

Domaine 5

Données médicales

Contenu

0. LIENS ENTRE LES FICHIERS DES DONNEES MEDICALES	6
1. DIAGNOSE (M1): DONNEES RELATIVES AUX DIAGNOSTICS	9
1.1. NOM	9
1.2. CONTENU	9
1.3. SUBDIVISION	9
1.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES	10
M1 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital	10
M1 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement	10
M1 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement	10
M1 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour	10
M1 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité	11
M1 / Champ 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: Diagnostic principal ou secondaire	11
M1 / Champ 7 ⇒ CODE_SYS_DIAGNOSE: Type de système de codification pour les diagnostics	11
M1 / Champ 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: Code de diagnostic	11
REMARQUES	12
1) DIAGNOSTIC PRINCIPAL	13
2) HOSPITALISATION DE JOUR	15
1. A2_HOSPTYPE_FAC = C: HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE	15
2. A2_HOSPTYPE_FAC = D: HOSPITALISATION DE JOUR NON CHIRURGICALE	15
3. A2_HOSPTYPE_FAC = U: URGENCE AMBULATOIRE	16
4. HOSPITALISATIONS DE JOUR EN DEHORS DES UNITES DE SOINS SPECIFIQUES POUR L'HOSPITALISATION DE JOUR	16
3) DIAGNOSTICS SECONDAIRES	19
4) SEJOURS DE LONGUE DUREE	19
5) ENREGISTREMENT PROVISOIRE DES SEJOURS NON TERMINEES POUR LESQUELS DES DONNEES INFIRMIERES DOIVENT DEJA ETRE TRANSMISES	19
6) ENREGISTREMENT DE LA GRIPPE A/H1N1 : jusqu'au 1 ^{er} septembre 2010	20
7) SEJOURS DEBUTES EN HOSPITALISATION DE JOUR ET CONVERTIS PAR LA SUITE EN HOSPITALISATION CLASSIQUE	22
M1 / Champ 9 ⇒ M1_PRESENT_ADM: Présence lors de l'admission	23
M1 / Champ 10 ⇒ M1_CODE_CERT: Degré de certitude	24
1.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT	25
2. PROCEDUR (M2): DONNEES RELATIVES AUX INTERVENTIONS	26
2.1. NOM	26
2.2. CONTENU	26
2.3. SUBDIVISION	26
2.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES	28
M2 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital	28
M2 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement	28
M2 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement	28
M2 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour	28
M2 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité	28
M2 / Champ 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: Diagnostic principal ou secondaire	28
M2 / Champ 7 ⇒ CODE_SYS_DIAG: Type de système de codification pour les diagnostics	28
M2 / Champ 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: Code de diagnostic	29
M2 / Champ 9 ⇒ M2_CODE_SYS_PROCEDURE: Type de système de codage pour les interventions	29
M2 / Champ 10 ⇒ M2_CODE_PROCEDURE: Code de procédure	29
M2 / Champ 11 ⇒ M2_YEAR_PROCEDURE: Année d'exécution de la procédure	30
M2 / Champ 12 ⇒ M2_MONTH_PROCEDURE: Mois d'exécution de la procédure	30

Données médicales

M2 / Champ 13 ⇒ M2_DAY_PROCEDURE: Quantième du mois d'exécution de la procédure.....	30
M2 / Champ 14 ⇒ M2_CODE_PLACE_INTERV: Code « réalisé à l'extérieur ».....	30
M2 / Champ 15 ⇒ M2_CODE_ANEST: Code d'anesthésie	30
M2 / Champ 16 ⇒ M2_NUMBER_PROC_1_DAY: Nombre d'exécutions d'une même procédure (même code) le même jour.....	31
1) POUR ICD-9-CM	32
1. EXECUTION DE LA MEME PROCEDURE, DEUX OU PLUSIEURS FOIS LE MEME JOUR, UNE SEULE FOIS DURANT LE MEME SEJOUR.....	32
2. EXECUTION DE LA MEME PROCEDURE, PLUSIEURS FOIS LE MEME JOUR, EN CONTINU DURANT LE MEME SEJOUR	33
2) POUR ICD-10-BE.....	34
M2 / Champ 17 ⇒ TYPE_ASSOCIATION: Type d'association	34
M2 / Champ 18 ⇒ ID_ASSOCIATION: Identification de l'association.....	34
2.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT	35
3. PROCRIZI (M3): DONNEES RELATIVES AUX PRESTATIONS INAMI.....	36
3.1. NOM	36
3.2. CONTENU	36
3.3. SUBDIVISION	36
3.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES	37
M3 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital	37
M3 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement	37
M3 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement.....	37
M3 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour	37
M3 / Champ 5 ⇒ ORDER_BEDINDEX: Numéro d'ordre d'index de lit.....	38
M3 / Champ 6 ⇒ M3_CODE_INARIZ: Code de prestation INAMI.....	38
1) A2_HOSPTYPE_FAC = C: HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE	40
2) A2_HOSPTYPE_FAC = D: HOSPITALISATION DE JOUR NON CHIRURGICALE	40
1. MAXIFORFAIT.....	40
2. FORFAITS GROUPES 1 – 7	41
3. FORFAITS 1 – 3 DOULEUR CHRONIQUE.....	41
4. MINIFORFAIT	41
3) A2_HOSPTYPE_FAC = U: URGENCE AMBULATOIRE.....	42
4) HOSPITALISATION DE JOUR EN DEHORS DES UNITES DE SOINS SPECIFIQUES POUR HOSPITALISATION DE JOUR	42
1) A2_HOSPTYPE_FAC = C: HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE	43
2) A2_HOSPTYPE_FAC = D: HOSPITALISATION DE JOUR NON CHIRURGICALE	43
1. MAXIFORFAIT.....	43
2. FORFAITS GROUPES 1 – 7	44
3. FORFAITS 1 – 3 DOULEUR CHRONIQUE.....	44
4. MINIFORFAIT	45
3) A2_HOSPTYPE_FAC = U: URGENCE AMBULATOIRE.....	45
4) HOSPITALISATION DE JOUR EN DEHORS DES UNITES DE SOINS SPECIFIQUES POUR HOSPITALISATION DE JOUR	45
M3 / Champ 7 ⇒ M3_YEAR_INARIZ: Année d'exécution de la prestation INAMI	45
M3 / Champ 8 ⇒ M3_MONTH_INARIZ: Mois d'exécution de la prestation INAMI.....	45
M3 / Champ 9 ⇒ M3_DAY_INARIZ: Quantième du mois d'exécution de la prestation INAMI	45
M3 / Champ 10 ⇒ M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY: Nombre d'exécutions d'une même prestation INAMI (même code) le même jour	46
M3 / Champ 11 ⇒ TYPE_ASSOCIATION: Type d'association	46
M3 / Champ 12 ⇒ ID_ASSOCIATION: Identification de l'association.....	46
3.5. EXEMPLE D'ENREGISTREMENT.....	46
4. PATBIRTH (M4): DONNEES RELATIVES A LA NAISSANCE.....	47
4.1. NOM	47
4.2. CONTENU	47
4.3. SUBDIVISION	48
4.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES	50
M4 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital	50
M4 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement	50
M4 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement.....	50
M4 / Champ 4 ⇒ PATNUM: Numéro anonyme de patient du nouveau-né	50
M4 / Champ 5 ⇒ M4_PATNUM_MAMA: Numéro anonyme de patient de la mère	50

M4 / Champ 6 ⇒ M4_PLACE_BIRTH: Lieu de naissance	51
M4 / Champ 7 ⇒ M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH: Type de système de codification pour le diagnostic de la naissance	51
M4 / Champ 8 ⇒ M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH: Diagnostic de la naissance	52
1) M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH AVEC ICD-9-CM JUSQU'AU RHM 2014	52
1. CODE DIAGNOSTIC DE LA NAISSANCE (ICD-9-CM)	52
2. QUE FAIRE LORSQU'ON NE CONNAIT PAS LES DONNEES AFFERENTES A LA NAISSANCE ? (ICD-9-CM)	54
3. QUEL CODE ICD-9-CM UTILISER POUR LE DIAGNOSTIC D'ADMISSION VERIFIE DU FICHIER STAYHOSP ET POUR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL DE LA PREMIERE SPECIALITE DU FICHIER DIAGNOSE?	54
4. EXEMPLES AVEC ICD-9-CM	54
1. LE BEBE EST NE A L'HOPITAL A: SEJOUR DE NAISSANCE	54
2. LE BEBE EST NE A L'HOPITAL A: READMISSION A L'HOPITAL A	55
3. LE BEBE EST NE DANS L'HOPITAL A: ADMISSION DANS L'HOPITAL B	55
4. LE BEBE EST NE A LA MAISON: ADMISSION EN HOPITAL POUR UNE RAISON AUTRE QUE LA NAISSANCE	56
5. LE BEBE EST NE HORS D'UN HOPITAL : ADMISSION DANS UN HOPITAL EN RAISON DE LA NAISSANCE	56
2) M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH AVEC ICD-10-BE A PARTIR DU RHM 2014	57
1. CODE DIAGNOSTIC DE LA NAISSANCE (ICD-10-BE)	57
2. QUE FAIRE LORSQU'ON NE CONNAIT PAS LES DONNEES AFFERENTES A LA NAISSANCE ? (ICD-10-BE)	57
3. QUEL CODE ICD-10-BE UTILISER POUR LE DIAGNOSTIC D'ADMISSION VERIFIE DU FICHIER STAYHOSP ET POUR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL DE LA PREMIERE SPECIALITE DU FICHIER DIAGNOSE?	58
4. EXEMPLES AVEC ICD-10-BE	58
1. LE BEBE EST NE A L'HOPITAL A: SEJOUR DE NAISSANCE	58
2. LE BEBE EST NE A L'HOPITAL A: READMISSION A L'HOPITAL A	58
3. LE BEBE EST NE DANS L'HOPITAL A: ADMISSION DANS L'HOPITAL B	59
4. LE BEBE EST NE A LA MAISON: ADMISSION EN HOPITAL POUR UNE RAISON AUTRE QUE LA NAISSANCE	59
5. LE BEBE EST NE HORS D'UN HOPITAL : ADMISSION DANS UN HOPITAL EN RAISON DE LA NAISSANCE	60
3) AUTRES VARIABLES LIEES AU SEJOUR DE LA NAISSANCE	60
M4 / Champ 9 ⇒ M4_CODE_ORDER_BIRTH: Code d'ordre de naissance	60
M4 / Champ 10 ⇒ M4_HOUR_BIRTH: Heure de la naissance	61
M4 / Champ 11 ⇒ M4_WEIGHT_BIRTH: Poids à la naissance	61
M4 / Champ 12 ⇒ M4_APGAR_1_MIN: Score Apgar après 1 minute	61
M4 / Champ 13 ⇒ M4_APGAR_5_MIN: Score Apgar après 5 minutes	61
M4 / Champ 14 ⇒ M4_NUMBER_WEEK_PREG: Nombre de semaines de grossesse	62
M4 / Champ 15 ⇒ M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH: Durée du séjour de la mère avant l'accouchement	62
M4 / Champ 16 ⇒ M4_SECTIO_Y_N: Existence d'une césarienne antérieure	62
M4 / Champ 17 ⇒ M4_PERIDURAL_Y_N: Accouchement sous anesthésie péridurale	62
M4 / Champ 18 ⇒ M4_INDUCED_Y_N: Accouchement après induction	62
4.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT	63
5. TESTRESU (M5): RESULTATS DES EXAMENS	64
5.1. NOM	64
5.2. CONTENU	64
5.3. SUBDIVISION	64
5.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES	65
M5 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital	65
M5 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement	65
M5 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement	65
M5 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour	66
M5 / Champ 5 ⇒ M5_TYPE_TEST: Type d'examen	66
M5 / Champ 6 ⇒ M5_YEAR_TEST: Année d'exécution de l'examen	66
M5 / Champ 7 ⇒ M5_MONTH_TEST: Mois d'exécution de l'examen	66
M5 / Champ 8 ⇒ M5_DAY_TEST: Quantième du mois d'exécution de l'examen	66
M5 / Champ 9 ⇒ M5_ORDER_TEST_1_DAY: Ordre d'exécution d'un même examen au cours d'une même journée	66
M5 / Champ 10 ⇒ M5_RESULT_TEST: Résultat	66
5.5. EXEMPLE D'ENREGISTREMENT	67
6. URGADMIN (M6): DONNEES RELATIVES AUX ADMISSIONS PAR UN SERVICE D'URGENCE	68
6.1. NOM	68
6.2. CONTENU	68
6.3. SUBDIVISION	68
6.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES	69
M6 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital	69
M6 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement	69

M6 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement.....	69
M6 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour	69
M6 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité.....	69
M6 / Champ 6 ⇒ M6_TYPE_INFO_URG: Code info urgences.....	70
M6 / Champ 7 ⇒ M6_CODE_INFO_URG: motif d'admission en urgence / rôle dans l'accident / suivi / traitement / type de lésion	70
1) QUAND M6_TYPE_INFO_URG = R: 'MOTIF D'ADMISSION EN URGENCE'	70
2) QUAND M6_TYPE_INFO_URG = O: 'ROLE DANS L'ACCIDENT DE LA ROUTE'	70
3) QUAND M6_TYPE_INFO_URG = F: 'SUIVI EVENTUEL APRES LE CONTACT AVEC LES URGENCES'	71
4) QUAND M6_TYPE_INFO_URG = T: 'TRAITEMENT DANS LE SERVICE D'URGENCE'	72
5) QUAND M6_TYPE_INFO_URG = L: 'TYPE DE LESION'	72
RESUME DE L'ENREGISTREMENT DANS URGADMIN.....	73
6.5. EXEMPLE D'ENREGISTREMENT.....	73
7. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES	74
7.1. MANUEL DE CODAGE ICD-9-CM.....	74
7.2. DIRECTIVES DE CODAGE ICD-10-BE	74
7.3. FICHIERS DE REFERENCE DES DONNEES MEDICALES	74
7.4. CHAPITRES SUPPLEMENTAIRES.....	74

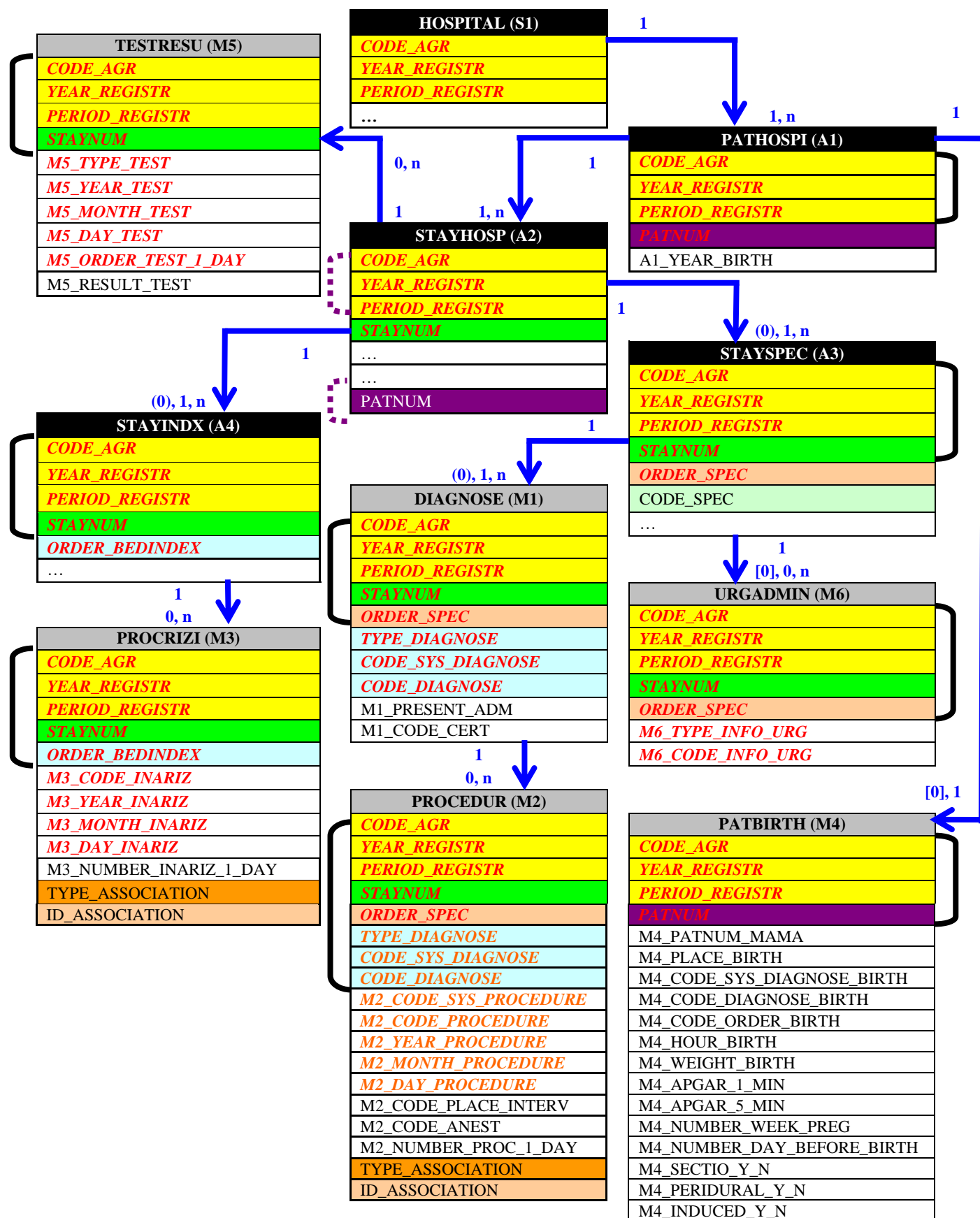
Tableaux

Tableau 1-1: Structure d'un enregistrement du fichier DIAGNOSE (M1): Données relatives aux diagnostics.....	9
Tableau 1-2: Valeurs admises pour TYPE_DIAGNOSE: Diagnostic principal ou secondaire	11
Tableau 1-3: Valeurs admises pour CODE_SYS_DIAGNOSE: Type de système de codification pour les diagnostics ..	11
Tableau 1-4: Valeurs complémentaires de CODE_DIAGNOSE pour circonstances spécifiques	12
Tableau 1-5: Version ICD-9-CM et ICD-10-BE des différentes années d'enregistrement	12
Tableau 1-6: Vue d'ensemble du diagnostic principal du champ CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, du diagnostic d'admission vérifié du champ A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM du fichier STAYHOSP et du diagnostic principal utilisé par le grouper, pour les hospitalisations classiques.....	14
Tableau 1-7: Règle générale de codage ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) dans le fichier DIAGNOSE (M1) et le fichier PROCEDUR (M2) pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale	15
Tableau 1-8: Vue d'ensemble du diagnostic principal du champ CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, du diagnostic d'admission vérifié du champ A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM du fichier STAYHOSP et du diagnostic principal utilisé par le grouper pour l'hospitalisation de jour	17
Tableau 1-9: Exemples des codes de la grippe A/H1N1.....	21
Tableau 1-10: Exemples du statut d'immunisation/vaccination contre l'influenza	21
Tableau 1-11: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG pour l'urgence ambulatoire	21
Tableau 1-12: Valeurs admises pour M1_PRESENT_ADM: Présence lors de l'admission	23
Tableau 1-13: Valeurs admises pour M1_CODE_CERT: Degré de certitude.....	24
Tableau 2-1: Structure d'un enregistrement du fichier PROCEDUR (M2): Données relatives aux interventions	27
Tableau 2-2: Valeurs admises pour M2_CODE_SYS_PROCEDURE: Type de système de codification pour les interventions.....	29
Tableau 2-3: Valeurs admises pour M2_CODE_PLACE_INTERV: Code « réalisé à l'extérieur »	30
Tableau 2-4: Valeurs admises pour M2_CODE_ANEST: Code d'anesthésie	31
Tableau 3-1: Structure d'un enregistrement du fichier PROCRIZI (M3): Données relatives aux prestations INAMI	36
Tableau 3-2: Codes INAMI attendus pour M3_CODE_INARIZ: Code de prestation INAMI	38
Tableau 3-3: Résumé de l'enregistrement dans le fichier PROCRIZI pour l'hospitalisation de jour	40
Tableau 3-4: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour chirurgicale	40
Tableau 3-5: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: maxiforfait	40
Tableau 3-6: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits des groupes 1 - 7.....	41
Tableau 3-7: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits 1 – 3 douleur chronique	41
Tableau 3-8: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: miniforfait	41
Tableau 3-9: Résumé de l'enregistrement dans le fichier PROCRIZI pour l'hospitalisation de jour, à partir du RHM 2018	43

Données médicales

Tableau 3-10: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour chirurgicale, à partir du RHM 2018	43
Tableau 3-11: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: maxiforfait, à partir du RHM 2018	44
Tableau 3-12: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits des groupes 1 - 7, à partir du RHM 2018	44
Tableau 3-13: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits 1 – 3 douleur chronique, à partir du RHM 2018	44
Tableau 3-14: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: miniforfait, à partir du RHM 2018	45
Tableau 4-1: Structure d'un enregistrement du fichier PATBIRTH (M4): Données relatives à la naissance	49
Tableau 4-2: Valeurs admises pour M4_PLACE_BIRTH: Lieu de naissance	51
Tableau 4-3: Valeurs admises pour M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH: Type de système de codification pour le diagnostic de la naissance	52
Tableau 4-4: Valeurs admises pour M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH: Diagnostic de la naissance, jusqu'au RHM 2014	52
Tableau 4-5: Valeurs admises pour M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH: Diagnostic de la naissance, à partir du RHM 2014	57
Tableau 4-6: Valeurs admises pour M4_CODE_ORDER_BIRTH: Code d'ordre de naissance	61
Tableau 4-7: Valeurs admises pour M4_SECTIO_Y_N: Existence d'une césarienne antérieure	62
Tableau 4-8: Valeurs admises pour M4_PERIDURAL_Y_N: Accouchement sous anesthésie péridurale	62
Tableau 4-9: Valeurs admises pour M4_INDUCED_Y_N: Accouchement après induction	63
Tableau 5-1: Structure d'un enregistrement du fichier TESTRESU (M5): Résultats des examens	64
Tableau 5-2: Valeurs admises pour M5_TYPE_TEST: Type d'examen	66
Tableau 5-3: Valeurs admises pour M5_RESULT_TEST: Résultat	66
Tableau 6-1: Structure d'un enregistrement du fichier URGADMIN (M6): Données relatives aux admissions par un service d'urgence	68
Tableau 6-2: Valeurs admises pour M6_TYPE_INFO_URG: Code info urgences	70
Tableau 6-3: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG quand champ 6 = R 'motif d'admission en urgence'	70
Tableau 6-4: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG quand champ 6 = O 'rôle dans l'accident de la route'	71
Tableau 6-5: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG quand champ 6 = F 'suivi éventuel après le contact avec les urgences'	71
Tableau 6-6: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG quand champ 6 = T 'traitement dans le service d'urgence'	72
Tableau 6-7: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG quand champ 6 = L 'type de lésion'	72
Tableau 6-8: Résumé de l'enregistrement dans URGADMIN	73

0. Liens entre les fichiers des données médicales



Dans le schéma ci-dessus, les **champs clés** (*primary keys*) des fichiers 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 Porthealth. 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.

