparaissent donc pas forcément tous dans ce fichier.

Pour quelles unités de soins doit-on enregistrer les items infirmiers ?

Type 1: Unités de soins avec des lits/places

Ainsi que défini dans l'AR relatif à l'enregistrement RHM, « une unité de soins est une unité organisationnelle et architecturale au sein de laquelle des soins infirmiers sont dispensés, sous la responsabilité d'un infirmier en chef, dans le cadre de l'hospitalisation de patients ».

Il s'agit en l'occurrence :

- de toutes les unités de soins pour hospitalisation classique (avec séjour de nuit)
- des unités de soins pour hospitalisation de jour
- de la salle d'opération
- de la salle de réveil (recovery)
- du quartier d'accouchement (salle de travail et salle d'accouchement)
- du service d'urgences.

Règle générale

Les items infirmiers ne sont enregistrés que pour les unités de soins de type 1 (càd celles qui ont des lits ou des places).

Unités de soins : DIV, SPE, DAY, BRU, INT

Pour ces unités de soins, les items infirmiers doivent être enregistrés pour chaque patient qui y séjourne.

Service des urgences : URG

Les items infirmiers ne sont **temporairement pas** enregistrés au service des urgences, donc pas non plus pour les urgences ambulatoires et pour les lits d'hospitalisation temporaire.

Salle d'opération et salle de réveil: OPR

Les items infirmiers ne sont **temporairement pas** enregistrés en **salle d'opération**.

Les items doivent être **enregistrés uniquement en salle de réveil**.

Unités de soins avec lits psychiatriques: AKT

Ces unités de soins comportent plus de la moitié de lits psychiatriques et les items infirmiers ne doivent **pas** y être **enregistrés**.

Type 2: Unités de soins composées uniquement de personnel: MOB

On distingue ici 3 catégories:

- **La véritable équipe mobile**: Est constituée uniquement du personnel infirmier, soignant ou de soutien qui assure un remplacement d'un membre de l'équipe ou renforce celle-ci dans sa prise en charge globale des patients à l'exclusion des autres équipes d'appui. Les soins infirmiers sont enregistrés dans **l'unité où le patient est soigné**.
- **L'équipe de soins d'appui**: Est une équipe mobile composée notamment d'infirmiers et/ou de paramédicaux et/ou de travailleurs sociaux
 - Equipe de prélèvement
 - Equipe mobile de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de diététiciens
 - Equipe assurant le transport interne des patients
 - Equipe de gériatrie de liaison interne
 - Equipe de soins palliatifs de support
 - Equipe de soutien psychosocial
 - Equipe de codification DI-RHM, codes ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014/2 et codes ICD-10-BE à partir du RHM 2015/1, autres données
 - Equipe d'infirmier(e)s de référence
 - ...
- **L'équipe mobile fictive**: est une équipe où l'on peut regrouper « fictivement », pour faciliter l'enregistrement, des membres du personnel, ne faisant pas partie d'une équipe structurée, et qui effectuent des soins spécifiques, notamment:
 - un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en soins de plaies
 - un(e) infirmier(e) spécialisé(e) dans la prise en charge de patients diabétiques
 - un(e) infirmier(e) spécialisé(e) dans la prise en charge de la douleur des patients
 - ...

Les soins infirmiers effectués par le personnel des **véritables équipes mobiles** composées d'infirmiers et de soignants sont enregistrés **dans l'unité de soins où séjourne le patient**. Les soins prodigués par les **autres équipes mobiles** ne sont **pas enregistrés**.

Type 3: Unités de soins fictives: DAYMIX, OUT et TRANS (possible à partir du RHM 2013, obligatoire à partir du RHM 2014)

Il s'agit d'unités de soins fictives où sont hébergés des patients qui ne séjournent pas dans une unité de soins avec des lits/places tel que défini par le type 1, ou qui sont temporairement absents.

Les items infirmiers **ne sont pas enregistrés** pour les unités de soins fictives.

