

## Information supplémentaire concernant les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises

### 1. De quels séjours s'agit-il ?

Tous les séjours:

- qui ne sont pas terminés au terme de la période d'enregistrement et
- qui se sont déroulés:
  1. dans une unité de soins au sein de laquelle un enregistrement DI-RHM doit être réalisé et
  2. 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 (A2\_HOSPTYPE\_FAC, le type de séjour hospitalier selon la facturation, n'est pas #F#, #M# ni #L#).

Un **enregistrement limité** doit être réalisé pour ces séjours.

En outre 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 dans le fichier ITEMDIVG (voir point 3.4).

### 2. Comment identifier l'enregistrement limité pour ces séjours ?

Pour les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises, le champ A2\_HOSPTYPE\_FAC (le type de séjour hospitalier selon la facturation) est égal à #N# (format fixe = 1 caractère). Le champ A2\_HOSPTYPE\_FAC est le champ 14 du fichier STAYHOSP du domaine des données administratives (domaine 3).

**Tableau 1: Valeurs admises pour A2\_HOSPTYPE\_FAC (type de séjour)**

	CODE	DESCRIPTION	
<b>Hospitalisation classique (avec nuitée)</b>	H	Hospitalisation classique (paiement d'un prix à la journée d'hospitalisation)	
	F	Séjours de longue durée	Premier enregistrement
	M		Enregistrement intermédiaire
	L		Enregistrement final
	N	Enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises	
<b>Hospitalisation sans nuitée</b>	C	Hospitalisation chirurgicale de jour	
	D	Hospitalisation de jour	
	U	Contact avec le service des urgences sans forfait et sans prix de journée, uniquement urgence ambulatoire	

### **3. Que faut-il enregistrer pour ces séjours ?**

#### **3.1. Domaine 1: Structure de l'hôpital**

Ces données doivent toujours être complétées intégralement. Il n'y a pas de lien avec les patients et les séjours. Il n'y a donc aucune adaptation nécessaire pour ce nouveau type de séjour où A2\_HOSPTYPE\_FAC = N.

#### **3.2. Domaine 2: Données de personnel**

Ces données doivent toujours être complétées intégralement jusqu'au RHM 2016. Il n'y a pas de lien avec les patients et les séjours. Il n'y a donc aucune adaptation nécessaire pour ce nouveau type de séjour où A2\_HOSPTYPE\_FAC = N.

##### NOUVEAU à partir du RHM 2017

A partir du RHM 2017 l'enregistrement obligatoire des données périodiques (fichier EMPLOPER) et journalières (EMPLODAY) du personnel est supprimé. Ces fichiers peuvent donc rester vides. Si vous choisissez malgré tout, sur base volontaire, de continuer à envoyer les données de personnel, celles-ci devront satisfaire aux règles et contrôles d'application à ce moment.

#### **3.3. Domaine 3: Données administratives**

Dans le domaine des données administratives, les trois fichiers suivants sont influencés par le type de séjour hospitalier A2\_HOSPTYPE\_FAC = N:

- PATHOSPI: données relatives au patient
- STAYHOSP: données relatives au séjour
- STAYUNIT: données relatives au séjour en unité de soins

L'impact précis est détaillé au point 3.3.1 pour le fichier PATHOSPI, au point 3.3.2 pour le fichier STAYHOSP et au point 3.3.3 pour le fichier STAYUNIT.

Dans ce domaine, pour les 4 fichiers listés ci-dessous, aucune donnée n'est nécessaire pour le type de séjour A2\_HOSPTYPE\_FAC = N:

- STAYSPEC: données relatives au séjour en spécialisme
- STAYINDEX: données relatives au séjour en index de lit
- TRANSPOR: données relatives au moyen de transport utilisé
- ID\_TRANS: liste des ambulances non agréées

Dans ces quatre fichiers, il n'est pas nécessaire d'enregistrer des données/records pour ce type de séjour. Ces 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 multipériode ne sera réalisé.

##### **3.3.1. Fichier PATHOSPI: données relatives au patient**

Dans ce fichier, tous les champs doivent être complétés correctement.

RHM Information supplémentaire: Les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises

Remarque:

- Champ 4 - **numéro anonyme de patient (PATNUM)**: pour les patients concernés, le même numéro doit être utilisé lors de l'enregistrement limité ET lors de l'enregistrement complet ultérieur (au semestre suivant).
- Champ 5 - **l'année de naissance (A1\_YEAR\_BIRTH)**: doit être complétée correctement.

### 3.3.2. Fichier STAYHOSP: données relatives au séjour

Le tableau ci-dessous présente tous les champs et leurs valeurs possibles pour le fichier STAYHOSP.