Les **champs en jaune** concernent les champs qui, pour un hôpital et une période d'enregistrement donnés, sont identiques dans tous les fichiers. Cette information se retrouve également dans les noms de fichiers.

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

XXX = CODE_AGR, **YYYY** = YEAR_REGISTR et **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**.

Dans le schéma, les fichiers sont reliés entre eux par des **flèches bleues** et la mention **0, 1 et n**. Ce paramètre indique la proportion qui peut/doit exister entre le nombre d'enregistrements ayant la même combinaison de valeurs dans les 2 fichiers (**Foreign keys** du deuxième 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).

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.

1 => (0), 1, n signifie que dans **certains cas déterminés**, un enregistrement dans le premier fichier n'implique **pas nécessairement** un enregistrement dans le deuxième fichier, mais que **dans tous les autres cas** il doit y en avoir un ou plus.

Ceci concerne principalement A2_HOSPTYPE_FAC = N, l'enregistrement temporaire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises. Certaines valeurs ne doivent être transmises définitivement qu'avec la période d'enregistrement de la sortie et seront donc écrasées.

Exemple:

DIAGNOSE doit toujours comporter au moins le diagnostic principal sauf si A2_HOSPTYPE_FAC = N.

GM1080803: LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL (CODE_DIAGNOSE AVEC TYPE_DIAGNOSE = P) DE LA PREMIERE SPECIALITE NE PEUT COMMENCER PAR Z38 OU VALOIR P95 QUE POUR LE SEJOUR DE NAISSANCE (A2_HOSPTYPE_FAC <> N)

1 ⇒ (0), 1 signifie que pour un enregistrement dans le premier fichier, **dans certains cas** il n'est pas nécessaire d'avoir un enregistrement dans le deuxième fichier, et **dans les autres cas il ne doit y en avoir qu'un**.

Exemple:

Le fichier PATBIRTH ne contient que les données des nouveau-nés, qui sont nés dans l'hôpital ou qui à l'admission n'avaient pas plus de 28 jours.

1 ⇒ [0], 0, n signifie que **dans certains cas** aucun enregistrement ne doit exister dans le deuxième fichier ([0]), tandis que **dans les autres cas** pour un enregistrement dans le premier fichier il ne doit pas nécessairement y avoir un enregistrement dans le deuxième fichier (0), mais qu'il peut y en avoir et même éventuellement plusieurs (n).

Exemple:

Dans le fichier URGADMIN on demande les données spécifiques aux contacts avec le service des urgences (ORDER_SPEC commençant par URG). Par enregistrement dans le fichier STAYSPEC, le fichier URGADMIN soit ne contient aucun enregistrement, comme pour l'enregistrement temporaire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N), soit contient plusieurs enregistrements en raison du champ M6_TYPE_INFO_URG.

GM6060001: DES INFORMATIONS FIGURENT DANS LE FICHIER URGADMIN ALORS QUE LE CODE DE SPECIALITE N'EST PAS URG (CODE_SPEC)

1. DIAGNOSE (M1): Données relatives aux diagnostics

1.1. NOM

XXX-Z-VERS-M-DIAGNOSE-YYYY-P.TXT

Exemple:

001-Z-3.0-M-DIAGNOSE-2015-1.TXT

1.2. CONTENU

Les diagnostics sont enregistrés par spécialité. Raison pour laquelle la clef des enregistrements du fichier DIAGNOSE comporte aussi le numéro d'ordre de la spécialité.

Pour chaque spécialité, ce fichier contient un diagnostic principal et 0, 1 ou plusieurs diagnostics secondaires.

Dans les fichiers du domaine médical, il **n'est pas nécessaire** d'enregistrer des données/records pour les séjours non terminés (A2_HOSPTYPE_FAC = N). Les fichiers de ce domaine **peuvent** être complétés pour ce type de séjour si les données correctes sont disponibles. Ce sont cependant les données de l'enregistrement définitif qui seront utilisées ultérieurement. Aucun contrôle multidomaine ne sera réalisé entre l'enregistrement provisoire et l'enregistrement définitif des séjours non terminés, en ce qui concerne les données du domaine médical.

Voir point 7. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur des séjours non terminés.*

1.3. SUBDIVISION

Ce fichier contient au moins un enregistrement (record) par séjour dans une spécialité, à savoir l'enregistrement relatif au diagnostic principal (sauf pour A2_HOSPTYPE_FAC = N, enregistrement temporaire des séjours non terminés).

La **foreign key** (clé étrangère) de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYSPEC (A3). Cela signifie que la combinaison des valeurs CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM et ORDER_SPEC doit aussi se retrouver dans STAYSPEC (voir point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 1-1: Structure d'un enregistrement du fichier DIAGNOSE (M1): Données relatives aux diagnostics

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	A3
#							
Champ 2	YEAR_REGISTR	Année d'enregistrement	M	F	N	4	A3
#							
Champ 3	PERIOD_REGISTR	Période d'enregistrement	M	V	N	1-2	A3
#							
Champ 4	STAYNUM	Numéro de séjour	M	V	C	1-15	A3
#							
Champ 5	ORDER_SPEC	Numéro d'ordre de la spécialité	M	V	N	1-2	A3
#							
Champ 6	TYPE_DIAGNOSE	Diagnostic principal ou secondaire	M	F	C	1	
#							
Champ 7	CODE_SYS_DIAGNOSE	Type de système de codification pour les diagnostics	M	F	C	1	
#							
Champ 8	CODE_DIAGNOSE	Code de diagnostic	M	V	C	3-6 jusqu'au RHM2014 3-7 à partir du RHM2015	
#							
Champ 9	M1_PRESENT_ADM	Présence lors de l'admission	M	F	C	1	
#							
Champ 10	M1_CODE_CERT	Degré de certitude	M	F	C	1	
#							

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).

M1 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 - Champ clé

M1 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 - Champ clé

M1 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 - Champ clé

M1 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 → A3 → M1 - Champ clé

M1 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité

A3 -> M1 - Champ clé

M1 / Champ 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: Diagnostic principal ou secondaire

M1 - Champ clé

Format fixe: 1 caractère

Tableau 1-2: Valeurs admises pour TYPE DIAGNOSE: Diagnostic principal ou secondaire

CODE	DESCRIPTION
P	Diagnostic principal (1 par spécialité)
S	Diagnostic secondaire (0, 1 ou plusieurs par spécialité)

Pour chaque spécialité, on ne peut avoir qu'un seul diagnostic principal (pour lequel les règles de codage relatives au diagnostic principal doivent être respectées) et **0, 1 ou plusieurs diagnostics secondaires**.

On définit le diagnostic principal comme étant l'affection qui, *après examen*, s'est avérée être la cause principale de l'admission du patient dans la spécialité.

On définit les diagnostics secondaires comme étant des affections présentes au moment de l'admission ou qui se développent par la suite et qui influencent les soins au patient durant l'hospitalisation en cours. Les diagnostics qui renvoient à une période antérieure et qui n'ont aucun lien avec le séjour hospitalier actuel ne sont pas enregistrés.

M1 / Champ 7 ⇒ CODE_SYS_DIAGNOSE: Type de système de codification pour les diagnostics

M1 - Champ clé

Format fixe: 1 caractère

Tableau 1-3: Valeurs admises pour CODE SYS DIAGNOSE: Type de système de codification pour les diagnostics

CODE	DESCRIPTION
A	ICD-9-CM (jusqu'au RHM 2014)
B	ICD-10-BE (à partir du RHM 2015)

Jusqu'au RHM MZG 2014 uniquement le système de codification ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) est utilisé. Jusqu'à ce moment-là tous les séjours ont la valeur #A# pour ce champ.

A partir du RHM MZG 2015 le système de codage ICD-10-BE (International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification; ainsi que International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System) sera utilisé. Dès lors la valeur #B# devra être exclusivement enregistrée pour tous les séjours.

M1 / Champ 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: Code de diagnostic

M1 - Champ clé

Longueur minimale: 3 caractères

Longueur maximale: 6 caractères jusqu'au RHM 2014

7 caractères à partir du RHM 2015

Exemple: #A240#, #I200#, #H8109#, #Z9851#, #T39091A#

On utilise la classification ICD-9-CM pour les diagnostics jusqu'au RHM 2014 et la classification ICD-10-BE à partir du RHM 2015. Les directives de codage ICD-9-CM et ICD-10-BE sont référencées au point 7. Informations supplémentaires : *Manuel de codage ICD-9-CM et ICD-10-BE*.

Tableau 1-4: Valeurs complémentaires de CODE DIAGNOSE pour circonstances spécifiques

Champ 8 CODE_DIAGNOSE	DESCRIPTION	Champ 6 TYPE_DIAGNOSE
MMMMMM	Diagnostic principal pour une spécialité avec miniforfait uniquement ou sans forfait	P
AAAAAA	Diagnostic principal pour une spécialité psychiatrique	P
UUUUUU	Diagnostic principal pour une spécialité urgences	P
DDDDDD	Code pour intervention sans diagnostic	S
VVVVVS	Code pour la vaccination contre la grippe saisonnière (RHM 2009 – 2010*)	S
VVVVVP	Code pour la vaccination contre la grippe pandémique (RHM 2009 - 2010*)	S
488.1 (**)	Influenza due to identified novel H1N1 influenza virus. Ce code n'a été introduit officiellement qu'avec la version ICD-9-CM d'oct. 2009 mais doit déjà être utilisé à partir du premier semestre 2009 (voir point 7)	S (RHM 2009-2010)

(*) La fin de la pandémie de 2009 a été décrétée par l'OMS le 10-08-2010 et l'enregistrement du statut vaccinal n'est plus requis à dater du 1^{er} septembre 2010.

(**) Attention: Pour le RHM 2009 et 2010, le code 488.1 n'est pas un code ICD-9-CM. Pour cette raison ce code se trouve dans ce tableau. A partir du RHM 2011|1, ce code 488.1x sera un code officiel et pourra être utilisé comme diagnostic principal.

REMARQUES

- Aussi bien pour le codage ICD-9-CM que pour le codage ICD-10-CM, le point après les trois chiffres tel que mentionné dans le manuel du logiciel NE PEUT PAS être encodé !
- Tous les codes doivent être utilisés avec la **précision maximale** (c.-à-d. avec le nombre maximal de caractères autorisés pour les codes concernés). À cet effet, on se référera à la **version des codes ICD valable pendant la période d'enregistrement**.

Tableau 1-5: Version ICD-9-CM et ICD-10-BE des différentes années d'enregistrement

VERSION ICD-9-CM ET ICD-10-BE	ANNEE D'ENREGISTREMENT
ICD-9-CM, version octobre 2004, manuel 2005	RHM 2008
ICD-9-CM, version octobre 2008, manuel 2009	RHM 2009 et 2010
ICD-9-CM, version octobre 2010, manuel 2011	RHM 2011, 2012, 2013 et 2014
ICD-10-BE, version 2014, manuel 2014	RHM 2015 et 2016
ICD-10-BE, version 2017, manuel 2017	RHM 2017, 2018 et 2019
ICD-10-BE, version octobre 2019	A partir du RHM 2020

- Pour chaque spécialité est enregistré un seul diagnostic principal (pour lequel les règles de codage relatives au diagnostic principal doivent être respectées) et aucun, un ou plusieurs diagnostics secondaires.
- Au sein des diagnostics principaux et secondaires d'une même spécialité, un même code ICD-9-CM ou un code ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) ne peut PAS être répété.
- Un diagnostic au moins, en général le diagnostic principal de la première spécialité, correspond au diagnostic d'admission vérifié – pour autant que le diagnostic d'admission vérifié soit un code ICD-9-CM ou un code ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) valide.

- Pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises, le code ICD-9 ne sera pas vérifié dans le deuxième semestre de 2008 et de 2010, car pour ces séjours, lors de l'enregistrement définitif, une version ultérieure de l'ICD-9-CM sera utilisée.

1) **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

Pour chaque spécialité, un diagnostic principal est enregistré. Le champ 6, TYPE_DIAGNOSE, de ce même fichier indique par la lettre 'P' qu'il s'agit du diagnostic principal.

Doit être utilisé en tant que diagnostic principal des différentes spécialités:

- Pour la spécialité AKT: #AAAAAA# ou un code ICD-9-CM ou un code ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) valide, pour lequel les règles de codage du diagnostic principal sont respectées.
- Pour la spécialité URG: #UUUUUU# ou un symptôme (code ICD-9-CM ou code ICD-10-BE à partir du RHM 2015) ou un code ICD-9-CM / ICD-10-BE valide, pour lequel les règles de codage du diagnostic principal sont respectées. Si URG est la seule spécialité, #UUUUUU# ou un symptôme (code ICD-9-CM CM ou code ICD-10-BE à partir du RHM 2015) ne peut être utilisé que si:
 - A2_HOSPTYPE_FAC = U (urgence ambulatoire = séjours sans forfait dans le service des urgences)
 - A2_HOSPTYPE_FAC = D (hospitalisation de jour) et A2_HOSPTYPE_CAT = R et il s'agit d'un miniforfait. Le diagnostic d'admission vérifié est #MMMMMM#.
- Pour les hospitalisations de jour non chirurgicales avec un miniforfait ou sans forfait: #MMMMMM# ou un code ICD-9-CM ou un code ICD-10-BE à partir du RHM 2015 valide, pour lequel les règles de codage du diagnostic principal sont respectées.

Important

Attention de ne pas confondre le diagnostic principal d'une spécialité (CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE) et le diagnostic d'admission vérifié (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM du fichier STAYHOSP). Dans la majorité des cas, le diagnostic d'admission vérifié est identique au diagnostic principal de la première spécialité. Il existe cependant une série d'exceptions à ce principe: voir point 7. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les diagnostics et le grouper*, et les directives du domaine des données administratives, STAYHOSP champ 29: A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM.

Voir tableau 1-6 en page suivante pour une vue d'ensemble du diagnostic principal CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, du diagnostic d'admission vérifié A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM de STAYHOSP et du diagnostic principal utilisé par le grouper, pour l'hospitalisation classique.

Tableau 1-6: Vue d'ensemble du diagnostic principal du champ CODE DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, du diagnostic d'admission vérifié du champ A2 CODE DIAG VERIF ADM du fichier STAYHOSP et du diagnostic principal utilisé par le grouper, pour les hospitalisations classiques

Description	Facturation	A2_HOSPTYPE_FAC	A2_HOSPTYPE_CAT	Diagnostic principal de la première spécialité = ICD1	Diagnostic principal de la deuxième spécialité = ICD2 (quand applicable)	Diagnostic principal de la troisième spécialité = ICD3 (quand applicable)	Diagnostic d'admission vérifié = ICDA	Diagnostic principal pour le grouper	APR-DRG
Hospitalisation classique – Séjours non entièrement psychiatriques									
1ère spec <> URG et AKT	clas + long F	H, F	R	ICD1	Fonction de la spécialité		ICD1	ICDa	DRGa
1 seule spec = URG	clas	H	R	ICD1			ICD1	ICDa	DRGa
1ère spec = URG et 2ème spec <> AKT et URG	clas + long F	H, F	R	UUUUUU ou ICD1	ICD2	Fonction de la spécialité	ICDa = diagnostic principal justifiant l'admission via URG	ICDa	DRGa
1ère spec = URG et 2ème spec = AKT et minimum une spécialité suivante <> AKT	clas + long F	H, F	R	UUUUUU ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	une des spécialités suivantes doit contenir un code ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) valide	UUUAAA	DP 1ère spec <> URG et AKT	DRG pour la partie du séjour après AKT
1ère spec = AKT et minimum une spécialité suivante <> AKT	clas + long F	H, F	R	AAAAAA ou ICD1	une des spécialités suivantes doit contenir un code ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015)valide		AAAAAA	DP 1ère spec <> AKT	DRG pour la partie du séjour après AKT
Toutes situations	long M/L	M, L	R	Fonction de la spécialité			ICDa de F	DP 1ère spec de la période actuelle <> AKT, si toutes les spec de la période actuelle = AKT => AAAAAA	DRG pour semestre actuel (éventuellem ent AAA)
Toutes situations	Clas + long F	N	R	Pas nécessaire			DDDDDD	DDDDDD	DDD
Hospitalisation classique - Séjours entièrement psychiatriques									
Toutes spec AKT	clas + long F	H, F	P	AAAAAA ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	AAAAAA ou ICD3	AAAAAA	AAAAAA	AAA
	long M/L	M, L	P	AAAAAA ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	AAAAAA ou ICD3	AAAAAA	AAAAAA	AAA
1ère spec = URG et tout le reste = AKT	clas + long F	H, F	P	UUUUUU ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	AAAAAA ou ICD3	UUUAAA	UUUAAA	UAA
1 seule spec = URG	clas + long F	H, F	P	UUUUUU ou ICD1			UUUAAA	UUUAAA	UAA

2) HOSPITALISATION DE JOUR

1. **A2_HOSPTYPE_FAC = C: hospitalisation de jour chirurgicale**

Pour les séjours partiellement psychiatriques, les diagnostics principaux et secondaires devront être encodés en ICD-9-CM ou en ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) dans une des spécialités (qui diffère de l'URG et de l'AKT) où le patient séjourne (voir tableau).

2. **A2_HOSPTYPE_FAC = D: hospitalisation de jour non chirurgicale**

- Pour les patients avec un maxiforfait ou un forfait 1-7, il faut encoder les diagnostics principaux et secondaires et les procédures en ICD-9-CM ou en ICD-10-BE à partir du RHM2015.
- Pour les forfaits 1-3 douleur chronique, le diagnostic principal, codé en ICD-9-CM ou en ICD-10-BE à partir du RHM2015, suffit.
- Pour les miniforfaits, on ne demande pas d'encoder en ICD-9-CM ou en ICD-10-BE à partir du RHM2015. Il est suffisant de remplir #MMMMMM# comme diagnostic principal.
- Si, dans les unités de soins spécifiques ou non pour l'hospitalisation de jour, il y a des patients sortis le jour de leur admission et pour lesquels aucun forfait d'hospitalisation de jour n'est facturé, il est également suffisant de remplir #MMMMMM# comme diagnostic principal.
- Le diagnostic principal doit être également enregistré pour les formes spécifiques d'hospitalisation de jour. Pour faire une distinction claire avec les autres types d'hospitalisation de jour, celles-ci sont mentionnées avec un code séparé dans le champ 13, catégorie de séjour hospitalier, **A2_HOSPTYPE_CAT**, champ 13 du fichier STAYHOSP est utilisé. Les catégories de séjour hospitalier suivantes appartiennent à ces formes spécifiques d'hospitalisation de jour: hospitalisation de jour gériatrique (A2_HOSPTYPE_CAT = G), hospitalisation de jour oncologique (A2_HOSPTYPE_CAT = O), et hospitalisation de jour pédiatrique (A2_HOSPTYPE_CAT = E). Pour ces trois dernières catégories de séjour, en cas de facturation de miniforfait ou si aucun forfait n'est facturé, il faut encoder les diagnostics principaux en ICD-9-CM ou en ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) mais pas les procédures.

Remarque: Les autres formes d'hospitalisation de jour correspondent à A2_HOSPTYPE_CAT = R.

Tableau 1-7: Règle générale de codage ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) dans le fichier DIAGNOSE (M1) et le fichier PROCEDUR (M2) pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale

FORFAIT	Fichier DIAGNOSE	Fichier PROCEDUR
Maxiforfait	ICD-9-CM jusqu'au RHM2014, ICD-10-BE à partir du RHM2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM2014, ICD-10-BE à partir du RHM2015
Forfaits 1 - 7	ICD-9-CM jusqu'au RHM2014, ICD-10-BE à partir du RHM2015	ICD-9-CM jusqu'au RHM2014, ICD-10-BE à partir du RHM2015
Forfaits 1 - 3 douleur chronique	Diagnostic principal	Non
Miniforfait (A2_HOSPTYPE_CAT=G,O,E)	Diagnostic principal	Non
Pas de forfait (A2_HOSPTYPE_CAT=G,O,E)	Diagnostic principal	Non
Miniforfait (A2_HOSPTYPE_CAT=R)	MMMMMM	Non
Pas de forfait pour hospitalisation de jour (A2_HOSPTYPE_CAT = R)	MMMMMM	Non

ATTENTION:

Si les règles de codage ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) imposent qu'un diagnostic secondaire soit utilisé en combinaison du diagnostic principal (pathologie sous-jacente), ces règles doivent toujours être respectées, même s'il n'est en principe demandé de n'enregistrer que le diagnostic principal. Voir point 7. Informations supplémentaires: *Manuel de codage ICD-9-CM ou ICD-10-BE*.