A partir du RHM 2013, une description simplifiée est d'application pour les séjours en unité OUT. La nouvelle codification pour les séjours en unité de soins TRANS peut être appliquée à partir du RHM 2013 et doit être appliquée à partir du RHM 2014. Voir pour plus d'information le point 2. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les index de lit, unités de soins et épisodes de soins.*

Tableau 1-1: Résumé de ce qui doit être enregistré pour une unité de soins donnée

Jusqu'au RHM 2016:

Unités de Soins	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
Type 1: DIV, SPE, DAY, BRU, INT, OPR(RE)	x	x	x	x	x	x
Type 1: URG, OPR(OP)	x	x	x		x	x
Type 1: AKT	x	x	x		x	
Type 2: MOB - équipes mobiles d'infirmier(e)s et de personnel soignant.	x			En type 1*	x	En type 1*
Type 2: MOB - autres	x				x	
Type 3: DAYMIX, OUT, TRANS	x		x			

* En type 1: les heures prestées et les soins infirmiers sont enregistrés dans l'unité de soins de type 1 où le membre du personnel assure un remplacement ou un renfort.

A partir du RHM 2017:

Unités de Soins	CAMPUNIT Nom	UNITINDX Lits	STAYUNIT Séjours	ITEMDIVG Items	EMPLOPER Pers. Périod.	EMPLODAY Pers. Jour.
Type 1: DIV, SPE, DAY, BRU, INT, OPR(RE)	x	x	x	x	(x)	(x)
Type 1: URG, OPR(OP)	x	x	x		(x)	(x)
Type 1: AKT	x	x	x		(x)	
Type 2: MOB - équipes mobiles d'infirmier(e)s et de personnel soignant.	x			En type 1*	(x)	(En type 1*)
Type 2: MOB - autres	x				(x)	
Type 3: DAYMIX, OUT, TRANS	x		x			

* En type 1: les heures prestées et les soins infirmiers sont enregistrés dans l'unité de soins de type 1 où le membre du personnel assure un remplacement ou un renfort.

(x) ou (en type 1) = sur base volontaire, mais non obligatoire.

Les données des **séjours non terminés** pour lesquels les items infirmiers doivent déjà être transmis (A2_HOSPTYPE_FAC = N) doivent toujours être complètement remplis dans le fichier ITEMDIVG avec les **valeurs réelles et définitives**. Lors de l'enregistrement définitif au semestre suivant (après la sortie de l'hôpital ou lors du premier enregistrement d'un long séjour), ces données **ne peuvent plus** être envoyées. Si malgré tout elles sont transmises au semestre suivant, cela générera des erreurs de sévérité 1.

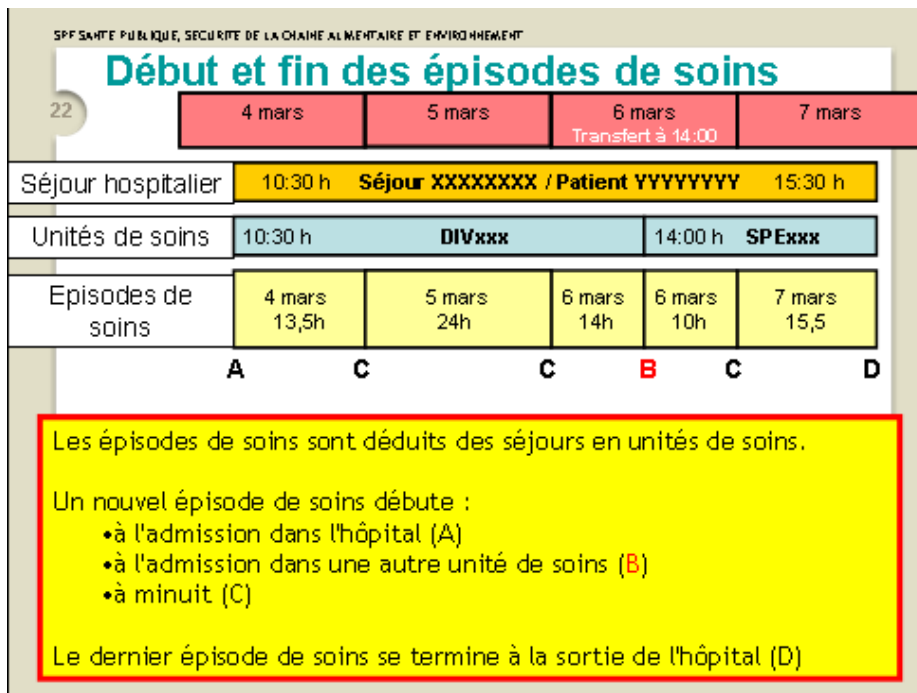
Qu'est-ce qu'un épisode de soins infirmiers ?