**Tableau 2: Valeurs possibles pour l'ensemble des champs du fichier STAYHOSP**

Nr champ	Nom de champ	Description	Valeurs possibles
<b>Champ 1</b>	<b>CODE_AGR</b>	<b>Numéro d'agrément de l'hôpital</b>	<b>Valeur réelle (*)</b>
#			
<b>Champ 2</b>	<b>YEAR_REGISTR</b>	<b>Année d'enregistrement</b>	Valeur réelle (année d'enregistrement actuelle)
#			
<b>Champ 3</b>	<b>PERIOD_REGISTR</b>	<b>Période d'enregistrement</b>	Valeur réelle (période d'enregistrement actuelle)
#			
<b>Champ 4</b>	<b>STAYNUM</b>	<b>Numéro de séjour</b>	<b>Valeur réelle (*)</b>
#			
Champ 5	A2_YEAR_HOSP_IN	Année d'admission à l'hôpital	<b>Valeur réelle (*)</b> (dans le semestre d'enregistrement actuel)
#			
Champ 6	A2_MONTH_HOSP_IN	Mois d'admission à l'hôpital	<b>Valeur réelle (*)</b> (dans le semestre d'enregistrement actuel)
#			
Champ 7	A2_DAY_HOSP_IN	Quantième du mois d'admission à l'hôpital	<b>Valeur réelle (*)</b> (dans le semestre d'enregistrement actuel)
#			
Champ 8	A2_YEAR_HOSP_OUT	Année de sortie de l'hôpital	<b>Non rempli</b> (le patient n'est pas encore sorti)
#			
Champ 9	A2_MONTH_HOSP_OUT	Mois de sortie de l'hôpital	<b>Non rempli</b> (le patient n'est pas encore sorti)
#			
Champ 10	A2_DAY_HOSP_OUT	Quantième du mois de sortie de l'hôpital	<b>Non rempli</b> (le patient n'est pas encore sorti)
#			
Champ 11	A2_HOUR_HOSP_OUT	Sortie de l'hôpital - Heure	<b>Non rempli</b> (le patient n'est pas encore sorti)
#			
Champ 12	A2_MIN_HOSP_OUT	Sortie de l'hôpital - Minutes	<b>Non rempli</b> (le patient n'est pas encore sorti)
#			
Champ 13	A2_HOSPYPE_CAT	Catégorie de séjour hospitalier	<b>R</b>
#			
Champ 14	A2_HOSPYPE_FAC	Type de séjour hospitalier (selon	<b>N</b>

RHM Information supplémentaire: Les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises

Nr champ	Nom de champ	Description	Valeurs possibles
		la facturation)	
#			
Champ 15	A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC	Nombre total de journées à facturer complètement (jusqu'à la fin de la période d'enregistrement) pour le séjour hospitalier	Valeur réelle jusqu'à la fin du semestre ou 0
#			
Champ 16	A2_CODE_READMISSION	Code de réadmission	Valeur réelle ou 0
#			
Champ 17	A2_CODE_SEX	Sexe	Valeur réelle (*)
#			
Champ 18	A2_CODE_INDIC_AGE	Indicateur d'âge	Valeur réelle (*)
#			
Champ 19	A2_CODE_ZIP	Code postal belge	Valeur réelle ou 0000 (= inconnu**)
#			
Champ 20	A2_CODE_COUNTRY	Code de pays	Valeur réelle ou 150/BE (***)
#			
Champ 21	A2_CODE_INDIC_NAT	Indicateur de nationalité	Valeur réelle ou OO (= inconnu)
#			
Champ 22	A2_CODE_STAT_INSURANCE	Code d'assurabilité du patient pendant le séjour	Valeur réelle ou 0. A partir du RHM2012 : valeur réelle ou 000.
#			
Champ 23	A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM	Lieu avant l'admission	Valeur réelle ou 0
#			
Champ 24	A2_CODE_ADM	Type d'admission	Valeur réelle ou 0
#			
Champ 25	A2_CODE_ADRBY	Adressé par	Valeur réelle ou 0
#			
Champ 26	A2_CODE_DESTINATE	Destination	0 (le patient n'est pas encore sorti)
#			
Champ 27	A2_CODE_DISCHARGE	Type de sortie	0 (le patient n'est pas encore sorti)
#			
Champ 28	A2_CODE_SYS_DIAG_VERIFIED_ADM	Type de système de codification pour le diagnostic d'admission vérifié	A (jusqu'au. MZG 2014) B (à partir du MZG 2015) (*)
#			
Champ 29	A2_CODE_DIAG_VERIFIED_ADM	Diagnostic d'admission vérifié	DDDDDD
#			
Champ 30	A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH	Type de système de codification pour la cause de décès	A (jusqu'au. MZG 2014) B (à partir du MZG 2015) (*)
#			
Champ 31	A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH	Cause de décès	Non rempli
#			
Champ 32	PATNUM	Numéro anonyme de patient	Valeur réelle (*)
#			

RHM Information supplémentaire: Les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises

### **Information supplémentaire concernant le tableau ci-dessus:**

**Non rempli** = rien = ##, donc pas d'espace!

**En rouge et en italique** = champs clés

(\*) Valeur définitive: une différence de valeur entre l'enregistrement provisoire et définitif (semestre suivant) provoquera une erreur de sévérité 1.

(\*\*) La valeur #0000# est utilisée à la fois pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent être transmises, et pour les patients qui sont domiciliés à l'étranger (Belges ou non). Dans le premier cas, la valeur #0000# correspond à "Inconnu".