3. A2_HOSPTYPE_FAC = U: Urgence ambulatoire

Le type de séjour hospitalier U (urgence ambulatoire) ne peut être utilisé qu'en cas d'un contact avec le service d'urgence (service de soins urgents spécialisés ou première prise en charge des urgences) pour lequel aucun prix de journée ou forfait hospitalisation de jour n'est facturé.

Pour les urgences ambulatoires, les codes ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) ne doivent pas être enregistrés, mais il est permis le faire.

4. Hospitalisations de jour en dehors des unités de soins spécifiques pour l'hospitalisation de jour

Pour tous ces cas, on se base sur la facturation (type de séjour hospitalier, A2_HOSPTYPE_FAC). Sur cette base, les règles décrites plus haut sont d'application. On utilise DAYMIX (CODE_UNIT) comme unité de soins et la spécialité utilisée sera le plus souvent DIV (CODE_SPEC).

Voir tableau 1-8 en page suivante pour une vue d'ensemble du diagnostic principal CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, du diagnostic d'admission vérifié A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM de STAYHOSP et du diagnostic principal utilisé par le grouper, pour l'hospitalisation de jour.

Pour les patients ayant seulement un contact avec les services d'urgences pour lequel un miniforfait est facturé, reportez-vous au tableau 1-8 sous 'Hospitalisation de jour – Séjours non entièrement psychiatriques', avec description '1 seule spec = URG' et facturation 'seulement mini'.

Pour plus d'informations, voir point 7. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur des hospitalisations de jour et Information supplémentaire sur les diagnostics et le grouper*.

Tableau 1-8: Vue d'ensemble du diagnostic principal du champ CODE DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, du diagnostic d'admission vérifié du champ A2 CODE DIAG VERIF ADM du fichier STAYHOSP et du diagnostic principal utilisé par le grouper pour l'hospitalisation de jour

Description	Facturation	A2_HOSPTYPE_FAC	A2_HOSPTYPE_CAT	Diagnostic principal de la première spécialité = ICD1	Diagnostic principal de la deuxième spécialité = ICD2 (quand applicable)	Diagnostic principal de la troisième spécialité = ICD3 (quand applicable)	Diagnostic d'admission vérifié = ICDa	Diagnostic principal pour le grouper	APR-DRG
Urgence ambulatoire									
1 seule spéc = URG	pas de forfait	U	R / P	UUUUUU ou ICD1			UUUUUU	UUUUUU	UUU
Hospitalisation de jour – Séjours non entièrement psychiatriques									
1ère spec <> URG et AKT	chir	C	R/G/O/E	ICD1	Fonction de la spécialité		ICD1	ICDa	DRGa
	Maxi,forf 1-7, douleur	D	R/G/O/E						
	seulement mini ou pas de forfait	D	G/O/E						
			R	MMMMMM ou ICD1	Fonction de la spécialité		MMMMMM	MMMMMM	MMM
1 seule spéc = URG	chir	C	R/G/O/E	ICD1			ICD1	ICDa	DRGa
	maxi,forf 1-7, douleur	D	R/G/O/E						
	seulement mini	D	G/O/E						
			R	UUUUUU ou ICD1			MMMMMM	MMMMMM	MMM
1ère spec = URG et 2ème spec <> AKT et URG	chir	C	R/G/O/E	UUUUUU ou ICD1	ICD2	Fonction de la spécialité	ICDa = diagnostic principal justifiant l'admission via URG	ICDa	DRGa
	maxi,forf 1-7, douleur	D	R/G/O/E						
	seulement mini ou pas de forfait	D	G/O/E						
			R	UUUUUU ou ICD1	MMMMMM ou ICD2 (si 2è spéc <> URG)	Fonction de la spécialité	MMMMMM	MMMMMM	MMM
1ère spec = URG et 2ème spec = AKT et minimum une spécialité suivante <> AKT	chir	C	R/G/O/E	UUUUUU ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	une des spécialités suivantes doit contenir un code ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015)	UUUAAA	Diagnostic principal 1ère spec <> URG et AKT	DRG pour la partie du séjour après AKT
	maxi,forf 1-7, douleur	D	R/G/O/E						
	seulement mini ou pas de forfait	D	G/O/E						
			R	UUUUUU ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	MMMMMM ou ICD3	MMMMMM	MMMMMM	MMM
1ère spec = AKT et minimum une spécialité suivante <> AKT	chir	C	R/G/O/E	AAAAAA ou ICD1	une des spécialités suivantes doit contenir un code ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015)		AAAAAA	Diagnostic principal 1ère spec <> AKT	DRG pour la partie du séjour après AKT
	maxi,forf 1-7, douleur	D	R/G/O/E						
	seulement mini ou pas de forfait	D	G/O/E						
			R	AAAAAA ou ICD1	MMMMMM ou ICD2	Fonction de la spécialité	MMMMMM	MMMMMM	MMM

Données médicales: DIAGNOSE (M1): Données relatives aux diagnostics

Description	Facturation	A2_HOSPTYPE_FAC	A2_HOSPTYPE_CAT	Diagnostic principal de la première spécialité = ICD1	Diagnostic principal de la deuxième spécialité = ICD2 (quand applicable)	Diagnostic principal de la troisième spécialité= ICD3 (quand applicable)	Diagnostic d'admission vérifié = ICDA	Diagnostic principal pour le grouper	APR-DRG
Hospitalisation de jour - Séjours entièrement psychiatriques									
Toutes spec AKT	chir	C	P	AAAAAA ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	AAAAAA ou ICD3	AAAAAA	AAAAAA	AAA
	Toutes sortes facturations	D							
1ère spec = URG et tout le reste= AKT	chir	C	P	UUUUUU ou ICD1	AAAAAA ou ICD2	AAAAAA ou ICD3	UUUAAA	UUUAAA	UAA
	Toutes sortes facturations	D							
1 seule spec = URG	chir	C	P	UUUUUU ou ICD1			UUUAAA	UUUAAA	UAA
	Toutes sortes facturations	D							

3) DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Pour chaque spécialité, il peut y avoir un ou plusieurs diagnostics secondaires.
- Les diagnostics secondaires sont définis comme étant les pathologies qui coexistent au moment de l'hospitalisation ou qui apparaissent dans le décours de l'hospitalisation et qui affectent les soins donnés au patient durant cet épisode de soins. Les diagnostics qui n'ont aucun impact sur les soins fournis durant le séjour hospitalier ne sont pas mentionnés même s'ils sont présents. Les diagnostics qui font référence à un épisode de soins antérieur et qui n'ont pas d'impact sur l'hospitalisation actuelle ne sont pas mentionnés
- Ce champ peut exceptionnellement contenir les lettres #DDDDDD# (exclusivement pour un diagnostic secondaire), notamment quand on n'indique pas de diagnostic en ICD-9-CM ou ICD-10-BE (à partir du RHM 2015) pour une intervention bien précise.
- Il existe des codes qui peuvent préciser d'autres facteurs influençant la santé du patient. Ils doivent être utilisés lorsqu'ils sont d'application.
 - Pour ICD-9-CM, ce sont des codes V (voir manuel de codage chapitre V&E)
 - Pour ICD-10-BE, ce sont des codes Z (voir manuel de codage chapitre 12 concernant les codes Z)
- Il existe également des codes qui peuvent préciser les causes externes de lésion et d'intoxication. Ces codes doivent être enregistrés lorsqu'ils sont d'application (voir manuel de codage chapitre V&E).
 - Pour ICD-9-CM, ce sont des codes E (voir manuel de codage chapitre V&E)
 - Pour ICD-10-BE, ce sont des codes V, W, X et Y (voir manuel de codage chapitre 12 concernant les codes V, W, X et Y)
- Pour ICD-9-CM, les codes de morphologie des tumeurs (codes M) doivent également être utilisés lorsqu'ils sont d'application. Pour l'ICD-10-BE, ces codes ne sont plus demandés à partir du RHM 2015/1.
- D'autres codes exclusivement autorisés comme diagnostics secondaires sont mentionnés au tableau 1-4 ci-dessus.

4) SEJOURS DE LONGUE DUREE

Pour un enregistrement intermédiaire ou final d'un séjour de longue durée, le diagnostic principal est celui qui justifie le maintien du patient à l'hôpital; il peut donc être différent du diagnostic principal originel. Les diagnostics secondaires concernent d'autres pathologies encore actives pendant cette période. Le diagnostic d'admission du fichier STAYHOSP demeure quant à lui inchangé.

5) ENREGISTREMENT PROVISOIRE DES SEJOURS NON TERMINES POUR LESQUELS DES DONNEES INFIRMIERES DOIVENT DEJA ETRE TRANSMISES

Pour les séjours suivants, on doit enregistrer la valeur #N# comme type de séjour hospitalier dans le champ 14 A2_HOSPTYPE_FAC du fichier STAYHOSP.

Tous les séjours:

- qui ne sont pas terminés au terme de la période d'enregistrement et
- pour lesquels les patients ont séjourné dans une unité de soins au sein de laquelle un enregistrement DI-RHM doit être réalisé et

- durant au moins une période de soin au sein d'une période d'enregistrement DI-RHM (qu'il y ait eu ou non un item DI-RHM enregistré) et
- qui ne sont pas des séjours de longue durée, le type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC n'est pas #F#, #M# ni #L# (selon la facturation).

Un enregistrement limité doit être réalisé pour ces séjours, voir point 7. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés.*

Dans les fichiers du domaine médical, il n'est pas nécessaire d'enregistrer des données/records pour ce type de séjour. Le diagnostic principal ne doit pas non plus être enregistré dans cet enregistrement provisoire. Ceci est une exception au principe général.

Les fichiers peuvent cependant être complétés pour ce type de séjour si les données correctes sont disponibles. Ce sont cependant les données de l'enregistrement définitif qui seront utilisées ultérieurement. Aucun contrôle comparatif ne sera réalisé.

Pour ces séjours, un enregistrement complet et définitif doit avoir lieu lors de la période d'enregistrement suivante (après la sortie de l'hôpital ou lors du premier enregistrement d'un séjour de longue durée) à l'exception des données infirmières.

Pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises, le code ICD-9-CM ne sera pas vérifié dans le deuxième semestre de 2008 et de 2010, car pour ces séjours, lors de l'enregistrement définitif, une version ultérieure de l'ICD-9-CM devra être utilisée.

6) ENREGISTREMENT DE LA GRIPPE A/H1N1 : jusqu'au 1^{er} septembre 2010

Cf. point 7. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur la grippe.*

Depuis le mois d'avril 2009, un nouveau virus influenza de type A/H1N1 (grippe mexicaine/porcine) a été identifié. Ce virus résulte de la recombinaison de virus porcins, aviaires et humains.

Enregistrements RHM 2009 et 2010

Ces instructions complémentaires sont applicables à partir des données du premier semestre 2009, sauf le point 5° (urgences ambulatoires) qui est applicable à partir du 1^{er} septembre 2009.

1° Le Comité de coordination et de maintenance d'ICD-9-CM (ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee) a proposé en juin 2009 un addenda valable à partir du 1^{er} octobre 2009 (ICD-9-CM Index to Diseases Addenda (FY10) Effective October 1, 2009) dans lequel apparaît un code spécifique pour la grippe A/H1N1.

Le code existant 488 'Influenza due to identified avian influenza virus' est scindé en deux nouveaux codes: 488.0 et 488.1

Ces nouveaux codes doivent être enregistrés à partir du premier semestre 2009 (dans le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE du domaine des données médicales).

Afin de permettre le groupage de ces séjours, le codage doit être fait de la façon suivante: un code de la catégorie 487 'Influenza' en diagnostic principal associé au code 488.1 en diagnostic secondaire. **Le code 488.1 doit donc toujours être enregistré comme diagnostic secondaire.**

Tableau 1-9: Exemples des codes de la grippe A/H1N1

	Diagnostic principal	Diagnostic secondaire
Grippe A/H1N1, avec pneumonie	487.0	488.1
Grippe A/H1N1, avec autres manifestations respiratoires	487.1	488.1
Grippe A/H1N1 avec autres manifestations	487.8	488.1

- 2° Concernant l'enregistrement de la variable 'présence lors de l'admission' au champ 9 M1_PRESENT_ADM du fichier DIAGNOSE, les règles telles qu'explicitées dans les directives du domaine des données médicales sont d'application.
- 3° Concernant l'enregistrement du 'degré de certitude' au champ 10 M1_CODE_CERT du fichier DIAGNOSE, la valeur #2# 'Certain' doit être enregistrée uniquement si le diagnostic de grippe A/H1N1 a été confirmé par identification du virus dans les prélèvements des voies respiratoires (écouvillons naso-pharyngés) par les techniques reconnues, comme par exemple:
- Détection de l'ARN viral par PCR (Polymerase Chain Reaction)
 - Détection de l'antigène viral nucléo-protéinique
 - Isolement du virus

En cas de suspicion, la valeur #1# 'Probable' doit être enregistrée.

- 4° Concernant l'enregistrement du statut d'immunisation/vaccination contre l'influenza: l'enregistrement de la vaccination anti-influenza faite lors de la dernière campagne (et au moins deux semaines avant le début de la maladie) doit être fait en utilisant les pseudocodes suivants en tant que diagnostic secondaire (champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE):
- VVVVVS pour la vaccination contre la grippe saisonnière
 - VVVVVP pour la vaccination contre la grippe pandémique

Ces codes doivent toujours être utilisés comme diagnostics secondaires.

Tableau 1-10: Exemples du statut d'immunisation/vaccination contre l'influenza

	Diagnostic principal	Diagnostic secondaire	Diagnostic(s) secondaire(s)
Grippe A/H1N1, avec pneumonie	487.0	488.1	VVVVVS
Grippe A/H1N1, avec autres manifestations respiratoires	487.1	488.1	VVVVVS VVVVVP
Grippe A/H1N1 avec autres manifestations	487.8	488.1	VVVVVP

Important: La fin de la pandémie de 2009 a été décrétée par l'OMS le 10/08/2010 et **l'enregistrement du statut vaccinal n'est plus requis à dater du 1^{er} septembre 2010.**

- 5° Pour l'urgence ambulatoire, une valeur a été ajoutée parmi les valeurs déjà existantes dans le champ 7 M6_CODE_INFO_URG 'Motif d'admission en urgences' (champ 6 = R) du fichier URGADMIN du domaine des données médicales (voir tableau ci-dessous). La lettre #G# doit être utilisée pour toute infection respiratoire aiguë potentiellement liée à la grippe.

Tableau 1-11: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG pour l'urgence ambulatoire

CODE	DESCRIPTION
C	Contrôle
B	Accouchement
F	Tentative de suicide

CODE	DESCRIPTION
O	Intoxication au CO
A	Autre intoxication
T	Accident / traumatisme
G	Infection respiratoire aigüe potentiellement liée à la grippe
Z	Maladie organique
S	Motifs sociaux, mentaux ou psychiques

N'indiquer qu'une seule raison! Il convient ici de parcourir la liste de haut en bas et d'indiquer la première valeur qui correspond au motif d'admission.

Dans ce cas également la vaccination anti-influenza faite lors de la dernière campagne (et au moins deux semaines avant le début de la maladie) doit être enregistrée comme expliqué au point précédent.

Enregistrements à partir du RHM 2011

A partir des données du 01/01/2011, les règles ci-dessus ne sont plus d'application.

En effet, les codes de la sous-catégorie 488.1x Grippe pandémique [Influenza due to identified novel H1N1 influenza virus] sont introduits en Belgique et peuvent être utilisés en DP.

Le double codage (487.x + 488.1) n'est donc plus nécessaire.

Les dispositions pour l'enregistrement de la variable M1_PRESENT_ADM 'présence à l'admission' et de la variable M1_CODE_CERT 'degré de certitude' ne changent pas.

7) SEJOURS DEBUTES EN HOSPITALISATION DE JOUR ET CONVERTIS PAR LA SUITE EN HOSPITALISATION CLASSIQUE

La règle suivante a toujours été d'application pour tous les séjours (à l'exception des longs séjours):

Lors d'un enregistrement RHM, un séjour commence quand le patient est admis à l'hôpital et se termine quand le patient quitte l'hôpital. Les séjours ne sont jamais scindés pour des raisons de facturation.

Par conséquent, le séjour d'un patient, admis initialement en hospitalisation de jour et qui est converti par la suite en hospitalisation classique ne doit faire l'objet que d'un seul enregistrement RHM, **cependant en raison de la facturation permise par l'INAMI, nous acceptons l'enregistrement en 2 séjours si telle est la façon dont les données ont été transmises à l'INAMI.**

Dans tous les cas il s'agit ici de deux séjours en spécialité avec chacun leur propre diagnostic principal.

Dans la majorité des cas, on enregistrera deux diagnostics principaux différents: un pour l'hospitalisation de jour et un qui justifie le fait que celle-ci soit convertie en hospitalisation classique. Les règles du choix du diagnostic principal doivent bien entendu toujours être respectées. Ainsi il est possible que le diagnostic principal soit le même et que la complication soit mentionnée en diagnostic secondaire.

Le CODE_SPEC peut être deux fois le même.

En ce qui concerne le diagnostic d'admission vérifié (champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM du fichier STAYHOSP), au cas où les données sont envoyées comme un seul séjour, il convient de comprendre «la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital» comme «la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital en

hospitalisation classique »; le diagnostic d'admission vérifié équivaudra alors au diagnostic principal de la deuxième spécialité, soit celui de l'hospitalisation classique.

Cf. point 7. Informations supplémentaires: *Informations supplémentaire sur l'hospitalisation de jour convertie en hospitalisation classique.*

Ces précisions complémentaires doivent être strictement appliquées à partir des données RHM 2011[1].

M1 / Champ 9 ⇒ M1_PRESENT_ADM: Présence lors de l'admission

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Valeurs admises: voir les explications ci-dessous

Enregistrement RHM jusqu'en 2015 inclus

Depuis la parution de la circulaire du 7 avril 2014 portant référence DM/OMZ-CIR/n.10-14 et relative à la suspension provisoire de l'enregistrement de l'indicateur de Présence lors de l'admission, on peut, avec effet immédiat, enregistrer provisoirement le code #A# dans M1_PRESENT_ADM pour tous les numéros de séjour. On peut aussi choisir de continuer d'appliquer les règles d'origine. Ceux-ci peuvent être trouvés dans les document *information supplémentaire sur la POA Présence à l'Admission*.

Cette mesure temporaire est applicable jusqu'au 31 Décembre à 2015

Enregistrement RHM de 2016 et 2017

À partir du RHM 2016, les directives susmentionnées ne s'appliquent plus.

Tableau 1-12: Valeurs admises pour M1_PRESENT_ADM: Présence lors de l'admission

CODE	DESCRIPTION
Y	Pathologie présente au moment de l'admission à l'hôpital
N	Pathologie non présente au moment de l'admission à l'hôpital
D	Documentation insuffisante au dossier pour déterminer si la pathologie était présente ou non au moment de l'admission à l'hôpital
E	Impossible de déterminer cliniquement si la pathologie était présente ou non au moment de l'admission à l'hôpital
F	Pas d'application ou pour les codes diagnostics qui ne sont pas un code ICD-10-BE

La valeur **#Y#** est d'application pour toutes les pathologies qui sont présentes au moment de l'admission à l'hôpital ou dont on peut raisonnablement supposer qu'elles étaient présentes au moment de l'admission à l'hôpital.

La valeur **#N#** est d'application pour les pathologies explicitement documentées par le médecin dans le dossier du patient comme étant apparues après l'admission à l'hôpital.

En règle générale, la pathologie considérée comme le diagnostic principal de la première spécialité (généralement équivalente au diagnostic d'admission vérifié) est toujours présente au moment de l'admission à l'hôpital et la valeur **#Y#** lui est attribuée. Il existe cependant des cas spécifiques où le diagnostic principal se voit malgré tout attribuer la valeur POA **#N#** (voir plus loin).

La valeur **#D#** est d'application pour les pathologies dont il est impossible de déterminer la valeur du POA sur base des informations contenues dans le dossier du patient (impossibilité **administrative** de distinction entre les valeurs **#Y#** et **#N#**, **par manque d'information** dans

le dossier du patient). Dans ce cas, il est recommandé de faire appel au médecin ayant en charge le patient pour un avis complémentaire. La valeur #D# pour le POA doit être enregistrée de manière limitée.

La valeur #E# est d'application pour les pathologies dont il est cliniquement impossible de déterminer si elles sont présentes ou pas au moment de l'admission (impossibilité **clinique** de distinction entre les valeurs #Y# en #N#). Il s'agit de pathologies diagnostiquées durant le séjour mais pour lesquelles le médecin certifie qu'il est impossible de déterminer cliniquement si elles étaient présentes au moment de l'admission du patient à l'hôpital.

La valeur #F# est utilisée dans 2 cas:

Tout d'abord, cette valeur est utilisée pour les codes ICD-10-BE pour lesquels l'enregistrement du POA n'est pas d'application. Ces codes sont mentionnés sur la liste en annexe.