On entend par épisode de soins infirmiers une période déterminée ininterrompue où le patient séjourne dans une unité de soins. Différents épisodes de soins infirmiers peuvent se succéder au cours du même jour d'enregistrement lorsque le patient change d'unité de soins. Si un patient séjourne pendant un jour dans la même unité de soins, alors l'épisode de soins a une durée maximale de 24 heures (entre 00:00 heure et 23:59 heure). Si le patient séjourne dans la même unité de soins plusieurs jours consécutivement, alors le séjour dans cette unité de soins est divisé en plusieurs épisodes de soins (1 par jour).

Au cours du séjour d'un patient, les épisodes de soins infirmiers suivants peuvent être déterminés:

- Le premier épisode de soins infirmiers commence:
 - à l'admission du patient à l'hôpital
 - pour les patients déjà admis précédemment, à minuit le premier jour de la période d'enregistrement DI-RHM
- Un nouvel épisode de soins infirmiers commence:
 - lors de chaque admission dans une autre unité de soins
 - à minuit
- Le dernier épisode de soins se termine:
 - à la sortie du patient de l'hôpital
 - pour les patients présents, à 23:59 heure le dernier jour de la période d'enregistrement DI-RHM.

Les deux figures suivantes illustrent comment les épisodes de soins infirmiers du séjour d'un patient sont déduits:



SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Items infirmiers

	4 mars	5 mars	6 mars Transfert à 14:00	7 mars
Séjour hospitalier	10:30 h Séjour XXXXXXXX / Patient YYYYYYYY 15:30 h			
Unités de soins	10:30 h DIVxxx n° ordre 1		14:00h SPExxx n° ordre 2	
Episodes de soins	4 mars 13.5h	5 mars 24h	6 mars 14h	6 mars 10h
Items infirmiers	OUI	OUI	OUI	OUI
Fichier ITEMDIVG	STAYNUM = XXXXXXXX ORDER_UNIT = 1 1 1 2 2 YEAR_OBSERV = 2009 MONTH_OBSERV = 3 DAY_OBSERV = 4 5 6 6 7 N1_CODE_ITEMDIVG = N1_SCORE_ITEMDIVG =			
Les items infirmiers sont scorés par épisode de soins. Les épisodes de soins ne sont pas identifiés par un numéro d'ordre, mais sont définis de manière unique par la combinaison : <ul style="list-style-type: none"> • numéro d'ordre de l'unité de soins (ORDER_UNIT) et • date (année, mois, jour) 				

Les épisodes de soins infirmiers ne sont définis que pour les jours des périodes d'enregistrement des items infirmiers du RHM (DI-RHM).

Les épisodes de soins infirmiers ne sont pas enregistrés en tant que tels, mais sont déduits des séjours en unités de soins et des dates d'observation. Dans le fichier ITEMDIVG, les épisodes de soins infirmiers au cours desquels les items infirmiers sont enregistrés sont définis de façon univoque par la combinaison du numéro de séjour (STAYNUM), du numéro d'ordre de l'unité de soins (ORDER_UNIT) et de la date d'observation (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV).