(\*\*\*) Pour les enregistrements avant le semestre 2011/1 on doit utiliser l'ancien système des codes de pays. Pour les enregistrements à partir du 1er janvier 2011, le code du pays où est domicilié le patient devra satisfaire aux normes ISO-3166. Ces codes internationaux sont composés de 2 lettres, à la différence du code (belge) actuel qui est lui composé de 3 chiffres. Cette adaptation permet de faciliter les comparaisons internationales. La nouvelle liste est disponible sur notre site web, [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be): Santé → Organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement → Résumé Hospitalier Minimum (RHM) → Directives → Fichiers de référence → domaine 3: données administratives.

Exemple: Le patient A est hospitalisé en septembre 2010 et sort en janvier 2011. Pour ce patient, il faudra utiliser l'ancien code pour l'enregistrement provisoire relatif aux données infirmières qui doivent déjà être transmises (période d'enregistrement 2010|2), et pour l'enregistrement définitif (après sortie de l'hôpital, période d'enregistrement 2011|1) on utilisera le nouveau système.

Nous partons du principe général que lors de l'envoi du semestre suivant, l'enregistrement complet sera transmis et que ce sont ces données qui seront utilisées ultérieurement. L'enregistrement provisoire ne sert que pour le contrôle et le feedback des données infirmières.

Pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés, les règles ci-dessous sont cependant d'application pour le fichier STAYHOSP:

- Les champs 2 et 3 doivent contenir dans l'enregistrement provisoire l'année et le semestre d'enregistrement des items DI-RHM. L'enregistrement définitif contiendra l'année et le semestre de sortie ou du premier enregistrement d'un long séjour.
- Les champs avec un (\*), c'est à dire les champs 1, 4, 5, 6, 7, 17, 18, 28, 30 et 32, doivent contenir les valeurs réelles et définitives. Une différence de valeur entre l'enregistrement provisoire et définitif (semestre suivant) provoquera une erreur de sévérité 1 (via les contrôles multipériodes).
- Les champs 8, 9, 10, 11, 12 et 31 doivent rester blancs (donc vides, ##) étant donné que le patient n'est pas encore sorti de l'hôpital.
- Les champs 13, 14, 26, 27 et 29 doivent contenir les valeurs indiquées dans le tableau ci-dessus. Les valeurs pour les champs 14, 26, 27 et 29 sont d'application pour l'enregistrement provisoire et seront bien entendu différentes des valeurs de l'enregistrement définitif. Il n'y aura donc pas de contrôles multipériodes dans ce cas.

RHM Information supplémentaire: Les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises

- Les champs 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25 doivent contenir soit les valeurs réelles, soit les valeurs indiquées dans le tableau ci-dessus. Le contrôle multipériode suivant est d'application pour les champs 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24 en 25: dans le cas où les valeurs réelles sont transmises lors de l'enregistrement provisoire, on vérifiera que les valeurs sont identiques dans l'enregistrement définitif. Dans le cas où la valeur 'inconnu' est encodée pour l'enregistrement provisoire, la valeur réelle doit être transmise lors de l'enregistrement définitif.

### **3.3.3. Fichier STAYUNIT: données relatives au séjour en unité de soins**

Ce fichier comprend, par numéro de séjour, l'information à propos des différents séjours en unités de soins, plus particulièrement le numéro d'ordre de l'unité de soins, le code de campus, le code de l'unité de soins, et la date d'admission dans l'unité de soins.

Ce fichier doit être complété intégralement pour ce nouveau type de séjour dès l'admission à l'hôpital jusqu'à la fin du semestre d'enregistrement avec les valeurs réelles.

Lors de l'enregistrement définitif au semestre suivant (après la sortie de l'hôpital ou lors du premier enregistrement d'un séjour de longue durée), ce fichier devra contenir à nouveau toutes les données depuis l'admission à l'hôpital jusqu'à la sortie de l'hôpital ou la fin de la période d'enregistrement (pour le premier enregistrement d'un séjour de longue durée). L'enregistrement définitif comporte donc pour les séjours concernés toutes les données du semestre précédent plus toutes les données du semestre actuel. Les contrôles multipériodes vérifieront si toutes les données de l'enregistrement provisoire se retrouvent bien dans l'enregistrement définitif (qui, au total, contient par conséquent plus de données).

### **3.4. Domaine 4: Données infirmières**

Le fichier ITEMDIVG avec les items de soins infirmiers enregistrés doit toujours être complété intégralement selon les directives existantes avec les valeurs réelles définitives.

Lors de l'enregistrement définitif au semestre suivant (après la sortie de l'hôpital ou lors du premier enregistrement d'un séjour de longue durée), ces données NE doivent PLUS être transmises. Si elles sont quand même transmises au semestre suivant, cela provoquera des erreurs de sévérité 1.

### **3.5. Domaine 5: Données médicales**

Dans les six fichiers du domaine des données médicales, 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 que vous pouvez retrouver au fichier DIAGNOSE (M1), données relatives aux diagnostics, des directives du domaine 5 des données médicales.

Les fichiers de ce domaine 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 multipériode ne sera appliqué.