Ensuite, la valeur #F# doit obligatoirement être enregistrée pour tous les codes diagnostics qui ne sont pas des codes ICD-10-BE (ex : CODE_DIAGNOSE = AAAAAA, UUUUUU, UUUAAA, DDDDDD, MMMMMM, ...).

Enregistrement RHM à partir du RHM 2018 : nouveauté pour la valeur #F#

A partir du RHM 2018, nous appliquerons pour la variable F pour le champ 'Présent à l'admission' les directives qui ont été émises par le CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) pour la mise à jour de l'année 2017. Nous continuerons à suivre ces directives jusqu'à ce que nous passions à une mise à jour ultérieure des codes ICD-10-BE. Parallèlement à ces codes, la variable F sera aussi exigée pour les codes de diagnostic qui ne sont pas des codes ICD-10-BE (AAAAAA, UUUUUU, UUUAAA, MMMMMM, DDDDDD, ...). Ces directives remplacent toutes les directives antérieures relatives à l'utilisation de la variable F (pas d'application).

M1 / Champ 10 ⇒ M1_CODE_CERT: Degré de certitude

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 1-13: Valeurs admises pour M1_CODE_CERT: Degré de certitude

CODE	DESCRIPTION
0	Inconnu
1	Probable
2	Certain
3	Le diagnostic est confirmé d'un point de vue anatomopathologique
4	Non applicable
D	Dummy, à partir du RHM 2017

La valeur #4# (non applicable) doit être utilisée pour tous les codes dans le champ 8 CODE_DIAGNOSE qui ne sont pas des codes ICD-9-CM (jusqu'au RHM 2014) ou des codes ICD-10-BE (à partir du RHM 2015), à savoir les codes de diagnostic complémentaires pour circonstances spéciales mentionnés au tableau 1-4.

A partir du RHM 2017, vous pouvez enregistrer, pour tous les diagnostics, aussi bien les valeurs #0# à #4# (avec chacune leurs propres règles d'enregistrement) que la nouvelle valeur #D#. Pour chaque séjour, vous pouvez choisir entre l'enregistrement d'une valeur existante (#0# - #4#) et celui de la nouvelle valeur #D#.

1.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT

Exemples d'enregistrement du fichier 001-Z-3.0-S-**DIAGNOSE**-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY2035691#1#P#B#UUUUUU#F#4#

001#2015#1#STAY2035691#2#P#B#S020XXA#A#3#

001#2015#1#STAY2035691#2#S#B#S2249XA#A#3#

2. PROCEDUR (M2): Données relatives aux interventions

2.1. NOM

XXX-Z-VERS-M-PROCEDUR-YYYY-P.TXT

Exemple:

001-Z-3.0-M-PROCEDUR-2015-1.TXT

2.2. CONTENU

Les procédures ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015 sont enregistrées par spécialité. C'est la raison pour laquelle la clé des enregistrements dans le fichier PROCEDUR contient aussi le numéro d'ordre de la spécialité

Actuellement, on enregistre dans ce fichier toutes les procédures mises en œuvre (chirurgicales et diagnostiques) en codes ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 et ICD-10-BE à partir du RHM 2015. Pour chaque procédure, on demande de mentionner le diagnostic (au sein de la même spécialité) qui a donné lieu à l'exécution de la procédure mentionnée.

Pour un enregistrement intermédiaire ou final d'un séjour de longue durée, les procédures exécutées doivent être enregistrées **à partir du début de la période d'enregistrement**.

Pour l'urgence ambulatoire (type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC = U) et la spécialité AKT, il n'est pas nécessaire d'enregistrer de procédures.

Pour les admissions via les urgences, toutes les interventions qui ont une importance dans la détermination des **DRG doivent quand même être enregistrées** dans la spécialité urgences. On peut ainsi renvoyer au diagnostic principal #UUUUUU#.

Dans les fichiers du domaine médical, il n'est pas nécessaire d'enregistrer des données/records pour les séjours non terminés (A2_HOSPTYPE_FAC = N).

Si le diagnostic secondaire #DDDDDD# est enregistré dans CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, alors celui-ci doit être lié à une intervention correspondante dans le champ M2_CODE_PROCEDURE du fichier PROCEDUR.

2.3. SUBDIVISION

Par séjour en spécialité et par diagnostic encodé, donc par combinaison d'ORDER_SPEC et de CODE_DIAGNOSE, on peut avoir 0 (sauf dans le cas de #DDDDDD#), 1 ou plusieurs enregistrements (records).

La **foreign key** (clé étrangère) de ce fichier doit se retrouver dans le fichier DIAGNOSE (M1). Cela signifie que la combinaison des valeurs CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM, ORDER_SPEC, TYPE_DIAGNOSE, CODE_SYS_DIAGNOSE et CODE_DIAGNOSE doit aussi se retrouver dans DIAGNOSE (voir point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 2-1: Structure d'un enregistrement du fichier PROCEDUR (M2): Données relatives aux interventions

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
<i>Champ 1</i>	<i>CODE_AGR</i>	<i>Numéro d'agrément de l'hôpital</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>3</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 2</i>	<i>YEAR_REGISTR</i>	<i>Année d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 3</i>	<i>PERIOD_REGISTR</i>	<i>Période d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 4</i>	<i>STAYNUM</i>	<i>Numéro de séjour</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-15</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 5</i>	<i>ORDER_SPEC</i>	<i>Numéro d'ordre de la spécialité</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 6</i>	<i>TYPE_DIAGNOSE</i>	<i>Diagnostic principal ou secondaire</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 7</i>	<i>CODE_SYS_DIAGNOSE</i>	<i>Type de système de codification pour les diagnostics</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 8</i>	<i>CODE_DIAGNOSE</i>	<i>Code de diagnostic</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>3-6 jusqu'au RHM2014 3-7 à partir du RHM2015</i>	<i>M1</i>
#							
<i>Champ 9</i>	<i>M2_CODE_SYS_PROCEDURE</i>	<i>Type de système de codification pour les interventions</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	
#							
<i>Champ 10</i>	<i>M2_CODE_PROCEDURE</i>	<i>Code de procédure</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>2-4 jusqu'au RHM2014 7 à partir du RHM2015</i>	
#			<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>		
<i>Champ 11</i>	<i>M2_YEAR_PROCEDURE</i>	<i>Année d'exécution de la procédure</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	
#							
<i>Champ 12</i>	<i>M2_MONTH_PROCEDURE</i>	<i>Mois d'exécution de la procédure</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	
#							

N° de champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 13	M2_DAY_PROCEDURE	Quantième du mois d'exécution de la procédure	M	V	N	1-2	
#							
Champ14	M2_CODE_PLACE_INTERV	Code « réalisé à l'extérieur »	M	F	C	1	
#							
Champ15	M2_CODE_ANEST	Code d'anesthésie	M	F	C	1	
#							
Champ16	M2_NUMBER_PROC_1_DAY	Nombre d'exécutions d'une même procédure (même code) le même jour	M	V	N	1-2	
#							
Champ17	TYPE_ASSOCIATION	Type d'association	O	F	C	0 ou 3	
#							
Champ18	ID_ASSOCIATION	Identification de l'association	O	F	C	0 ou 5	
#							

2.4. 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).

M2 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 → M2 - Champ clé

M2 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 → M2 - Champ clé

M2 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A3 → M1 → M2 - Champ clé

M2 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 → A3 → M1 → M2 - Champ clé

M2 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité

A3 → M1 → M2 - Champ clé

M2 / Champ 6 ⇒ TYPE_DIAGNOSE: Diagnostic principal ou secondaire

M1 → M2 - Champ clé

M2 / Champ 7 ⇒ CODE_SYS_DIAG: Type de système de codification pour les diagnostics

M1 → M2 - Champ clé

M2 / Champ 8 ⇒ CODE_DIAGNOSE: Code de diagnostic

M1 → M2 - Champ clé

Il s'agit ici de mentionner le diagnostic qui a donné lieu à la mise en œuvre de la procédure. On doit pouvoir retrouver ce diagnostic dans la même spécialité dans le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE.

Si l'on n'a pas indiqué de code ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 ou de code ICD-10-BE à partir du RHM 2015 (ou pas de code du tableau 1-4 Valeurs complémentaires de CODE_DIAGNOSE), il y a lieu de compléter ce champ par les lettres #DDDDDD#. On doit dès lors retrouver ce code dans le champ CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE pour la spécialité correspondante. Si on enregistre le diagnostic secondaire #DDDDDD# dans le fichier DIAGNOSE, alors on doit retrouver une intervention correspondante dans PROCEDUR.

NOUVEAU à partir du RHM 2017

A partir du RHM 2017 on peut, pour le champ CODE_DIAGNOSE, toujours encoder la valeur fictive #DDDDDD#. Pour chaque séjour, vous pouvez décider d'enregistrer un code ICD réel ou la valeur fictive #DDDDDD# dans le champ CODE_DIAGNOSE.

N'oubliez cependant pas que vous devrez prévoir, dans le fichier des diagnostics (DIAGNOSE), un record avec ce diagnostic #DDDDDD# pour chaque spécialité concernée. Si un tel record n'est pas présent, vous recevrez un message d'erreur de type « Foreign Key » lors des contrôles des données via Portahealth.

M2 / Champ 9 ⇒ M2_CODE_SYS_PROCEDURE: Type de système de codage pour les interventions

M2 - Champ clé

Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-2: Valeurs admises pour M2_CODE_SYS_PROCEDURE: Type de système de codification pour les interventions

CODE	DESCRIPTION
A	ICD-9-CM (jusqu'au RHM 2014)
B	ICD-10-BE (à partir du RHM 2015)

Jusqu'au RHM MZG 2014 uniquement le système de codification ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) est utilisé. Jusqu'à ce moment-là tous les séjours ont la valeur #A# pour ce champ.

A partir du RHM MZG 2015 le système de codage ICD-10-PCS faisant partie de l'ICD-10-BE (International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System) sera utilisé. Dès lors la valeur #B# devra être exclusivement enregistrée pour tous les séjours.

M2 / Champ 10 ⇒ M2_CODE_PROCEDURE: Code de procédure

M2 - Champ clé

Longueur

Jusqu'au RHM 2014 : - longueur variable

- longueur minimale: 2 caractères

- longueur maximale: 4 caractères

A partir du RHM 2015 : - longueur fixe

- 7 caractères

Exemple: #01QF0ZZ#

Pour le ICD-9-CM, le point après les deux premiers chiffres, tel que mentionné dans le manuel du logiciel, NE PEUT PAS être encodé !

Pour des directives de codage ICD-9-CM et ICD-10-BE plus détaillées, voir les manuels spécifiques disponibles sur le site internet du SPF: Cf. point 7. Informations supplémentaires: *Manuel de codage ICD-9-CM et le manuel de codage ICD-10-BE*.

Pour l'urgence ambulatoire' (type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC = U) et les services psychiatriques (spécialité AKT), il n'est pas nécessaire d'enregistrer de procédures.

Pour l'hospitalisation de jour, les règles diffèrent en fonction de la facturation et de la catégorie de l'hospitalisation de jour (voir aussi le champ CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE).

M2 / Champ 11 ⇒ M2_YEAR_PROCEDURE: Année d'exécution de la procédure

M2 - Champ clé

Format fixe: 4 chiffres

Exemple: #2015#

M2 / Champ 12 ⇒ M2_MONTH_PROCEDURE: Mois d'exécution de la procédure

M2 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #12#

M2 / Champ 13 ⇒ M2_DAY_PROCEDURE: Quantième du mois d'exécution de la procédure

M2 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #31#

M2 / Champ 14 ⇒ M2_CODE_PLACE_INTERV: Code « réalisé à l'extérieur »

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-3: Valeurs admises pour M2 CODE PLACE INTERV: Code « réalisé à l'extérieur »

CODE	DESCRIPTION
0	Inconnu
1	Procédure réalisée à l'hôpital pour un patient séjournant dans <u>ce même hôpital</u>
2	Procédure réalisée dans <u>un autre hôpital</u> pour un patient <i>séjournant à l'hôpital</i> (= procédure réalisée à l'extérieur)
3	Procédure réalisée dans <u>ce même hôpital</u> (par exemple en hospitalisation de jour) pour un patient <i>séjournant dans un autre hôpital</i>

M2 / Champ 15 ⇒ M2_CODE_ANEST: Code d'anesthésie

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-4: Valeurs admises pour M2 CODE ANEST: Code d'anesthésie

CODE	DESCRIPTION
0	Anesthésie, mais méthode inconnue
1	Pas d'anesthésie
2	Anesthésie locale
3	Anesthésie locorégionale
4	Anesthésie générale
5	Rachianesthésie
6	Péridurale
7	Sédation
8	Générale + péridurale
9	Générale + locorégionale
H	Hypnose
A	Autre
P	Bloc périphérique

M2 / Champ 16 ⇒ M2_NUMBER_PROC_1_DAY: Nombre d'exécutions d'une même procédure (même code) le même jour

Champ obligatoire

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #99#

Il s'agit du nombre de fois qu'une même intervention (codée avec la précision maximale en ce qui concerne le code ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014 ou le code ICD-10-BE jusqu'au RHM 2015) est réalisée un jour déterminé.

Ce champ a été introduit pour rendre possible le codage de deux interventions pratiquées le même jour pour le même diagnostic. Dans le RCM, la deuxième intervention devait être rattachée à un diagnostic fictif (#DDDDDD#). Pour éviter cela dans le RHM, on a ajouté le champ 16 M2_NUMBER_PROC_1_DAY 'nombre d'exécutions d'une même procédure (même code) le même jour' (Voir point 1 ci-dessous: *Exécution de la même procédure, deux ou plusieurs fois le même jour, une seule fois durant le même séjour*).

Remarque: lors du groupage, le nombre d'exécutions de la même procédure ne change rien sauf pour les versions de l'APR-DRG antérieures à la version 20, où quelques procédures se rapportant au membre inférieur, lorsque pratiquées deux fois ou combinées, conduisent au DRG 300 (Bilateral & multiple major joint procedures of lower extremity). Ce sont les codes 81.51 (Prothèse totale de hanche), 81.52 (Prothèse partielle de hanche), 81.53 (Révision de prothèse de hanche), 81.54 (Prothèse totale de genou), 81.55 (Révision de prothèse de genou), 81.56 (Prothèse totale de cheville) et 81.59 (Révision de prothèse articulaire du membre inférieur non classée ailleurs). Ainsi que les codes 00.70 (Révision Totale de prothèse de hanche) et 00.80 (Révision Totale de prothèse de genou), apparus en 2009.

Le DRG 300 disparaît à partir de la version 20 des DRG. Depuis, que l'on enregistre une ou deux fois la procédure, le séjour tombe dans le même DRG, par exemple pour la révision de hanche, dans le DRG 301.

Par ailleurs, il existe aussi un certain nombre de 'techniques spéciales' qui sont pratiquées plusieurs fois par jour durant plusieurs jours. Celles-ci ne doivent pas être totalisées. (Voir point 2 ci-dessous: *Exécution de la même procédure, plusieurs fois le même jour, en continu durant le même séjour*).

1) POUR ICD-9-CM

1. Exécution de la même procédure, deux ou plusieurs fois le même jour, une seule fois durant le même séjour

Il s'agit essentiellement des procédures bilatérales ou multiples (plusieurs endroits du corps). La notion fondamentale ici est celle de champ opératoire, c'est à dire de la région anatomique, de l'organe, de la cavité corporelle ... où se pratique la procédure. Le champ peut être unique (un seul endroit) ou multiple (plusieurs endroits). Dans ce second cas, il ne peut pas y avoir de continuité entre les champs.

Exemples:

- même intervention sur la jambe gauche et le bras droit → deux champs opératoires
- coronographie de deux coronaires et placement de 3 stents → un champ opératoire.

1. Interventions bilatérales: même procédure, deux champs distincts, à gauche et à droite

Exemple:

- Enclouage du fémur gauche et du fémur droit:
 - CHAMP 10: M2_CODE_PROCEDURE = #7915# (Réduction fermée de fracture avec fixation interne, fémur)
 - CHAMPS 11 à 13: date
 - CHAMP 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #2#

Attention: certains codes de procédures ICD-9-CM incluent la notion de bilatéralité!! En voici quelques exemples:

- Cure unilatérale de hernie inguinale NOS: M2_CODE_PROCEDURE = #5300#
- Cure bilatérale de hernie inguinale: M2_CODE_PROCEDURE = #5310#
- Ovariectomie unilatérale: M2_CODE_PROCEDURE = #653x#
- Ovariectomie bilatérale: M2_CODE_PROCEDURE = #655x#

Exemple:

- CHAMP 10: M2_CODE_PROCEDURE = #5310# (Cure bilatérale de hernie inguinale)
- CHAMPS 11 à 13: date
- CHAMP 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #1# car code d'intervention bilatérale.

2. Interventions multiples, même procédures, deux ou plusieurs champs

Exemple: exérèse de cinq nævi à différents endroits du corps

- CHAMP 10: M2_CODE_PROCEDURE = #863# (Excision ou destruction locale de lésion ou de tissu de la peau et des tissus sous-cutanés, autre)
- CHAMPS 11 à 13: date
- CHAMP 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #5#

Attention: certains codes de procédures ICD-9-CM incluent la notion de multiplicité !!

Exemple 1: extraction de dents

Via l'index alphabétique: extraction - tooth (by forceps) (multiple) (single) NEC

- CHAMP 10: M2_CODE_PROCEDURE = #2309# (Extraction d'autre dent)
- CHAMPS 11 à 13: date
- CHAMP 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #1#

Exemple 2: Anastomose aorto-coronarienne, 2, 3, 4 ou plus artères coronaires. Il s'agit d'anastomoses multiples.

- CHAMP 10: M2_CODE_PROCEDURE = # 3612# (Pontage aorto-coronaire double) ou #3613# (Pontage aorto-coronaire triple) ou #3614# (Pontage aorto-coronaire quadruple ou plus)
- CHAMPS 11 à 13: date
- CHAMP 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #1#

Si la notion de multiplicité n'est pas incluse dans le code, il faut compter les champs opératoires.

Exemple: obturation de 3 dents

- CHAMP 10: M2_CODE_PROCEDURE = #232# (Restauration de dent par plombage)
- CHAMPS 11 à 13: date
- CHAMP 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #3#

N.B. Dans ce cas précis, on pourrait aussi considérer que la bouche constitue un seul champ opératoire et enregistrer la valeur 1 dans le champ 16 M2_NUMBER_PROC_1_DAY.

3. Même procédure, même champ, deux fois le même jour

Exemple: patient opéré le matin pour cure de hernie, qui fait en fin d'après-midi un gros hématome. Pour arrêter l'hémorragie, il faut explorer tous les plans et après contrôle du saignement refaire une cure de hernie.

- CHAMP 10: M2_CODE_PROCEDURE = #5300# (Cure unilatérale de hernie inguinale NOS)
- CHAMPS 11 à 13: date
- CHAMP 16: M2_NUMBER_PROC_1_DAY = #2#

N.B. Coder aussi le contrôle de l'hémorragie: M2_CODE_PROCEDURE = #998# (Contrôle d'hémorragie, NOS)

2. Exécution de la même procédure, plusieurs fois le même jour, en continu durant le même séjour

Il s'agit généralement de patients hospitalisés en service « lourd » ayant plusieurs fois par jour et pendant plusieurs jours consécutifs, des procédures pour la surveillance de leur état ou leur traitement.

Bon nombre des procédures concernées se trouvent listées dans *le Manuel de codage ICD-9-CM, en annexe 1 du chapitre Procédures* (voir point 7. Informations supplémentaires).

Exemples de procédures: cathétérisme artériel, hémodialyse, dialyse péritonéale, intubation endotrachéale, hyperalimentation, transfusions, photothérapie, etc.

En Belgique, l'enregistrement de ces procédures suivant les règles de codage de l'ICD-9-CM est obligatoire car elles sont importantes pour le groupage de patients.

De plus, il peut être intéressant d'enregistrer la variable « nombre d'exécutions » de ces procédures pour mieux apprécier l'utilisation des ressources, la charge de travail, la qualité des soins, etc.

Néanmoins, comme le nombre d'exécutions des procédures de cette liste n'intervient pas dans le groupage, elles peuvent s'enregistrer une seule fois par séjour, à la date de la

première exécution. Le nombre d'exécutions pourra être analysé grâce à d'autres enregistrements.

2) POUR ICD-10-BE

Pour de plus amples informations sur le chapitre 10 du manuel ICD-10-CM, voir point 7. Information supplémentaire : *manuel ICD-10-BE*.

M2 / Champ 17 ⇒ TYPE_ASSOCIATION: Type d'association

(S5 → M2)

Champ optionnel

La valeur (si non nulle) doit aussi exister dans le champ TYPE_ASSOCIATION du fichier ASSOCIAT (S5) du domaine des données de structure.

M2 / Champ 18 ⇒ ID_ASSOCIATION: Identification de l'association

(S5 → M2)

Champ optionnel

La valeur (si non nulle) doit aussi exister dans le champ ID_ASSOCIATION du fichier ASSOCIAT (S5) du domaine des données de structure.

Les champs 17 TYPE_ASSOCIATION et 18 ID_ASSOCIATION doivent être complétés si un accord d'association a été conclu pour la procédure. Cet accord est enregistré dans les champs TYPE_ASSOCIATION et ID_ASSOCIATION du fichier ASSOCIAT (S5) dans le domaine des données de structure. Le champ S5_CODE_ASSOCIATION_PROC du fichier ASSOCIAT (S5) vaut dans ce cas #Y#.

Les séjours et interventions qui appartiennent à cette association sont référencés dans les fichiers PROCEDUR et PROCRIZI.

ASSOCIAT (S5)
CODE_AGR
YEAR_REGISTR
PERIOD_REGISTR
TYPE_ASSOCIATION
ID_ASSOCIATION
...
S5_CODE_ASSOCIATION_PROC=#Y#
...