Pour déterminer la durée d'un épisode de soins infirmiers, l'heure d'admission dans l'unité de soins est aussi prise en compte, au moyen de ORDER_UNIT, A5_DAY_UNIT_IN, A5_HOUR_UNIT_IN et A5_MIN_UNIT_IN du fichier STAYUNIT.

Une liste des documents qui contiennent de plus amples informations sur les épisodes de soins infirmiers est reprise au point 2. Informations supplémentaires: *Manuel des rapports de globalisation* et *Information supplémentaire sur les index de lit, unités de soins et épisodes de soins*.

1.3. SUBDIVISION

Ce fichier contient des enregistrements pour les patients présents:

- dans une unité de soins où l'enregistrement des items infirmiers doit être réalisé,
- au cours d'au moins un des jours de la période d'enregistrement obligatoire (1 au 15 mars, 1 au 15 juin, 1 au 15 septembre, 1 au 15 décembre).

Une ligne doit être enregistrée pour chaque item correspondant à un soin réalisé, pour un patient donné, dans une unité de soins donnée et un jour donné. Les items qui correspondent à des soins non dispensés ne doivent pas être enregistrés. Chaque épisode de soins de chaque patient comporte donc un nombre de lignes variable (au maximum 78).

Données infirmières: ITEMDIVG (N1): Items infirmiers

Chaque enregistrement de ce fichier contient les informations suivantes: le numéro de séjour du patient (STAYNUM), le numéro d'ordre de l'unité de soins (ORDER_UNIT), la date d'observation (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV) et l'items dispensé (N1_CODE_ITEMDIVG) avec son score (N1_SCORE_ITEMDIVG).

La **foreign key** (clé étrangère) de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYUNIT (A5). Cela signifie que la combinaison des valeurs CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM et ORDER_UNIT doit aussi se retrouver dans STAYUNIT (voir point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 1-2: Structure d'un enregistrement du fichier ITEMDIVG (N1): Items infirmiers

Colonne C1	M : Champ obligatoire	O : Champ optionnel
Colonne C2	F : Longueur fixe	V : Longueur variable
Colonne C3	C : Champ caractère	N : Champ numérique ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: Dans le cas où un champ obligatoire n'est pas rempli, on reçoit le message d'erreur suivant: CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.

Colonnes C2 et C3: Dans le cas où la longueur ou le type du champ n'est pas correct(e), on reçoit le message d'erreur suivant: CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES – DATA FORMATS NOK.

Dans le schéma ci-dessous, les **champs clés (primary keys)** du fichier figurent **en rouge et en italique**. Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

N° de champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 1	CODE_AGR	Numéro d'agrément de l'hôpital	M	F	C	3	A5
#							
Champ 2	YEAR_REGISTR	Année d'enregistrement	M	F	N	4	A5
#							
Champ 3	PERIOD_REGISTR	Période d'enregistrement	M	V	N	1-2	A5
#							
Champ 4	STAYNUM	Numéro de séjour	M	V	C	1 - 15	A5
#							
Champ 5	ORDER_UNIT	Numéro d'ordre de l'unité de soins	M	V	N	1-3	A5
#							
Champ 6	YEAR_OBSERV	Année d'observation	M	F	N	4	
#							
Champ 7	MONTH_OBSERV	Mois d'observation	M	V	N	1-2	
#							
Champ 8	DAY_OBSERV	Jour du mois d'observation	M	V	N	1-2	
#							
Champ 9	N1_CODE_ITEMDIVG	Item DIVG	M	F	C	4	
#							
Champ 10	N1_SCORE_ITEMDIVG	Score DIVG	M	V	N	1 - 2	
#							

1.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES

Les flèches → symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans différents fichiers sont décrits dans le premier fichier par ordre hiérarchique, ainsi pour CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR, s'agira-t-il de HOSPITAL (S1), pour STAYNUM de STAYHOSP (A2) et pour ORDER_UNIT de STAYUNIT (A5).