	PROCEDUR (M2)
S5	CODE_AGR
S5	YEAR_REGISTR
S5	PERIOD_REGISTR
	STAYNUM
	ORDER_SPEC
	TYPE_DIAGNOSE
	CODE_SYS_DIAGNOSE
	CODE_DIAGNOSE
	M2_CODE_SYS_PROCEDURE
	M2_CODE_PROCEDURE
	M2_YEAR_PROCEDURE
	M2_MONTH_PROCEDURE
	M2_DAY_PROCEDURE
	M2_CODE_PLACE_INTERV
	M2_CODE_ANEST
	M2_NUMBER_PROC_1_DAY
S5	TYPE_ASSOCIATION
S5	ID_ASSOCIATION

2.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT

Exemples d'enregistrement du fichier 001-Z-3.0-S-**PROCEDUR**-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY2035691#1#P#B#UUUUUU#B#0HM0XZZ#2015#12#2#1#4#1###
001#2015#1#STAY2035691#1#P#B#UUUUUU#B#3E03329#2015#12#2#1#1#1###

3. PROCRIZI (M3): Données relatives aux prestations INAMI

3.1. NOM

XXX-Z-VERS-M-PROCRIZI-YYYY-P.TXT

Exemple:

001-Z-3.0-M-PROCRIZI-2015-1.TXT

3.2. CONTENU

Les numéros de nomenclature INAMI des prestations et des forfaits sont enregistrés dans ce fichier. Ces numéros et les règles mentionnées ci-dessous dépendent directement de l'INAMI.

Pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N), on ne doit pas encore enregistrer de codes INAMI.

3.3. SUBDIVISION

Ce fichier peut contenir 0, 1 ou plusieurs enregistrements (records) par séjour hospitalier.

La **foreign key** (clé étrangère) de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYINDX (A4). Cela signifie que la combinaison des valeurs CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM et ORDER_BEDINDEX doit aussi se retrouver dans STAYINDX (voir point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 3-1: Structure d'un enregistrement du fichier PROCRIZI (M3): Données relatives aux prestations INAMI

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	<i>CODE_AGR</i>	<i>Numéro d'agrément de l'hôpital</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>3</i>	<i>A4</i>
#							
Champ 2	<i>YEAR_REGISTR</i>	<i>Année d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	<i>A4</i>
#							
Champ 3	<i>PERIOD_REGISTR</i>	<i>Période d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A4</i>
#							
Champ 4	<i>STAYNUM</i>	<i>Numéro de séjour</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-15</i>	<i>A4</i>
#							
Champ 5	<i>ORDER_BEDINDEX</i>	<i>Numéro d'ordre d'index de lit</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A4</i>
#							
Champ 6	<i>M3_CODE_INARIZ</i>	<i>Code de prestation INAMI</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>6</i>	
#							
Champ 7	<i>M3_YEAR_INARIZ</i>	<i>Année d'exécution de la prestation INAMI</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	
#							
Champ 8	<i>M3_MONTH_INARIZ</i>	<i>Mois d'exécution de la prestation INAMI</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	
#							
Champ 9	<i>M3_DAY_INARIZ</i>	<i>Quantième du mois d'exécution de la prestation INAMI</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	
Champ 10	M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY	Nombre d'exécutions d'une même prestation INAMI le même jour	M	V	N	1-2	
#							
Champ 11	TYPE_ASSOCIATION	Type d'association	O	F	C	0 ou 3	
#							
Champ 12	ID_ASSOCIATION	Identification de l'association	O	F	C	0 ou 5	
#							

3.4. 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).

M3 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 → A1 → A2 → A4 → M3 - Champ clé

M3 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A4 → M3 - Champ clé

M3 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A4 → M3 - Champ clé

M3 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 → A4 → M3 - Champ clé

M3 / Champ 5 ⇒ **ORDER_BEDINDEX**: Numéro d'ordre d'index de lit

A4 -> M3 - Champ clé

M3 / Champ 6 ⇒ **M3_CODE_INARIZ**: Code de prestation INAMI

M3 - Champ clé

Format fixe: 6 caractères

Exemple: #101010#

JUSQU'AU RHM 2017 INCLUS

Toutes les prestations doivent être mentionnées, y compris celles qui ne sont pas facturées à 100 % !

Si une prestation est facturée plusieurs fois pendant la même journée, alors le champ 10 M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY peut être complété. Les codes INAMI des séries mentionnées dans la table ci-dessous sont attendus:

Tableau 3-2: Codes INAMI attendus pour M3_CODE_INARIZ: Code de prestation INAMI

Codes dont les 2 premiers chiffres sont égaux à:

DEBUT CODE	DESCRIPTION
11	PRESTATIONS TECHNIQUES MEDICALES
14	PRESTATIONS TECHNIQUES MEDICALES
20	ANESTHESIOLOGIE
22	CHIRURGIE
23	CHIRURGIE
24	CHIRURGIE
25	CHIRURGIE
26	CHIRURGIE
28	CHIRURGIE
29	CHIRURGIE
30	CHIRURGIE
31	CHIRURGIE
35	PRESTATIONS SPECIALES GENERALES
37	SOINS DENTAIRE
42	ACCOUCHEMENTS
44	RADIOTHERAPIE ET RADIUMTHERAPIE
45	IMAGERIE MEDICALE
46	IMAGERIE MEDICALE
47	MEDECINE INTERNE
53	DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE
56	KINESITHERAPIE

Codes dont les 3 premiers chiffres sont égaux à:

DEBUT CODE	DESCRIPTION
211	REANIMATION
212	REANIMATION
213	REANIMATION
214	REANIMATION
275	CHIRURGIE (à partir du 1/1/2014)
276	CHIRURGIE (à partir du 1/1/2014)

DEBUT CODE	DESCRIPTION
277	CHIRURGIE (à partir du 1/1/2014)
278	CHIRURGIE (à partir du 1/1/2014)
279	CHIRURGIE (à partir du 1/1/2014)
431	CHIRURGIE
432	CHIRURGIE
433	RADIOThERAPIE ET RADIUMThERAPIE
434	RADIOThERAPIE ET RADIUMThERAPIE
435	RADIOThERAPIE ET RADIUMThERAPIE
436	RADIOThERAPIE ET RADIUMThERAPIE
437	RADIOThERAPIE ET RADIUMThERAPIE
438	RADIOThERAPIE ET RADIUMThERAPIE
589	PRESTATIONS INTERVENTIONNELLES

Ainsi que les codes suivants:

CODE	DESCRIPTION
761036	UTILISATION DE LA SALLE DE PLATRE, MONTANT PAR JOUR (AMBULANT)
761040	UTILISATION DE LA SALLE DE PLATRE, MONTANT PAR JOUR (HOSPITALISE)
761095	MAXI: SURVEILLANCE MEDICALE MEDIC. L01 OU V03AF Supprimé à partir du 01/03/2017
761106	MAXI: SURVEILLANCE MEDICALE MEDIC. L01 OU V03AF Supprimé à partir du 01/03/2017
761283	MONTANT FIXE JOURNEE DE SOINS – DIALYSE RENALE Supprimé à partir du 01/08/2016
761272	MONTANT FIXE JOURNEE DE SOINS – DIALYSE RENALE Supprimé à partir du 01/08/2016

Pour l'hospitalisation de jour doivent donc aussi être encodés les numéros de nomenclature qui spécifient qu'il s'agit de journées de soins forfaitaires.

Pour l'hospitalisation de jour chirurgicale (A2_HOSPTYPE_FAC = C) les pseudocodes de facturation doivent être encodés.

Pour l'utilisation des différents forfaits (hospitalisation chirurgicale de jour, groupes 1-7, 1-3 douleur chronique, miniforfait, forfait port-cathéter) les règles d'enregistrement de l'INAMI doivent toujours être respectées. Vous trouverez celles-ci dans la convention entre établissements hospitaliers et organismes assureurs en vigueur au moment de l'admission :

www.riziv.fgov.be => Professionnels => Etablissements et services de soins => Hôpitaux => Soins en hôpital => Différentes conventions => Convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs

Pour les séjours entièrement psychiatriques (catégorie de séjour A2_HOSPTYPE_CAT = P) on ne doit pas enregistrer de procédures INAMI.

Pour l'hospitalisation de jour, les règles diffèrent en fonction de la facturation et de la catégorie de l'hospitalisation de jour (voir aussi le champ CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE et le champ M2_CODE_PROCEDURE du fichier PROCEDUR)

HOSPITALISATION DE JOUR**Tableau 3-3: Résumé de l'enregistrement dans le fichier PROCRIZI pour l'hospitalisation de jour**

Fichier STAYHOSP A2_HOSPTYPE_FAC	Facturation	Fichier PROCRIZI M3_CODE_INARIZ
U	Urgence ambulatoire (seul. séjours en spéc. URG et pas de forfait)	INAMI
C	Hospitalisation de jour chirurgicale	INAMI + pseudocodes
D	Maxiforfait	INAMI + forfaits
	Forfaits 1 – 7	INAMI + forfaits
	Forfaits 1 – 3 douleur chronique	INAMI + forfaits
	Miniforfait	INAMI + forfaits
	Pas de forfait	INAMI

1) A2_HOSPTYPE_FAC = C: HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE

Dans le fichier PROCRIZI, outre les codes INAMI ordinaires, il faut encoder un ou plusieurs des codes INAMI suivants:

Tableau 3-4: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour chirurgicale

CODE INAMI	DESCRIPTION
768036 – 768040	Hospitalisation - partie variable sur base des factures introduites : hôpital chirurgical de jour - forfait par admission
768051 – 768062	Hospitalisation - partie variable sur base des factures introduites : hôpital chirurgical de jour - forfait par jour
768471 – 768482	Hospitalisation, partie variable sur base des factures introduites, patient non en règle d'assurabilité, hôpital chirurgical de jour : prix de journée 100 %

Lorsque le patient est en ordre d'assurabilité, un code par admission (768036 ou 768040) et un code par journée (768051 ou 768062) doit être enregistré. Lorsque le patient n'est pas en ordre d'assurabilité, seul le code 768471 ou 768482 doit être enregistré.

2) A2_HOSPTYPE_FAC = D: HOSPITALISATION DE JOUR NON CHIRURGICALE

Dans le fichier PROCRIZI, outre les codes INAMI ordinaires, il faut encoder un des codes INAMI suivants:

1. Maxiforfait**Tableau 3-5: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: maxiforfait**

CODE INAMI	DESCRIPTION
761331 – 761342	Une prestation nécessitant une anesthésie générale effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie (MAXI). <u>Remarque:</u> si la prestation se trouve sur la liste nominative des maxiforfaits, ce pseudocode ne peut être utilisé. La prestation reprise dans la liste nominative peut dès lors être mentionnée dans cette zone.
761353 – 761364	Surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF, si l'utilisation d'une perfusion intravasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable (maxiforfait). Description valide depuis le 01/07/2007 Description adaptée depuis le 10/04/2009:

CODE INAMI	DESCRIPTION
	Surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF ou L03AX03, si l'utilisation d'une perfusion intravasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable (maxiforfait). Supprimé à partir du 01/03/2017
761235 – 761246	Forfait pour journée d'entretien – maxiforfait : lors d'une anesthésie générale ou en cas d'hospitalisation de jour oncologique Description valide depuis le 01/07/2007.
767874 – 767885	Maxiforfait monothérapie NOUVEAU à partir du 01/03/2017
767896 – 767900	Maxiforfait combothérapie NOUVEAU à partir du 01/03/2017
767911 – 767922	Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono NOUVEAU à partir du 01/03/2017
767933 - 767944	Maxiforfait combothérapie + pédiatrie combi NOUVEAU à partir du 01/03/2017

Pour l'enregistrement de diagnostics (dans le fichier DIAGNOSE) et d'interventions chirurgicales éventuelles (dans le fichier PROCEDUR), les règles pour les séjours avec un maxiforfait doivent être suivies pour tous les séjours avec ces nouveaux codes.

2. Forfaits groupes 1 – 7

Tableau 3-6: Valeurs complémentaires pour M3 CODE INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits des groupes 1 - 7

JOURNÉE D'ENTRETIEN FORFAITAIRE POUR	CODE INAMI	
	Non hospitalisé	Hospitalisé (dans un autre hôpital)
Forfait groupe 1	768176	768180
Forfait groupe 2	768191	768202
Forfait groupe 3	768213	768224
Forfait groupe 4	768235	768246
Forfait groupe 5	768250	768261
Forfait groupe 6	768272	768283
Forfait groupe 7	768294	768305

3. Forfaits 1 – 3 douleur chronique

Tableau 3-7: Valeurs complémentaires pour M3 CODE INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits 1 – 3 douleur chronique

JOURNÉE D'ENTRETIEN FORFAITAIRE POUR	CODE INAMI	
	Non hospitalisé	Hospitalisé (dans un autre hôpital)
Douleur chronique, forfait 1	768316	768320
Douleur chronique, forfait 2	768331	768342
Douleur chronique, forfait 3	768353	768364

4. Miniforfait

Tableau 3-8: Valeurs complémentaires pour M3 CODE INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: miniforfait

CODE INAMI	DESCRIPTION
761316	Tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier (MINI) (ambulant).
761434	Tout état nécessitant une perfusion intraveineuse (MINI) (ambulant).

CODE INAMI	DESCRIPTION
761213	Jusqu'au 31/12/2013 : Forfait pour journée d'entretien – miniforfait : lors d'une admission urgente ou lors de perfusion intraveineuse A partir du 1/1/2014 : Soins urgents ou perfusion intraveineuse
768375 - 768386	Forfait manipulation cathéter à chambre

3) A2_HOSPTYPE_FAC = U: URGENCE AMBULATOIRE

Il faut enregistrer tous les codes INAMI.

4) HOSPITALISATION DE JOUR EN DEHORS DES UNITES DE SOINS SPECIFIQUES POUR HOSPITALISATION DE JOUR

Il faut enregistrer tous les codes INAMI, les pseudocodes et les forfaits, sauf pour les séjours entièrement psychiatriques (catégorie de séjour A2_HOSPTYPE_CAT = P). Voir point 7. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur des hospitalisations de jour.*

A PARTIR DU RHM 2018

Dans le cadre de la simplification administrative, nous souhaitons diminuer sensiblement la charge des enregistrements dans le fichier PROCRIZI à partir du RHM 2018.

Nous souhaitons également limiter cet enregistrement aux maxi-forfaits, au forfait des groupes 1-7, les forfaits douleur chronique 1-3, les mini-forfaits, le forfait port-cathéter et le forfait hospitalisation chirurgicale de jour. Nous demandons également d'enregistrer les prestations de la liste A (hospitalisation chirurgicale de jour).

Toutes les prestations doivent être mentionnées, y compris celles qui ne sont pas facturées à 100 % !

Pour l'hospitalisation de jour non-chirurgicale, seuls les numéros de nomenclature qui spécifient qu'il s'agit de journées de soins forfaitaires (les maxi-forfaits, les forfaits des groupes 1-7, les forfaits douleur chronique 1-3, les mini-forfaits, le forfait port-cathéter) doivent être enregistrés.

Pour l'hospitalisation de jour chirurgicale (A2_HOSPTYPE_FAC = C), les pseudocodes pour la facturation doivent être indiqués ainsi que les prestations de la liste A.

Pour l'utilisation des différents forfaits (hospitalisation chirurgicale de jour, maxi, groupes 1-7, 1-3 douleur chronique, miniforfait, forfait port-cathéter) les règles d'enregistrement de l'INAMI doivent toujours être respectées. Vous trouverez celles-ci dans la convention entre établissements hospitaliers et organismes assureurs en vigueur au moment de l'admission :

www.riziv.fgov.be => Professionnels => Etablissements et services de soins => Hôpitaux => Soins en hôpital => Différentes conventions => Convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs

Pour tous les séjours - pour autant que la prestation ait été exécutée –, le code INAMI pour la polysomnographie doit être enregistré. Il s'agit des codes suivants :

- 477374 – 477385 : polysomnographie après l'âge d'un an;
- 478133 – 478144 : polysomnographie jusqu'à l'âge d'un an.

Pour tous les séjours correspondant aux trois critères suivants, toutes les prestations de la liste B (annexe 3, point 6 de l'AR du 25/04/2002) doivent être enregistrées.

- Code d'assurabilité (A2_CODE_STAT_INSURANCE dans le fichier STAYHOSP) = 200, 210, 220, 230, 230, 400 ou 500 ;
- Type de séjour hospitalier (A2_HOSPTYPE_FAC) = H (hospitalisation classique)
- Durée de séjour : au maximum 3 jours.

Ces changements sont uniquement d'application pour le fichier PROCRIZI et sont d'application pour toutes les sorties à partir du 01/01/2018 (RHM 2018/1). **Pour les fichiers PROCRI30, PROCRI40 et PROCRI50, rien ne change.**

HOSPITALISATION DE JOUR

Tableau 3-9: Résumé de l'enregistrement dans le fichier PROCRIZI pour l'hospitalisation de jour, à partir du RHM 2018

Fichier STAYHOSP A2_HOSPTYPE_FAC	Facturation	Fichier PROCRIZI M3_CODE_INARIZ
U	Urgence ambulatoire (seul. séjours en spéc. URG et pas de forfait)	-
C	Hospitalisation de jour chirurgicale	Pseudocodes + codes liste A
D	Maxiforfait	forfaits
	Forfaits 1 – 7	forfaits
	Forfaits 1 – 3 douleur chronique	forfaits
	Miniforfait	forfaits
	Pas de forfait	-

1) A2_HOSPTYPE_FAC = C: HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE

Dans le fichier PROCRIZI, à côté des prestations de la liste A, un ou plusieurs des codes INAMI suivants doivent être encodés :

Tableau 3-10: Valeurs complémentaires pour M3_CODE_INARIZ, hospitalisation de jour chirurgicale, à partir du RHM 2018

CODE INAMI	DESCRIPTION
768036 – 768040	Hospitalisation - partie variable sur base des factures introduites : hôpital chirurgical de jour - forfait par admission
768051 – 768062	Hospitalisation - partie variable sur base des factures introduites : hôpital chirurgical de jour - forfait par jour
768471 – 768482	Hospitalisation, partie variable sur base des factures introduites, patient non en règle d'assurabilité, hôpital chirurgical de jour : prix de journée 100 %

Lorsque le patient est en ordre d'assurabilité, un code par admission (768036 ou 768040) et un code par journée (768051 ou 768062) doivent être enregistrés. Lorsque le patient n'est pas en ordre d'assurabilité, seul le code 768471 ou 768482 doit être enregistré.

2) A2_HOSPTYPE_FAC = D: HOSPITALISATION DE JOUR NON CHIRURGICALE

Dans le fichier PROCRIZI, il faut encoder un des codes INAMI (forfaits) suivants:

1. Maxiforfait

Tableau 3-11: Valeurs complémentaires pour M3 CODE INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: maxiforfait, à partir du RHM 2018

CODE INAMI	DESCRIPTION
761331 – 761342	Une prestation nécessitant une anesthésie générale effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie (MAXI). <i>Remarque:</i> si la prestation se trouve sur la liste nominative des maxiforfaits, ce pseudocode ne peut être utilisé. La prestation reprise dans la liste nominative peut dès lors être mentionnée dans cette zone.
761235 – 761246	Forfait pour journée d'entretien – maxiforfait : lors d'une anesthésie générale ou en cas d'hospitalisation de jour oncologique Description valide depuis le 01/07/2007.
767874 – 767885	Maxiforfait monothérapie NOUVEAU à partir du 01/03/2017
767896 – 767900	Maxiforfait combothérapie NOUVEAU à partir du 01/03/2017
767911 – 767922	Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono NOUVEAU à partir du 01/03/2017
767933 - 767944	Maxiforfait combothérapie + pédiatrie combi NOUVEAU à partir du 01/03/2017

Pour l'enregistrement de diagnostics (dans le fichier DIAGNOSE) et d'interventions chirurgicales éventuelles (dans le fichier PROCEDUR), les règles pour les séjours avec un maxiforfait doivent être suivies pour tous les séjours avec ces nouveaux codes.

De plus, l'INAMI a ajouté des codes pour les soins de base oncologiques (767852 – 767863). Ces codes ne peuvent **pas** être enregistrés dans le fichier PROCRIZI. Les séjours qui n'ont que ce forfait et qui, en plus, correspondent aux conditions de base pour l'enregistrement comme hôpital de jour oncologique doivent toujours être enregistrés suivant les directives d'enregistrement pour l'hôpital de jour oncologique sans forfait ou avec un mini-forfait. Ceci implique **qu'une consultation**, pour laquelle ce pseudocode **soins de base oncologiques** est facturé, ne peut **pas** être enregistré dans le RHM.

2. Forfaits groupes 1 – 7

Tableau 3-12: Valeurs complémentaires pour M3 CODE INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits des groupes 1 - 7, à partir du RHM 2018

JOURNÉE D'ENTRETIEN FORFAITAIRE POUR	CODE INAMI	
	Non hospitalisé	Hospitalisé (dans un autre hôpital)
Forfait groupe 1	768176	768180
Forfait groupe 2	768191	768202
Forfait groupe 3	768213	768224
Forfait groupe 4	768235	768246
Forfait groupe 5	768250	768261
Forfait groupe 6	768272	768283
Forfait groupe 6bis à partir de 01/07/2021	767970	767981
Forfait groupe 7	768294	768305

3. Forfaits 1 – 3 douleur chronique

Tableau 3-13: Valeurs complémentaires pour M3 CODE INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: forfaits 1 – 3 douleur chronique, à partir du RHM 2018

CODE INAMI

JOURNÉE D'ENTRETIEN FORFAITAIRE POUR	Non hospitalisé	Hospitalisé (dans un autre hôpital)
Douleur chronique, forfait 1	768316	768320
Douleur chronique, forfait 2	768331	768342
Douleur chronique, forfait 3	768353	768364

4. Miniforfait

Tableau 3-14: Valeurs complémentaires pour M3 CODE INARIZ, hospitalisation de jour non chirurgicale: miniforfait, à partir du RHM 2018

CODE INAMI	DESCRIPTION
761316	Tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier (MINI) (ambulant).
761434	Tout état nécessitant une perfusion intraveineuse (MINI) (ambulant).
761213	Jusqu'au 31/12/2013 : Forfait pour journée d'entretien – miniforfait : lors d'une admission urgente ou lors de perfusion intraveineuse A partir du 1/1/2014 : Soins urgents ou perfusion intraveineuse
768375 - 768386	Forfait manipulation cathéter à chambre

3) A2_HOSPTYPE_FAC = U: URGENCE AMBULATOIRE

Il faut enregistrer tous les codes INAMI.

4) HOSPITALISATION DE JOUR EN DEHORS DES UNITES DE SOINS SPECIFIQUES POUR HOSPITALISATION DE JOUR

Il faut enregistrer tous les pseudocodes et les forfaits, sauf pour les séjours entièrement psychiatriques (catégorie de séjour A2_HOSPTYPE_CAT = P). Voir point 7. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur des hospitalisations de jour.*

M3 / Champ 7 ⇒ M3_YEAR_INARIZ: Année d'exécution de la prestation INAMI

M3 - Champ clé

Format fixe: 4 chiffres

Exemple: #2015#

M3 / Champ 8 ⇒ M3_MONTH_INARIZ: Mois d'exécution de la prestation INAMI

M3 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #12#

M3 / Champ 9 ⇒ M3_DAY_INARIZ: Quantième du mois d'exécution de la prestation INAMI

M3 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #31#

M3 / Champ 10 ⇒ M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY: Nombre d'exécutions d'une même prestation INAMI (même code) le même jour

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #99#

Il s'agit du nombre de fois qu'un numéro de nomenclature INAMI déterminé est facturé un jour déterminé

M3 / Champ 11 ⇒ TYPE_ASSOCIATION: Type d'association

(S5 → M3)

Champ optionnel

La valeur (si non nulle) doit aussi exister dans le champ TYPE_ASSOCIATION du fichier ASSOCIAT (S5) du domaine des données de structure.

M3 / Champ 12 ⇒ ID_ASSOCIATION: Identification de l'association

(S5 → M3)

Champ optionnel

La valeur (si non nulle) doit aussi exister dans le champ ID_ASSOCIATION du fichier ASSOCIAT (S5) du domaine des données de structure.

Ces champs 11 TYPE_ASSOCIATION et 12 ID_ASSOCIATION doivent être complétés si un accord d'association a été conclu pour ce numéro de nomenclature INAMI. Cet accord est enregistré dans les champs TYPE_ASSOCIATION et ID_ASSOCIATION du fichier ASSOCIAT (S5). Le champ S5_CODE_ASSOCIATION_PROC du fichier ASSOCIAT (S5) vaut #Y#.

Les séjours et interventions qui appartiennent à cette association sont référencés dans les fichiers PROCEDUR et PROCRIZI.

ASSOCIAT (S5)		PROCRIZI (M3)	
	CODE_AGR	S5	CODE_AGR
	YEAR_REGISTR	S5	YEAR_REGISTR
	PERIOD_REGISTR	S5	PERIOD_REGISTR
	TYPE_ASSOCIATION		STAYNUM
	ID_ASSOCIATION		ORDER_BEDINDEX
...			M3_CODE_INARIZ
	S5_CODE_ASSOCIATION_PROC = #Y#		M3_YEAR_INARIZ
...			M3_MONTH_INARIZ
			M3_DAY_INARIZ
			M3_NUMBER_INARIZ_1_DAY
		S5	TYPE_ASSOCIATION
		S5	ID_ASSOCIATION

3.5. EXEMPLE D'ENREGISTREMENT

Exemple d'enregistrement du fichier 001-Z-3.0-S-PROCRIZI-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY2035691#1#148105#2015#12#2#1###

4. PATBIRTH (M4): Données relatives à la naissance

4.1. NOM

XXX-Z-VERS-M-PATBIRTH-YYYY-P.TXT

Exemple:

001-Z-3.0-M-PATBIRTH-2015-1.TXT

4.2. CONTENU

Ce fichier ne contient que les données relatives à la naissance des nouveau-nés

Un nouveau-né est défini comme un patient né à l'hôpital ou n'ayant pas plus de 28 jours au moment de l'admission (règles APR-DRG).

Un bébé mort-né doit être enregistré selon les critères de l'AR du 17 juin 1999 (MB du 4 septembre 1999) prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle des causes de décès:

- Si le poids à la naissance est de 500 g ou plus
- ou, si le poids à la naissance n'est pas connu, si l'âge gestationnel dépasse les 22 semaines accomplies ou plus ou que la taille est supérieure ou égale à 25 cm du sommet de la tête au talon.

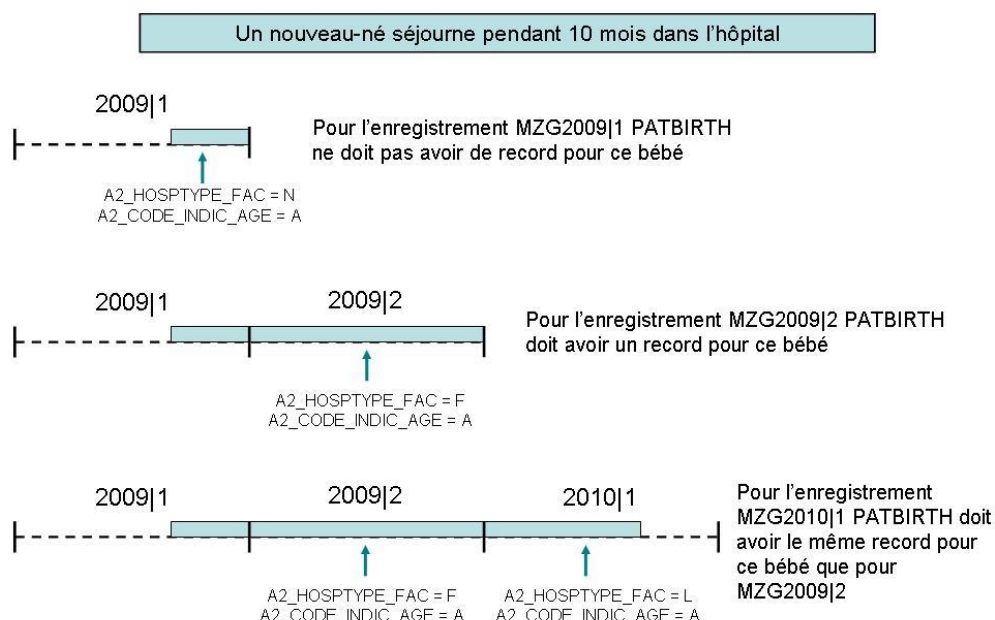
Pour la législation Belge, un bébé mort-né doit être déclaré si le poids de naissance est de 500 grammes ou plus, ou si le poids n'est pas connu avec un âge gestationnel dépassant les 22 semaines accomplies ou la taille est supérieure ou égale à 25 cm du sommet de la tête au talon. Dans ce cas, un enregistrement (et dossier) séparé pour le bébé doit être créé pour le RHM. L'enregistrement ne peut y déroger.

Le tout premier critère est donc bébé vivant ou mort-né. S'il s'agit d'un mort-né, le premier critère est le poids. Dans le manuel de codage, les médecins ont également appliqué la limite de 500 grammes.

Il faut donc uniquement tenir compte de l'âge gestationnel ou de la taille lorsque le poids à la naissance est inconnu (voir ci-dessus). Si l'âge gestationnel est inférieur à 22 semaines (par exemple 21 semaines), il n'y a pas de problème pour le RHM: un message d'erreur de sévérité 2 apparaît uniquement si l'âge gestationnel est inférieur à 20 semaines (donc pas de message d'erreur avec 21 semaines). On peut donc créer sans crainte un dossier séparé pour un bébé avec un poids à la naissance inconnu et un âge gestationnel de 20 ou 21 semaines sans recevoir de message d'erreur.

Si le bébé est né et sort au cours d'un semestre précédent et qu'il est réadmis au cours du semestre suivant alors qu'il n'a pas encore 28 jours, il y a lieu d'envoyer de nouveau les données de naissance, étant donné que l'enregistrement et les contrôles sont soumis par semestre. Les mêmes règles sont applicables aux nouveau-nés nés à un autre endroit (par ex. à la maison).

Dans le cas où un bébé est âgé de moins de 29 jours à l'admission, et reste à l'hôpital pendant plusieurs semestres, le fichier PATBIRTH doit être complété pour chaque partie du séjour (A2_HOSPTYPE_FAC = F, M et L). Ici, les mêmes données de naissance pour ce bébé sont transmises à chaque fois dans PATBIRTH.



Pour chaque nouveau-né de moins de 29 jours un record est donc créé dans le fichier PATBIRTH. Celui-ci est lié au champ A2_CODE_INDIC_AGE dans le fichier STAYHOSP du domaine des données administratives: lors de son admission chaque nouveau-né reçoit la valeur A2_CODE_INDIC_AGE = A, B ou C.

Les **données figurant dans le fichier PATBIRTH** sont **INDEPENDANTES** du fait que ce record soit mentionné en même temps que le séjour de la naissance ou lors d'une (ré)admission d'un nouveau-né de moins de 29 jours dans n'importe quel hôpital.

On ne naît qu'une fois. Toute personne n'a donc

- qu'un seul diagnostic de naissance (code ICD-9-CM V3xxx dans le champ 8 de la naissance jusqu'au RHM 2014 et code ICD-10-BE de la catégorie Z38 à partir du RHM 2015)
- qu'un seul poids à la naissance (champ 11)
- etc.

Dans les fichiers du domaine des données médicales, il n'est pas nécessaire d'enregistrer des données/records des séjours non-terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N).

4.3. SUBDIVISION

Ce fichier ne peut contenir, pour la période d'enregistrement, qu'un seul enregistrement (record) pour chaque bébé né à l'hôpital ou qui, au moment de l'admission, n'a pas plus de 28 jours.

La **foreign key** (clé étrangère) de ce fichier doit se retrouver dans le fichier PATHOSPI (A1). Cela signifie que la combinaison des valeurs CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et PATNUM doit aussi se retrouver dans PATHOSPI (voir point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 4-1: Structure d'un enregistrement du fichier PATBIRTH (M4): Données relatives à la naissance

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	A1
#							
Champ 2	YEAR_REGISTR	Année d'enregistrement	M	F	N	4	A1
#							
Champ 3	PERIOD_REGISTR	Période d'enregistrement	M	V	N	1-2	A1
#							
Champ 4	PATNUM	Numéro anonyme de patient du nouveau-né	M	V	C	1 - 20	A1
#							
Champ 5	M4_PATNUM_MAMA	Numéro anonyme de patient de la mère	O	V	C	0 ou 1-20	
#							
Champ 6	M4_PLACE_BIRTH	Lieu de naissance	M	F	C	1	
#							
Champ 7	M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH	Type de système de codification pour le diagnostic de la naissance	M	F	C	1	
#							
Champ 8	M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH	Diagnostic de la naissance	M	V	C	3-6 jusqu'au RHM2014 3-7 à partir du RHM2015	
#							
Champ 9	M4_CODE_ORDER_BIRTH	Code d'ordre de naissance	M	F	N	1	
#							
Champ 10	M4_HOUR_BIRTH	Heure de la naissance	O	V	N	0 ou 1-2	
#							
Champ 11	M4_WEIGHT_BIRTH	Poids à la naissance	O	V	N	0 ou 1-4	
#							
Champ 12	M4_APGAR_1_MIN	Score Apgar après 1 minute	O	V	N	0 ou 1-2	
#							
Champ 13	M4_APGAR_5_MIN	Score Apgar après 5 minutes	O	V	N	0 ou 1-2	

N° de champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign key
#							
Champ 14	M4_NUMBER_WEEK_PREG	Nombre de semaines de grossesse	O	V	N	0 ou 1-2	
#							
Champ 15	M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH	Durée du séjour de la mère avant l'accouchement	O	V	N	0 ou 1-3	
#							
Champ 16	M4_SECTIO_Y_N	Existence d'une césarienne antérieure	M	F	C	1	
#							
Champ 17	M4_PERIDURAL_Y_N	Accouchement sous anesthésie péridurale	M	F	C	1	
#							
Champ 18	M4_INDUCED_Y_N	Accouchement après induction	M	F	C	1	
#							

4.4. 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).

M4 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 → A1 → M4 - Champ clé

M4 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 → A1 → M4 - Champ clé

M4 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 → A1 → M4 - Champ clé

M4 / Champ 4 ⇒ PATNUM: Numéro anonyme de patient du nouveau-né

A1 → M4 - Champ clé

La valeur doit exister dans les fichiers PATHOSPI (A1) et STAYHOSP (A2) du domaine des données administratives, dans le cas contraire les données sont superflues.

Les champs 1 à 4 du fichier PATBIRTH constituent la clé de patient du nouveau-né.

Chaque nouveau-né doit recevoir son propre numéro anonyme de patient. Vous recevez un message d'erreur si le PATNUM de la mère est égale à celle du nouveau-né.

M4 / Champ 5 ⇒ M4_PATNUM_MAMA: Numéro anonyme de patient de la mère

Champ optionnel

Longueur minimale: 1 caractère

Longueur maximale: 20 caractères

Caractères admis, conditions et exemples: voir champ 4 : PATNUM du fichier PATHOSPI du domaine des données administratives.

Ce lien avec la mère doit être complété pour tous les bébés nés dans l'hôpital ou avec qui la mère a aussi été admise.

Le champ relatif au numéro de patient anonyme de la mère doit être laissé VIDE si le numéro de patient de la mère n'est pas connu de l'hôpital, autrement dit si la mère n'a jamais été admise à l'hôpital.

M4 / Champ 6 ⇒ M4_PLACE_BIRTH: Lieu de naissance

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 4-2: Valeurs admises pour M4_PLACE_BIRTH: Lieu de naissance

Jusqu'au RHM 2012 inclus :

CODE	DESCRIPTION
0	Inconnu
1	Né dans l'hôpital en question
2	Né dans un autre hôpital
3	Pas né dans un hôpital

A partir du RHM 2013 :

CODE	DESCRIPTION
0	Inconnu
1	Né dans l'hôpital en question
2	Né dans un autre hôpital
3	Pas né dans un hôpital et admis pour une autre raison que la naissance
4	Pas né dans un hôpital et admis ensuite en raison de la naissance

Le code 0 inconnu ne peut être utilisé qu'en de rares circonstances.

Exemple: Pour un bébé dont on ignore absolument le lieu de naissance, le code #0# pour le lieu de naissance sera enregistré. Pour l'ICD-10-BE, cela signifie que la valeur #0# pour le lieu de naissance doit être combinée avec les codes diagnostics de naissance suivants : Z382, Z385 ou Z388 (lieu de naissance non spécifié).

Si le bébé est né juste avant l'admission de la mère à l'hôpital, il faut utiliser la valeur #1# jusqu'au RHM 2012 et à partir du RHM 2013, la valeur #4#.

Exemple jusqu'au RHM 2014 ICD-9-CM inclus:

Pour un diagnostic de la naissance, M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH champ 8, égal au code #V301# (né vivant simple, né avant l'admission à l'hôpital), le '1' en quatrième position signifie que le bébé est né juste avant l'admission à l'hôpital.

Exemple à partir du RHM 2015 ICD-10-BE

A partir du RHM 2015, un des codes suivants doit être enregistré dans ce cas précis :

- code #Z381# pour un enfant unique né vivant, né hors de l'hôpital
- code #Z384# pour un enfant jumeau né vivant, né hors de l'hôpital
- code #Z387# pour un enfant d'autres naissances multiples né vivant, né hors de l'hôpital

M4 / Champ 7 ⇒ M4_CODE_SYS_DIAGNOSE_BIRTH: Type de système de codification pour le diagnostic de la naissance

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 4-3: Valeurs admises pour M4 CODE SYS DIAGNOSE BIRTH: Type de système de codification pour le diagnostic de la naissance

CODE	DESCRIPTION
A	ICD-9-CM (jusqu'au RHM 2014)
B	ICD-10-BE (à partir du RHM 2015)

Jusqu'au RHM MZG 2014 uniquement le système de codification ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) est utilisé. Jusqu'à ce moment-là tous les séjours ont la valeur #A# pour ce champ.

A partir du RHM MZG 2015 le système de codage ICD-10-BE (International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification; ainsi que International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System) sera utilisé. Dès lors la valeur #B# devra être exclusivement enregistrée pour tous les séjours.

M4 / Champ 8 ⇒ M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH: Diagnostic de la naissance

Jusqu'au RHM 2014 on n'utilise la classification ICD-9-CM et à partir Du RHM 2015 le système de codage ICD-10-BE sera utilisé.

1) M4 CODE DIAGNOSE BIRTH AVEC ICD-9-CM JUSQU'AU RHM 2014

Champ obligatoire

Longueur minimale: 3 caractères

Longueur maximale: 6 caractères

Exemple: #V3000#

1. Code diagnostic de la naissance (ICD-9-CM)

Jusqu'au RHM 2014 on n'utilise que la classification ICD-9-CM.

Tableau 4-4: Valeurs admises pour M4 CODE DIAGNOSE BIRTH: Diagnostic de la naissance, jusqu'au RHM 2014

Pour un enfant mort-né, le code ICD-9-CM #7799# doit être utilisé. Ce code ne peut être utilisé comme diagnostic principal pour aucun autre nouveau-né.

CODE	DESCRIPTION
7799	Affection périnatale, sans autre précision

Pour les bébés nés vivants, on recourt à un code de la série V30 - V39.

CODE	DESCRIPTION
V30xx	Naissance unique, enfant né vivant
V31xx	Naissance gémellaire, l'autre jumeau né vivant
V32xx	Naissance gémellaire, l'autre jumeau mort-né
V33xx	Naissance gémellaire, non spécifiée
V34xx	Autre naissance multiple, tous les autres enfants vivants,
V35xx	Autre naissance multiple, tous les autres enfants mort-nés
V36xx	Autre naissance multiple, certains des enfants vivants, les autres mort-nés
V37xx	Autre naissance multiple, non spécifiée
V39xx	Non spécifié

La quatrième position précise si le bébé est né ou non en milieu hospitalier.

CODE	SIGNIFICATION DE LA QUATRIÈME POSITION
0	Né à l'hôpital
1	Né juste avant son admission à l'hôpital
2	Né hors de l'hôpital et non admis

Données médicales: PATBIRTH (M4): Données relatives à la naissance

La cinquième position précise si l'on a dû procéder à une césarienne. A n'utiliser que si le quatrième chiffre est 0.

CODE	SIGNIFICATION DE LA CINQUIEME POSITION
0	Pas de mention de césarienne
1	Né par césarienne

Ci-dessous la liste des codes de la série V30-V39 admis comme diagnostic de la naissance.

CODE	DESCRIPTION
V3000	ENFANT NE A L'HOPITAL, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3001	ENFANT NE A L'HOPITAL, PAR CESARIENNE
V301	ENFANT NE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL
V302	ENFANT NE HORS DE L'HOPITAL
V3100	ENFANT JUMENT NE A L'HOPITAL, L'AUTRE NE VIVANT, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3101	ENFANT JUMENT NE A L'HOPITAL, L'AUTRE NE VIVANT, PAR CESARIENNE
V311	ENFANT JUMENT NE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, L'AUTRE NE VIVANT
V312	ENFANT JUMENT NE HORS DE L'HOPITAL, L'AUTRE NE VIVANT
V3200	ENFANT JUMENT NE A L'HOPITAL, L'AUTRE MORT-NE, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3201	ENFANT JUMENT NE A L'HOPITAL, L'AUTRE MORT-NE, PAR CESARIENNE
V321	ENFANT JUMENT NE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, L'AUTRE MORT-NE
V322	ENFANT JUMENT NE HORS DE L'HOPITAL, L'AUTRE MORT-NE
V3300	ENFANT JUMENT NE A L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3301	ENFANT JUMENT NE A L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION, PAR CESARIENNE
V331	ENFANT JUMENT NE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION
V332	ENFANT JUMENT NE HORS DE L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION
V3400	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS VIVANTS, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3401	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS VIVANTS, PAR CESARIENNE
V341	NAISSANCE MULTIPLE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS VIVANTS
V342	NAISSANCE MULTIPLE HORS DE L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS VIVANTS
V3500	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS MORT-NES, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3501	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS MORT-NES, PAR CESARIENNE
V351	NAISSANCE MULTIPLE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS MORT-NES
V352	NAISSANCE MULTIPLE HORS DE L'HOPITAL, TOUS LES AUTRES ENFANTS MORT-NES
V3600	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, CERTAINS VIVANTS, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3601	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, CERTAINS VIVANTS, PAR CESARIENNE
V361	NAISSANCE MULTIPLE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, CERTAINS VIVANTS
V362	NAISSANCE MULTIPLE HORS DE L'HOPITAL, CERTAINS VIVANTS
V3700	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, AUTRE, SANS AUTRE PRECISION, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3701	NAISSANCE MULTIPLE A L'HOPITAL, AUTRE, SANS AUTRE PRECISION, PAR CESARIENNE
V371	NAISSANCE MULTIPLE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, AUTRE, SANS AUTRE PRECISION
V372	NAISSANCE MULTIPLE HORS DE L'HOPITAL, AUTRE, SANS AUTRE PRECISION
V3900	ENFANT NE A L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION, SANS MENTION DE CESARIENNE
V3901	ENFANT NE A L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION, PAR CESARIENNE
V391	ENFANT NE AVANT ADMISSION A L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION
V392	ENFANT NE HORS DE L'HOPITAL, SANS AUTRE PRECISION

2. Que faire lorsqu'on ne connaît pas les données afférentes à la naissance ? (ICD-9-CM)

Lorsqu'on ignore s'il s'agit d'une naissance unique, de jumeaux ou de naissances multiples, on peut utiliser le code #V39xx# (= non spécifié). Remarque: de même, pour le numéro d'ordre de la naissance (champ 9: M4_CODE_ORDER_BIRTH), il y a lieu d'indiquer la valeur #9# (non spécifié).