N1 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: numéro d'agrément de l'hôpital

S1 → A1 → A2 → A5 → N1 - Champ clé

N1 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: année d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A5 → N1 - Champ clé

N1 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: période d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A5 → N1 - Champ clé

N1 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: numéro de séjour

A2 → A5 → N1 - Champ clé

N1 / Champ 5 ⇒ ORDER_UNIT: numéro d'ordre de l'unité de soins

A5 → N1 - Champ clé

N1 / Champ 6 ⇒ YEAR_OBSERV: année d'observation

N1 - Champ clé

Format fixe: 4 chiffres

Exemple: #2007#

L'année d'observation est toujours égale à l'année d'enregistrement.

N1 / Champ 7 ⇒ MONTH_OBSERV: mois d'observation

N1 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: #3#, #6#, #9# ou #12#

N1 / Champ 8 ⇒ DAY_OBSERV: jour du mois d'observation

N1 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: #1# à #15#

N1 / Champ 9 ⇒ N1_CODE_ITEMDIVG: code d'item infirmier

N1 - Champ clé

Format fixe: 4 caractères

Exemple: #B250#

Un item est enregistré uniquement si l'intervention correspondante a été effectivement réalisée et que les modalités définies dans le '*Manuel de codage des Données infirmières du RHM*' sont satisfaites.

Chaque item ne peut apparaître qu'au maximum **une fois** par jour (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV), par patient (STAYNUM) et par épisode de soins infirmiers dans une unité de soins (ORDER_UNIT).

Un épisode de soins infirmier a une durée maximale de 24h, à savoir de 00:00 à 23:59 le même jour. Pour l'enregistrement des items infirmiers au cours d'un épisode de soins de 24h, les soins infirmiers doivent avoir été prestés au cours de cet intervalle de temps.

Les items qui n'ont pas été scorés au cours d'un épisode de soins infirmiers, ne peuvent pas être enregistrés dans le fichier ITEMDIVG pour cet épisode de soins.

N1 / Champ 10 ⇒ N1_SCORE_ITEMDIVG: score d'item infirmier

Champ obligatoire

Longueur minimale: 1 caractère

Longueur maximale: 2 caractère

Valeurs admises: de #1# à #99#.

Les items sont scorés par épisode de soins infirmiers. Un épisode de soins infirmiers n'est pas désigné dans l'enregistrement par un numéro d'ordre comme c'est le cas pour l'unité de soins, mais est défini de façon univoque par la combinaison du numéro de séjour (STAYNUM), du numéro d'ordre de l'unité de soins (ORDER_UNIT) et de la date d'observation (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV). De plus amples explications peuvent être trouvées en 1.2 Contenu – Qu'est-ce qu'un épisode de soins infirmiers ?

Les items qui ne sont pas scorés ne peuvent pas apparaître, par conséquent N1_SCORE_ITEMDIVG ne peut pas être vide (blanco) ou nul (0).

1.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT

Exemples d'enregistrement du fichier 001-Z-3.0-N-ITEMDIVG-2015-1.TXT:

001#2015#1#19182#5#2015#3#1#V700#1#

001#2015#1#19182#5#2015#3#2#B250#1#

001#2015#1#19182#5#2015#3#2#B430#1#

2. Informations supplémentaires

Le document explicative des tableaux de globalisation se trouve sur ce site Web:

www.health.belgium.be: Santé → Organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement
→ Résumé Hospitalier Minimum (RHM) → Publications → Rapports au niveau hospitalier.
- Explication pour le rapport de globalisation: données soins infirmières

Le manuel de codage des items infirmiers se trouve aussi sur ce site Web:

www.health.belgium.be: Santé → Organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement
→ Résumé Hospitalier Minimum (RHM) → Directives → Informations supplémentaires pour les
données infirmières.

L'information supplémentaire sur les index de lit, unités de soins et épisodes de soins se trouve aussi sur le site Web du SPF Santé Publique, sous les directives d'enregistrement des 6 domaines:

www.health.belgium.be: Santé → Organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement
→ Résumé Hospitalier Minimum (RHM) → Directives → Informations supplémentaires.