Il faut quand même s'efforcer de savoir si l'enfant est né ou non à l'hôpital. A défaut, on considère que c'est le cas car l'accouchement à domicile reste quand même rare (né dans un hôpital = chiffre '0' en quatrième position).

Lorsqu'on ignore si l'enfant est né ou non par césarienne, on indique le chiffre '0' en cinquième position, 'pas de mention de césarienne' (uniquement possible avec le chiffre '0' en quatrième position).

Dans ce cas, le diagnostic de naissance M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH = V3900 (né vivant à l'hôpital, sans autre précision, sans mention de césarienne).

3. Quel code ICD-9-CM utiliser pour le diagnostic d'admission vérifié du fichier STAYHOSP et pour le diagnostic principal de la première spécialité du fichier DIAGNOSE?

Le même code que celui mentionné dans le champ M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH du fichier PATBIRTH doit être utilisé comme diagnostic principal de la première spécialité du séjour de la naissance (champ 8: CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE (M1)) et comme diagnostic d'admission vérifié (champ 29: A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM du fichier STAYHOSP du domaine des données administratives).

Un code de la catégorie V30-V39 ne peut pas être utilisé comme diagnostic d'admission vérifié du fichier STAYHOSP ou comme diagnostic principal du fichier DIAGNOSE s'il s'agit d'un séjour différent du séjour de la naissance (cela peut être une réadmission à l'hôpital de la naissance ou une admission dans un autre hôpital). Dans ce cas, il y a lieu de mentionner le véritable diagnostic (motif de l'admission) et NON un code V3.

4. Exemples avec ICD-9-CM

1. Le bébé est né à l'hôpital A: séjour de naissance

- Le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprennent le diagnostic principal de la naissance. Par exemple: #V3000# (= enfant unique né vivant, né en hôpital, pas de césarienne mentionnée).
- Dans ce cas, nous retrouvons le même diagnostic dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-9-CM de la naissance) du fichier PATBIRTH (p.ex. #V3000#).
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP comprennent aussi le même diagnostic.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #1#, ce qui signifie que le bébé est né dans l'hôpital en question.

2. Le bébé est né à l'hôpital A: réadmission à l'hôpital A

Si l'enregistrement (=sortie) de cette réadmission d'un bébé âgé au plus de 28 jours tombe pendant le même semestre que l'enregistrement (=sortie) du séjour de naissance, **il n'y a pas lieu d'effectuer un nouveau record** car, pour ce semestre, les données figurent déjà dans le fichier **PATBIRTH**.

Si le séjour de la réadmission se termine au cours du semestre suivant, il y a lieu de renvoyer **EXACTEMENT LES MEMES DONNEES DE NAISSANCE** que celles du semestre du séjour de naissance mentionnées dans le fichier **PATBIRTH**.

- le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le motif de l'admission dans la spécialité et non un code V3. Par exemple: #7746# (= jaunisse fœtale et néonatale non spécifiée).
- Dans ce cas, ce diagnostic est différent du diagnostic à mentionner dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-9-CM de la naissance) du fichier PATBIRTH, lequel est bien un code V3, comme #V3000# dans l'exemple précédent.
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le motif de l'admission à l'hôpital, et non un code V3.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #1#, ce qui signifie que le bébé est né dans l'hôpital en question.

3. Le bébé est né dans l'hôpital A: admission dans l'hôpital B

Lors de l'admission dans un hôpital B d'un bébé âgé au plus de 28 jours, le fichier **PATBIRTH** de l'hôpital B comprend exactement les mêmes données de naissance que celles complétées pour l'hôpital de la naissance A, **SAUF** en ce qui concerne la référence à la mère M4_PATNUM_MAMA et au bébé PATNUM.

Les mêmes règles sont d'application en cas de réadmission ultérieure dans l'hôpital B.

- le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le motif de l'admission dans la spécialité et non un code V3. Par exemple: #7746# (= jaunisse fœtale et néonatale non spécifiée).
- Dans ce cas aussi, ce diagnostic est différent du diagnostic mentionné dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-9-CM de la naissance) du fichier PATBIRTH, lequel est bien un code V3, comme #V3000# dans l'exemple précédent (même si le bébé est né dans un autre hôpital: le '0' à la quatrième place signifie que le bébé est né en hôpital et pas nécessairement dans l'hôpital en question).
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le motif de l'admission à l'hôpital, et non un code V3.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #2#, ce qui signifie que le bébé est né dans un autre hôpital.
- Le champ 5 M4_PATNUM_MAMA (numéro de patient anonyme de la mère) du fichier PATBIRTH doit être laissé vide si ce numéro n'est pas connu de l'hôpital, autrement dit si la mère n'a jamais été admise à l'hôpital.

4. Le bébé est né à la maison: admission en hôpital pour une raison autre que la naissance

Les mêmes règles sont d'application en cas de réadmission ultérieure dans cet hôpital.

- Le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le motif de l'admission dans la spécialité et non un code V3. Par exemple: #7746# (= jaunisse fœtale et néonatale non spécifiée).
- Dans ce cas aussi, ce diagnostic est différent du diagnostic mentionné dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-9-CM de la naissance) du fichier PATBIRTH, lequel est bien un code V3. Par exemple: #V302# (né vivant simple, né en dehors d'un hôpital et n'ayant pas fait l'objet d'une admission).

Remarque:

- Le '2' à la quatrième position signifie que le bébé est effectivement né en dehors d'un hôpital et n'a pas fait l'objet d'une admission. S'il est admis dans les 29 jours suivant la naissance, les données du fichier PATBIRTH doivent également être communiquées. Il convient alors de choisir dans le fichier PATBIRTH un code de naissance avec un '2' en quatrième position. Ce code peut **uniquement** figurer dans le fichier PATBIRTH et **pas** dans le fichier DIAGNOSE, ni dans le fichier STAYHOSP.
- Si le bébé est né à l'hôpital juste avant l'admission de la mère à l'hôpital, on parle bien du séjour de la naissance (voir le premier exemple), avec aussi bien dans le fichier PATBIRTH que dans le fichier DIAGNOSE, par exemple le code de naissance #V301# (né vivant simple, né avant l'admission à l'hôpital). Le '1' en quatrième position signifie que le bébé est né juste avant l'admission à l'hôpital.
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le motif de l'admission à l'hôpital, et non un code V3.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #3#, ce qui signifie que le bébé n'est pas né en hôpital. Dans ce cas, il faut enregistrer #3# aussi bien jusqu'au RHM 2013 qu'à partir du RHM 2013.
- Le champ 5 du fichier PATBIRTH qui comprend, en principe, le numéro de patient anonyme de la mère doit être laissé VIDE si ce numéro n'est pas connu de l'hôpital, autrement dit si la mère n'a jamais été admise à l'hôpital.

5. Le bébé est né hors d'un hôpital : admission dans un hôpital en raison de la naissance

Quand le bébé est né hors d'un hôpital peu avant son admission ou l'admission de sa mère, il s'agit d'un séjour de naissance (voir exemple 1 ci-dessus).

- Le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le diagnostic principal de la naissance. Par exemple: #V301# (né vivant simple, né peu avant admission dans un hôpital). Le chiffre '1' en quatrième position montre que le bébé est né peu avant l'admission dans un hôpital.
- Dans ce cas, le même diagnostic est enregistré dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-9-CM de la naissance) du fichier PATBIRTH. Par exemple: #V301#.
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le même diagnostic. Par exemple: #V301#.

- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #1# jusqu'au RHM 2012, ce qui signifie que le bébé est né dans l'hôpital. A partir du RHM 2013, il faut enregistrer #4#.

2) **M4 CODE DIAGNOSE BIRTH AVEC ICD-10-BE A PARTIR DU RHM 2015**

Champ obligatoire

Longueur minimale: 3 caractères

Longueur maximale: 7 caractères

Exemple: #Z3800#

1. Code diagnostic de la naissance (ICD-10-BE)

A partir des enregistrements de janvier 2015, 1^{er} semestre, on utilise la classification ICD-10-BE.

Tableau 4-5: Valeurs admises pour M4 CODE DIAGNOSE BIRTH: Diagnostic de la naissance, à partir du RHM 2014

Pour un enfant mort-né, le code ICD-10-BE #P95# doit être utilisé.

CODE	DESCRIPTION
P95	mort-né

Pour les bébés nés vivants, on recourt à un code de la catégorie Z38. Ci-dessous la liste des codes de la série Z38 admis comme diagnostic de la naissance.

CODE	DESCRIPTION
Z3800	enfant unique né vivant, né à l'hôpital, par voie vaginale
Z3801	enfant unique né vivant, né à l'hôpital par césarienne
Z381	enfant unique né vivant, né hors de l'hôpital
Z382	enfant unique né vivant, lieu de naissance non spécifié
Z3830	enfant jumeau né vivant, né à l'hôpital, par voie vaginale
Z3831	enfant jumeau né vivant, né à l'hôpital, par césarienne
Z384	enfant jumeau né vivant, né hors de l'hôpital
Z385	enfant jumeau né vivant, lieu de naissance non spécifié
Z3861	enfant de triplés né vivant, né à l'hôpital, par voie vaginale
Z3862	enfant de triplés né vivant, né à l'hôpital, par césarienne
Z3863	enfant de quadruplés né vivant, né à l'hôpital, par voie vaginale
Z3864	enfant de quadruplés né vivant, né à l'hôpital, par césarienne
Z3865	enfant de quintuplés né vivant, né à l'hôpital, par voie vaginale
Z3866	enfant de quintuplés né vivant, né à l'hôpital, par césarienne
Z3868	enfant d'autres naissances multiples né vivant, né à l'hôpital, par voie vaginale
Z3869	enfant d'autres naissances multiples né vivant, né à l'hôpital, par césarienne
Z387	enfant d'autres naissances multiples né vivant, né hors de l'hôpital
Z388	enfant d'autres naissances multiples né vivant, lieu de naissance non spécifié

2. Que faire lorsqu'on ne connaît pas les données afférentes à la naissance ? (ICD-10-BE)

Lorsqu'on ignore s'il s'agit d'une naissance unique, de jumeaux ou de naissances multiples, l'index renvoie par défaut aux codes #Z382# (code par défaut via l'index: "newborn"), #Z3800# (code par défaut via l'index: "newborn, born in hospital"), #Z3801# (code par défaut via l'index: "newborn, born in hospital, by cesarean") ou "Z381# (code par défaut via l'index: "newborn, born outside hospital"). Remarque: de même, pour le numéro d'ordre de la naissance (champ 9: M4_CODE_ORDER_BIRTH), il y a lieu d'indiquer la valeur #9# (non spécifié).

Si le dossier ne mentionne pas si l'enfant est né ou non à l'hôpital, les codes #Z382#, #Z385# ou #Z388# sont utilisés.

Lorsqu'on ignore si l'enfant est né ou non par césarienne, l'index renvoie par défaut au code d'accouchement par voie vaginale.

3. Quel code ICD-10-BE utiliser pour le diagnostic d'admission vérifié du fichier STAYHOSP et pour le diagnostic principal de la première spécialité du fichier DIAGNOSE?

Lors du séjour de naissance, le même code que celui mentionné dans le champ M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH du fichier PATBIRTH doit être utilisé comme diagnostic principal de la première spécialité du séjour de la naissance (champ 8: CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE (M1)) et comme diagnostic d'admission vérifié (champ 29: A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM du fichier STAYHOSP du domaine des données administratives).

Un code de la catégorie Z38 ne peut pas être utilisé comme diagnostic d'admission vérifié du fichier STAYHOSP ou comme diagnostic principal du fichier DIAGNOSE s'il s'agit d'un séjour différent du séjour de la naissance (cela peut être une réadmission à l'hôpital de naissance ou une admission dans un autre hôpital). Dans ce cas, il y a lieu de mentionner le véritable diagnostic (motif de l'admission) et NON un code Z38.

4. Exemples avec ICD-10-BE

1. Le bébé est né à l'hôpital A: séjour de naissance

- Le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprennent le diagnostic principal de la naissance. Par exemple: #Z3800# (= enfant unique né vivant, né à l'hôpital, accouchement par voie vaginale).
- Dans ce cas, nous retrouvons le même diagnostic dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-10-BE de la naissance) du fichier PATBIRTH (p.ex. #Z3800#).
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP comprennent aussi le même diagnostic.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #1#, ce qui signifie que le bébé est né dans l'hôpital en question.

2. Le bébé est né à l'hôpital A: réadmission à l'hôpital A

Si l'enregistrement (=sortie) de cette réadmission d'un bébé âgé au plus de 28 jours tombe pendant le même semestre que l'enregistrement (=sortie) du séjour de naissance, **il n'y a pas lieu d'effectuer un nouveau record** car, pour ce semestre, les données figurent déjà dans le fichier **PATBIRTH**.

Si le séjour de la réadmission se termine au cours du semestre suivant, il y a lieu de renvoyer **EXACTEMENT LES MEMES DONNEES DE NAISSANCE** que celles du semestre du séjour de naissance mentionnées dans le fichier **PATBIRTH**.

- le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le motif de l'admission dans la spécialité et non un code Z38. Par exemple: #P599# (= jaunisse néonatale non spécifiée).
- Dans ce cas, ce diagnostic est différent du diagnostic à mentionner dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-10-BE de la naissance) du fichier PATBIRTH, lequel est bien un code Z38, comme #Z3800# dans l'exemple précédent.
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le motif de l'admission à l'hôpital, et non un code Z38.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #1#, ce qui signifie que le bébé est né dans l'hôpital en question.

3. Le bébé est né dans l'hôpital A: admission dans l'hôpital B

Lors de l'admission dans un hôpital B d'un bébé âgé au plus de 28 jours, le fichier **PATBIRTH** de l'hôpital B comprend exactement les mêmes données de naissance que celles complétées pour l'hôpital de la naissance A, **SAUF** en ce qui concerne la référence à la mère M4_PATNUM_MAMA et au bébé PATNUM.

Les mêmes règles sont d'application en cas de réadmission ultérieure dans l'hôpital B.

- le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le motif de l'admission dans la spécialité et non un code Z38. Par exemple: #P599# (= jaunisse néonatale non spécifiée).
- Dans ce cas aussi, ce diagnostic est différent du diagnostic mentionné dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-10-BE de la naissance) du fichier PATBIRTH, lequel est bien un code Z38, comme #Z3800# dans l'exemple précédent (même si le bébé est né dans un autre hôpital).
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le motif de l'admission à l'hôpital, et non un code Z38.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #2#, ce qui signifie que le bébé est né dans un autre hôpital.
- Le champ 5 M4_PATNUM_MAMA (numéro de patient anonyme de la mère) du fichier PATBIRTH doit être laissé vide si ce numéro n'est pas connu de l'hôpital, autrement dit si la mère n'a jamais été admise à l'hôpital.

4. Le bébé est né à la maison: admission en hôpital pour une raison autre que la naissance

Les mêmes règles sont d'application en cas de réadmission ultérieure dans cet hôpital.

- Le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le motif de l'admission dans la spécialité et non un code Z38. Par exemple: #P599# (= jaunisse néonatale non spécifiée).
- Dans ce cas aussi, ce diagnostic est différent du diagnostic mentionné dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-10-BE de la naissance) du fichier PATBIRTH, lequel est bien un code Z38. Par exemple: #Z381# (enfant unique né vivant, né en dehors d'un hôpital).

Remarque:

Le code #Z381# de l'exemple signifie que le bébé est un enfant unique né vivant effectivement en dehors d'un hôpital. S'il est admis dans les 29 jours suivant la naissance,

les données du fichier PATBIRTH doivent également être communiquées. Ce code peut **uniquement** figurer dans le fichier PATBIRTH et **pas** dans le fichier DIAGNOSE, ni dans le fichier STAYHOSP.

- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le motif de l'admission à l'hôpital, et non un code Z38.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #3#, ce qui signifie que le bébé n'est pas né en hôpital. Dans ce cas, il faut enregistrer #3# aussi bien jusqu'au RHM 2013 qu'à partir du RHM 2013.
- Le champ 5 du fichier PATBIRTH qui comprend, en principe, le numéro de patient anonyme de la mère doit être laissé VIDE si ce numéro n'est pas connu de l'hôpital, autrement dit si la mère n'a jamais été admise à l'hôpital.

5. Le bébé est né hors d'un hôpital : admission dans un hôpital en raison de la naissance

Quand le bébé est né hors d'un hôpital peu avant son admission ou l'admission de sa mère, il s'agit d'un séjour de naissance (voir exemple 1 ci-dessus).

- Le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE combiné au champ 6 TYPE_DIAGNOSE = P (diagnostic principal), comprend le diagnostic principal de la naissance. Par exemple: #Z381# (enfant unique né vivant, né en dehors d'un hôpital). Le code #Z381# de l'exemple signifie que le bébé est enfant unique né vivant effectivement en dehors d'un hôpital.
- Dans ce cas, le même diagnostic est enregistré dans le champ 8 M4_CODE_DIAGNOSE_BIRTH (code ICD-10-BE de la naissance) du fichier PATBIRTH. Par exemple: #Z381#.
- Le champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM (diagnostic d'admission vérifié) du fichier STAYHOSP doit aussi reprendre le même diagnostic. Par exemple: #Z381#.
- Dans le champ 6 M4_PLACE_BIRTH (lieu de naissance) du fichier PATBIRTH, il y a lieu d'indiquer #1# jusqu'au RHM 2012, ce qui signifie que le bébé est né dans l'hôpital. A partir du RHM 2013, il faut enregistrer #4#.

3) AUTRES VARIABLES LIEES AU SEJOUR DE LA NAISSANCE

Lors de l'enregistrement d'un séjour de naissance, les variables du fichier STAYHOSP listées ci-dessous, doivent être encodées comme suit:

Champ 16	Code de réadmission → 2
Champ 18	Indicateur relatif à l'âge → A
Champ 23	Lieu avant l'admission → 8
Champ 24	Type d'admission → 8
Champ 25	Adressé par → 8

Ainsi que, lors de l'enregistrement d'un nouveau-né mort-né:

Champ 26	Destination → 8
Champ 27	Type de sortie → 3 ou 4

M4 / Champ 9 ⇒ M4_CODE_ORDER_BIRTH: Code d'ordre de naissance

Champ obligatoire
Format fixe: 1 chiffre

Tableau 4-6: Valeurs admises pour M4 CODE ORDER BIRTH: Code d'ordre de naissance

CODE	DESCRIPTION
0	naissance d'un seul enfant
1	premier-né lors d'une naissance multiple
2	deuxième nouveau-né lors d'une naissance multiple
3	troisième nouveau-né lors d'une naissance multiple
4	quatrième nouveau-né lors d'une naissance multiple
5	cinquième nouveau-né lors d'une naissance multiple
6	sixième nouveau-né lors d'une naissance multiple
7	septième nouveau-né lors d'une naissance multiple
8	à partir du huitième nouveau-né d'une naissance multiple
9	non spécifié

M4 / Champ 10 ⇒ M4_HOUR_BIRTH: Heure de la naissance

Champ optionnel

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #0# à #23# (PAS DE #24#)

L'heure de la naissance est indiquée par 2 chiffres. On ne tient donc pas compte des minutes. Il y a lieu d'arrondir à l'heure:

- de 1 à 30 minutes, arrondir à l'heure précédente
- à partir de la 31e minute, arrondir à l'heure supérieure, **excepté pour les naissances survenues après 23 h. Dans ce cas, on ne reporte pas la naissance au jour suivant, l'heure enregistrée reste 23 h.**

M4 / Champ 11 ⇒ M4_WEIGHT_BIRTH: Poids à la naissance

Champ optionnel

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 4 chiffres

Exemple: #2500#

Le poids à la naissance est exprimé en **GRAMMES**. On ne peut pas utiliser de décimales.

M4 / Champ 12 ⇒ M4_APGAR_1_MIN: Score Apgar après 1 minute

Champ optionnel

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #0# à #10#

Le score apgar est une valeur qui précise l'état général du nouveau-né. Ce code est fixé à 1 et 5 minutes après la naissance. Dans le cas d'un nouveau-né mort-né, ce champ et le suivant auront la valeur #0#

M4 / Champ 13 ⇒ M4_APGAR_5_MIN: Score Apgar après 5 minutes

Champ optionnel

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #0# à #10#

M4 / Champ 14 ⇒ M4_NUMBER_WEEK_PREG: Nombre de semaines de grossesse

Champ optionnel

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Exemple: généralement entre #22# et #42#

M4 / Champ 15 ⇒ M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH: Durée du séjour de la mère avant l'accouchement

Champ optionnel

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 3 chiffres

Exemple: #2#

La durée de séjour de la mère avant l'accouchement est calculée en journées comme suit: la date de l'accouchement **moins** la date d'admission de la mère à l'hôpital

Exemple:

La mère est admise le 25 mai 2015 et le bébé naît le 26 mai. La valeur à compléter est donc M4_NUMBER_DAY_BEFORE_BIRTH = 1 (26 mai - 25 mai).

M4 / Champ 16 ⇒ M4_SECTIO_Y_N: Existence d'une césarienne antérieure

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 4-7: Valeurs admises pour M4 SECTIO Y N: Existence d'une césarienne antérieure

CODE	DESCRIPTION
Y	Une césarienne a déjà été pratiquée lors d'un accouchement précédent.
N	Aucune césarienne n'a été pratiquée précédemment.
U	Inconnu

On tient compte de tous les accouchements antérieurs de la mère. On ne tient pas compte d'une éventuelle césarienne lors du présent accouchement.

Dans le cas d'un premier accouchement, la valeur standard est donc #N#.

M4 / Champ 17 ⇒ M4_PERIDURAL_Y_N: Accouchement sous anesthésie péridurale

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 4-8: Valeurs admises pour M4 PERIDURAL Y N: Accouchement sous anesthésie péridurale

CODE	DESCRIPTION
Y	Une anesthésie péridurale a bien été pratiquée.
N	Pas d'anesthésie péridurale pratiquée.
U	Inconnu

M4 / Champ 18 ⇒ M4_INDUCED_Y_N: Accouchement après induction

Champ obligatoire

Format fixe: 1 caractère

Tableau 4-9: Valeurs admises pour M4 INDUCED Y N: Accouchement après induction

CODE	DESCRIPTION
Y	L'accouchement a eu lieu <u>après une induction.</u>
N	L'accouchement a eu lieu <u>sans induction.</u>
U	Inconnu

Par induction, il faut entendre toutes les manipulations afin d'aboutir à l'accouchement. Seuls les traitements administrés avant tout début spontané de l'accouchement sont à prendre en considération. Il ne s'agit donc pas de l'activation ou de la stimulation d'un travail déjà en cours spontanément. Il ne s'agit donc pas de la rupture artificielle de la poche des eaux après le début spontané du travail.

4.5. EXEMPLES D'ENREGISTREMENT

Exemples d'enregistrement du fichier 001-Z-3.0-S-PATBIRTH-2015-1.TXT:

```
001#2015#1#SB203569#STAY21448#1#B#Z3830#1#23#2105#7#7#31#1#N#Y#Y#
001#2015#1#SB204532#STAY21448#1#B#Z3830#2#23#2090#6#7#31#1#N#Y#Y#
```

5. TESTRESU (M5): Résultats des examens

5.1. NOM

XXX-Z-VERS-M-TESTRESU-YYYY-P.TXT

Exemple:

001-Z-3.0-M-TESTRESU-2015-1.TXT

5.2. CONTENU

Ce fichier sert à enregistrer aussi divers résultats d'analyses de laboratoire et autres. En concertation avec les cardiologues, on a commencé le 1er janvier 2008 par enregistrer une seule sorte de résultats.

Art 12, 4° *Résultats de certains examens médicaux*

a) *pour les patients avec un infarctus aigu du myocarde, le sus-décalage du segment ST (STEMI).*

Cela signifie que seul l'hôpital où un patient a été diagnostiqué avec un infarctus du myocarde pour la première fois doit créer un enregistrement, et uniquement si le protocole mentionne une élévation du segment ST. Il convient d'indiquer la date à laquelle cette élévation a été notifiée pour la première fois pendant le séjour en question. Dans le cas où ce patient est transféré vers un autre hôpital avec un infarctus connu (par ex. pour traitement), ce second hôpital ne doit pas être enregistrer l'élévation, sauf si le patient y fait un nouvel infarctus.

Dans les fichiers du domaine des données médicales, il n'est pas nécessaire d'enregistrer des données/records des séjours non-terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N).

A partir du RHM 2015/1, ce fichier ne doit plus être rempli. Les codes diagnostics en ICD-10-BE du fichier DIAGNOSE permettront de déduire ces informations.

5.3. SUBDIVISION

Provisoirement, ce fichier peut contenir 0 ou 1 enregistrement (record) par séjour hospitalier.

La **foreign key** (clé étrangère) de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYHOSP (A2). Cela signifie que la combinaison des valeurs CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et STAYNUM doit aussi se retrouver dans STAYHOSP (voir point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 5-1: Structure d'un enregistrement du fichier TESTRESU (M5): Résultats des examens

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	<i>CODE_AGR</i>	<i>Numéro d'agrément de l'hôpital</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>3</i>	<i>A2</i>
#							
Champ 2	<i>YEAR_REGISTR</i>	<i>Année d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	<i>A2</i>
#							
Champ 3	<i>PERIOD_REGISTR</i>	<i>Période d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A2</i>
#							
Champ 4	<i>STAYNUM</i>	<i>Numéro de séjour</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-15</i>	<i>A2</i>
#							
Champ 5	<i>M5_TYPE_TEST</i>	<i>Type d'examen</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>4</i>	
#							
Champ 6	<i>M5_YEAR_TEST</i>	<i>Année d'exécution de l'examen</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	
#							
Champ 7	<i>M5_MONTH_TEST</i>	<i>Mois d'exécution de l'examen</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	
#							
Champ 8	<i>M5_DAY_TEST</i>	<i>Quantième du mois d'exécution de l'examen</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	
#							
Champ 9	<i>M5_ORDER_TEST_1_DAY</i>	<i>Ordre d'exécution d'un même examen au cours d'une même journée</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	
#							
Champ 10	M5_RESULT_TEST	Résultat	M	V	C	1-10	
#							

5.4. 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).

M5 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 → A1 → A2 → M5 - Champ clé

M5 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → M5 - Champ clé

M5 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → M5 - Champ clé

M5 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 → M5 - Champ clé

M5 / Champ 5 ⇒ M5_TYPE_TEST: Type d'examen

M5 - Champ clé

Format fixe: 4 caractères

Tableau 5-2: Valeurs admises pour M5_TYPE_TEST: Type d'examen

CODE	DESCRIPTION
C001	ECG

M5 / Champ 6 ⇒ M5_YEAR_TEST: Année d'exécution de l'examen

M5 - Champ clé

Format fixe: 4 caractères

Exemple: #2015#

M5 / Champ 7 ⇒ M5_MONTH_TEST: Mois d'exécution de l'examen

M5 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #12#

M5 / Champ 8 ⇒ M5_DAY_TEST: Quantième du mois d'exécution de l'examen

M5 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #31#

M5 / Champ 9 ⇒ M5_ORDER_TEST_1_DAY: Ordre d'exécution d'un même examen au cours d'une même journée

M5 - Champ clé

Longueur minimale: 1 chiffre

Longueur maximale: 2 chiffres

Valeurs admises: de #1# à #99#

Il s'agit de l'ordre d'exécution d'un même examen au cours d'une même journée. Pour chaque examen différent exécuté au cours de la journée, le numéro d'ordre commence par #1#.

Pour l'élévation du segment ST, la valeur de ce champ doit TOUJOURS être #1#.

M5 / Champ 10 ⇒ M5_RESULT_TEST: Résultat

Champ obligatoire

Longueur minimale: 1 caractère

Longueur maximale: 10 caractères

Valeur admise: provisoirement #Y# uniquement

Tableau 5-3: Valeurs admises pour M5_RESULT_TEST: Résultat

Champ 5: M5_TYPE_TEST	Champ 10: M5_RESULT_TEST	DESCRIPTION
C001	Y	Sus-décalage ST

5.5. EXEMPLE D'ENREGISTREMENT

Exemple d'enregistrement du fichier 001-Z-3.0-S-**TESTRESU**-2015-1.TXT:

001#2015#1#STAY252324#C001#2015#6#23#1#Y#

6. URGADMIN (M6): Données relatives aux admissions par un service d'urgence

6.1. NOM

XXX-Z-VERS-M-URGADMIN-YYYY-P.TXT

Exemple:

001-Z-3.0-M-URGADMIN-2015-1.TXT

6.2. CONTENU

Dans ce fichier, on demande les données spécifiques aux contacts avec un service d'urgence.

On demande des informations sur les motifs de l'admission via les urgences (qui ne constituent pas un diagnostic), le rôle éventuel du patient dans l'accident, le suivi prévu, le traitement déjà dispensé dans le service d'urgence et le type de lésions éventuelles du patient lors de son arrivée aux urgences. On demande les motifs et le rôle pour tous les contacts avec le service d'urgence, les autres informations uniquement pour l'urgence ambulatoire.

On ne doit remplir des données que si le patient a été admis au début de son séjour via le service des urgences.

Dans les fichiers du domaine médical, il n'est pas nécessaire d'enregistrer des données/records des séjours non-terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N).

6.3. SUBDIVISION

Ce fichier peut contenir 0, 1 ou plusieurs enregistrements (records) par séjour hospitalier.

La **foreign key** (clé étrangère) de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYSPEC (A3). Cela signifie que la combinaison des valeurs CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, STAYNUM et ORDER_SPEC doit aussi se retrouver dans STAYSPEC (voir point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 6-1: Structure d'un enregistrement du fichier URGADMIN (M6): Données relatives aux admissions par un service d'urgence

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
<i>Champ 1</i>	<i>CODE_AGR</i>	<i>Numéro d'agrément de l'hôpital</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>3</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Champ 2</i>	<i>YEAR_REGISTR</i>	<i>Année d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N</i>	<i>4</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Champ 3</i>	<i>PERIOD_REGISTR</i>	<i>Période d'enregistrement</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Champ 4</i>	<i>STAYNUM</i>	<i>Numéro de séjour</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>C</i>	<i>1-15</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Champ 5</i>	<i>ORDER_SPEC</i>	<i>Numéro d'ordre de la spécialité</i>	<i>M</i>	<i>V</i>	<i>N</i>	<i>1-2</i>	<i>A3</i>
#							
<i>Champ 6</i>	<i>M6_TYPE_INFO_URG</i>	<i>Code info urgences</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	
#							
<i>Champ 7</i>	<i>M6_CODE_INFO_URG</i>	<i>Motif d'admission en urgence / rôle dans l'accident / suivi / traitement / type de lésion</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>C</i>	<i>1</i>	
#							

6.4. 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).

M6 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 → A1 → A2 → A3 → M6 - Champ clé

M6 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A3 → M6 - Champ clé

M6 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 → A1 → A2 → A3 → M6 - Champ clé

M6 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 → A3 → M6 - Champ clé

M6 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité

A3 → M6 - Champ clé

Dans le fichier URGADMIN, la variable ORDER_SPEC doit toujours être égale à 1. En effet, dans ce fichier, seul les séjours pour lesquels le patient a été admis via le service des urgences doivent être enregistrés.

M6 / Champ 6 ⇒ M6_TYPE_INFO_URG: Code info urgences

M6 - Champ clé

Format fixe: 1 caractère

Tableau 6-2: Valeurs admises pour M6_TYPE_INFO_URG: Code info urgences

CODE	DESCRIPTION	SITUATION
R	Motif du contact avec le service d'urgence	Pour tout passage par le service des urgences
O	Rôle dans l'accident de la route	Pour tout passage par le service des urgences lorsqu'il s'agit d'un accident de la route
F	Suivi éventuel après le contact avec les urgences	Uniquement pour l'urgence ambulatoire (A2_HOSPTYPE_FAC=U)
T	Traitement dans le service d'urgence	Uniquement pour l'urgence ambulatoire (A2_HOSPTYPE_FAC=U). s'il y a eu un traitement
L	Type de lésion	Uniquement pour l'urgence ambulatoire (A2_HOSPTYPE_FAC=U). s'il y a une lésion

Remarque: Un séjour peut se voir attribuer un ou plusieurs codes mentionnés ci-dessus. Le nombre de records dans URGADMIN dépendra alors des codes attribués (voir tableau 6-8).

M6 / Champ 7 ⇒ M6_CODE_INFO_URG: motif d'admission en urgence / rôle dans l'accident / suivi / traitement / type de lésion

M6- Champ clé

Format fixe: 1 caractère

Le code de ce champ dépend de la valeur du champ 6: M6_TYPE_INFO_URG. Ci-dessous sont listés les codes possibles pour le champ 7 : M6_CODE_INFO_URG pour chaque code du champ 6 : M6_TYPE_INFO_URG.

1) QUAND M6_TYPE_INFO_URG = R: 'MOTIF D'ADMISSION EN URGENCE'

Obligatoire pour tous les passages par le service d'urgences.

N'indiquer qu'une seule raison! Il convient ici de parcourir la liste de haut en bas et d'indiquer la première valeur qui correspond au motif d'admission.

Tableau 6-3: Valeurs admises pour M6_CODE_INFO_URG quand champ 6 = R 'motif d'admission en urgence'

CODE	DESCRIPTION
C	Contrôle
B	Accouchement
F	Tentative de suicide
O	Intoxication au CO
A	Autre intoxication
T	Accident / traumatisme
G	Infection respiratoire aigüe potentiellement liée à la grippe ou coronavirus (applicable à partir du 1er septembre 2009)
Z	Maladie organique
S	Motifs sociaux, mentaux ou psychiques

Quelques précisions :

- Par contrôle, nous entendons, entre autres, les patients qui doivent revenir pour un contrôle (plâtre, RX, échographie de contrôle pendant la grossesse...), mais cela n'est pas possible pour une raison quelconque lors de la consultation ordinaire. Il est alors convenu avec le patient de se présenter aux urgences en dehors de ces heures afin que

le contrôle prévu puisse avoir lieu. Un citoyen qui doit subir un examen médical (accompagné par la police) en raison d'une arrestation administrative est également inclus.

- Les femmes enceintes qui s'inscrivent pour un accouchement, mais cela s'avère être une fausse alerte, sont néanmoins codées sous le code B.
- Les patients présentant des symptômes de COVID-19 sont également codés sous le code G.

2) QUAND M6 TYPE INFO URG = O: 'ROLE DANS L'ACCIDENT DE LA ROUTE'

Obligatoire pour tous les passages par le service d'urgences s'il s'agit d'un accident de la route. N'indiquer au maximum qu'un seul rôle!

Tableau 6-4: Valeurs admises pour M6 CODE INFO URG quand champ 6 = O 'rôle dans l'accident de la route'

CODE	DESCRIPTION
A	Piéton
B	Cycliste
C	Conducteur du véhicule (auto ou plus lourd)
D	Passager du véhicule (auto ou plus lourd)
E	Conducteur d'un vélomoteur / d'une moto
F	Passager d'un vélomoteur / d'une moto

3) QUAND M6 TYPE INFO URG = F: 'SUIVI EVENTUEL APRES LE CONTACT AVEC LES URGENCES'

Obligatoire pour A2_HOSPTYPE_FAC='U' (urgence ambulatoire)
N'indiquer au maximum qu'un seul type de suivi !

Tableau 6-5: Valeurs admises pour M6 CODE INFO URG quand champ 6 = F 'suivi éventuel après le contact avec les urgences'

CODE	DESCRIPTION
A	Sortie après traitement, sans traitements complémentaires planifiés
B	Sortie après traitement, avec traitements complémentaires planifiés (généraliste, polyclinique,...)
C	Sortie après examen, sans traitement
D	Sortie sans examen ni traitement

Il faut entendre par « examen » l'une des prestations visées par les codes #H#, #I#, #J# et #K# du tableau 6-6 et par « traitement » l'un des gestes visés par les codes #A# à #G# du tableau 6-6. L'examen physique pratiqué par le médecin n'est pas un examen technique. Il n'est pas couvert par le code #K# du tableau 6-6. De plus, il est considéré comme faisant à priori toujours partie intégrante du contact avec les urgences. Le seul examen physique du patient par le médecin ne suffit donc pas pour attribuer le code #C# du tableau 6-5 au champ M6_CODE_INFO_URG.

Lorsque le patient ne subit pas d'examen technique mais qu'une prise en charge ultérieure est planifiée, cette information relative à la prise en charge a la priorité au niveau de l'enregistrement et il convient donc d'enregistrer le code #B# du tableau 6-5 dans le champ M6_CODE_INFO_URG.

Exemple 1 : Un patient est admis aux urgences où ils diagnostiquent une contusion mais aucun examen complémentaire n'est réalisé et aucun traitement n'est effectué. Il faut enregistrer M6_CODE_INFO_URG égal à #D#.

Exemple 2 : Un patient est admis aux urgences et le médecin diagnostique une affection mentale. Il n'effectue pas d'examen et n'administre pas de traitement mais donne à ce patient un rendez-vous chez un spécialiste. Il faut enregistrer M6_CODE_INFO_URG égal à #B# parce qu'un rendez-vous chez un spécialiste est considéré comme "traitement complémentaire planifié".

4) QUAND M6 TYPE INFO URG = T: 'TRAITEMENT DANS LE SERVICE D'URGENCE'

Obligatoire pour A2_HOSPTYPE_FAC = U (urgence ambulatoire) si un traitement a été administré.

Plusieurs traitements peuvent être enregistrés.

Monitoring : Par monitoring, on entend les examens qui sont répétés régulièrement ou si l'examen dure plus longtemps. L'EEG et l'ECG ne sont pas des monitoring. Un contrôle fœtal peut être considéré comme un monitoring.

N'indiquer code #G# « autre traitement » ou code #K# « autres examens techniques » que si un traitement ou un examen technique qui ne figure pas dans la liste a été effectué.

L'examen physique pratiqué par le médecin n'est pas un examen technique. Il n'est pas couvert par la valeur #K# du tableau 6-6.

Tableau 6-6: Valeurs admises pour M6 CODE INFO URG quand champ 6 = T 'traitement dans le service d'urgence'

CODE	DESCRIPTION
A	Traitement pour intoxication aiguë
B	Soin de plaies
C	Suture
D	Plâtrage
E	Médication IV
F	Autre médication
G	Autre traitement
H	Prise de sang
I	Radiodiagnostic
J	Monitoring
K	Autres examens techniques

5) QUAND M6 TYPE INFO URG = L: 'TYPE DE LESION'

Obligatoire pour A2_HOSPTYPE_FAC = U (urgence ambulatoire) s'il y a eu lésion.

Plusieurs types de lésion peuvent être enregistrés.

Tableau 6-7: Valeurs admises pour M6 CODE INFO URG quand champ 6 = L 'type de lésion'

CODE	DESCRIPTION
A	Intoxication
B	Brûlures
C	Plaie ouverte
D	Fracture
E	Luxation, déboîtement

CODE	DESCRIPTION
F	Entorse, foulure
G	Contusion, excoriation, écrasement

RESUME DE L'ENREGISTREMENT DANS URGADMIN

Les données ne doivent être enregistrées que pour la spécialité des urgences. Il s'agit normalement de la première spécialité du séjour, donc avec CODE_SPEC = URGxxxx et ORDER_SPEC = 1.

Tableau 6-8: Résumé de l'enregistrement dans URGADMIN

CODE CHAMP 6	DESCRIPTION	SITUATION	NOMBRE DE RECORDS
R	Motif d'admission en urgence	Pour tout passage par le service des urgences.	Un
O	Rôle dans l'accident éventuel	Pour tout passage par le service des urgences lorsqu'il s'agit d'un accident	Zéro ou un
F	Suivi éventuel après le contact avec les urgences	Uniquement pour l'urgence ambulatoire (A2_HOSPTYPE_FAC=U)	Zéro ou un
T	Traitement dans le service d'urgence	Uniquement pour l'urgence ambulatoire (A2_HOSPTYPE_FAC=U) s'il y a eu un traitement	Zéro, un ou plusieurs
L	Type de lésion éventuelle	Uniquement pour l'urgence ambulatoire (A2_HOSPTYPE_FAC=U) s'il y a une lésion	Zéro, un ou plusieurs

6.5. EXEMPLE D'ENREGISTREMENT

Exemple d'enregistrements pour un patient dans le fichier 001-Z-3.0-S-URGADMIN-2015-1.TXT:

```
001#2015#1#STAY004424#1#R#T#
001#2015#1#STAY004424#1#O#B#
001#2015#1#STAY004424#1#F#A#
001#2015#1#STAY004424#1#T#B#
001#2015#1#STAY004424#1#T#C#
001#2015#1#STAY004424#1#L#C#
001#2015#1#STAY004424#1#L#G#
```

7. Informations supplémentaires

7.1. MANUEL DE CODAGE ICD-9-CM

Vous trouverez les directives de codage ICD-9-CM dans les manuels spécifiques qui sont disponibles sur le site web du SPF:

www.health.belgium.be: Santé → Organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement → Résumé Hospitalier Minimum (RHM) → Directives → Informations supplémentaires pour le classification ICD-9 -CM.

7.2. DIRECTIVES DE CODAGE ICD-10-BE

Vous trouverez les directives de codage ICD-10-BE dans les manuels spécifiques qui sont disponibles sur le site web du SPF:

www.health.belgium.be: Santé → Organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement → ICD-10-BE → Publications → 2. Directives de codage

7.3. FICHIERS DE REFERENCE DES DONNEES MEDICALES

Vous trouverez les fichiers de référence du domaine 5 données médicales aussi sur le site web du SPF:

www.health.belgium.be: Santé → Organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement → Résumé Hospitalier Minimum (RHM) → Directives → Fichiers de référence → domaine 5: données médicales.

7.4. CHAPITRES SUPPLEMENTAIRES

Les informations supplémentaires se trouvent 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.

- Information supplémentaire relative aux index de lit, aux unités de soins et aux épisodes de soins.
- Information supplémentaire sur les séjours non terminés :
Les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises.
- Information supplémentaire sur les hospitalisations de jour.
- Information supplémentaire sur l'hospitalisation de jour convertie en hospitalisation classique.
- Information supplémentaire sur les diagnostics et le grouper.
- Information supplémentaire sur la grippe (jusqu'au 1^{re} septembre 2010).
- Information supplémentaire sur la POA Présence à l'admission.