

## Annexes

### Annexe 1 : Numérateur et dénominateur par fonctionnalité

Annexe 1A : Numérateur et dénominateur par fonctionnalité valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1er (Hôpitaux généraux)

Fonctionnalités	Numérateur	Dénominateur
1. Identification unique et description du patient	Nombre d'applications de la liste reprise ci-dessous qui sont liées au liste des identifiants patients unifiés au cours de la période de référence	Nombre total d'applications de la liste reprise ci-dessous présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.
	DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification (TARFAC) , Agenda hospitalier, Dossier infirmier, Gestion des Médicaments (prescription - administration), Système d'information radiologie (RIS), PACS, Imagerie médicale autre que RIS-PACS, LIS – Labo Information System, Labo Anatomopathologie, Gestion des lits, Radiothérapie, Module Médecine Nucléaire, Transfusion du sang, Système d'Information cardiologie (CIS), Dossier Mère-enfant, Dossier néphrologique, Dossier de revalidation, Dossier paramédical, Dossier de soins, Dossier dialyse, Dossier psychiatrique, Dossier Oncologie, Dossier néonatalogie, Dossier ophtalmologie, dossier social, Transport du patient, Soins intensifs, Soins intensifs néonataux, Bloc opératoire, Dossier chimiothérapie.	
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic, un diagnostic présent ou un diagnostic temporaire.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
3. Liste des allergies et intolérances	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
4. Prescription électronique des médicaments	Nombre de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp pour lesquels tous les médicaments sont prescrits par voie électronique par un médecin au cours de la période de référence.	Nombre total de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp au cours de la période de référence.
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2018.	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2018.
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	Nombre de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp pour lesquels l'administration électronique des médicaments est active au cours de la période de référence.	Nombre total de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp au cours de la période de référence.
7. Module de planning des soins infirmiers	Nombre de lits agréés de l'hôpital pour lesquels le module de planification des soins infirmier est actif.	Nombre total de lits agréés de l'hôpital.

8. Gestion des rendez-vous	Nombre de patients ambulatoires pour lesquels les rendez-vous sont gérés par voie électronique au cours de la période de référence.	/////
9. Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale, de laboratoire ou de consultation	<p>Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre total de demandes électroniques dans le domaine de l'imagerie médicale au cours de la période de référence</p> <p>-----</p> <p>Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre total de demandes électroniques dans le domaine du laboratoire au cours de la période de référence.</p> <p>-----</p> <p>Nombre total de demandes électroniques d'avis médical au cours de la période de référence.</p>	<p>Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre de demandes dans le domaine de l'imagerie médicale au cours de la période de référence.</p> <p>-----</p> <p>Pour les patients en hospitalisation classique, le nombre de demandes dans le domaine du laboratoire au cours de la période de référence.</p> <p>-----</p> <p>Nombre total de demandes d'avis médical facturé au cours de la période de référence</p>
10. Lettre de sortie électronique	Nombre de lettres de sortie enregistrées dans les 30 jours dans le DPI et validées après une hospitalisation classique au cours de la période de référence.	Nombre total de patients sortis en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
11. Enregistrements des paramètres vitaux	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique avec au moins un paramètre vital encodé dans le DPI au cours de la période de référence.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
12. Enregistrement du consentement éclairé du patient	Nombre de consentements éclairés légaux pour un traitement nécessitant un consentement éclairé encodés dans le DPI au cours de la période de référence.	Nombre total de traitements nécessitant un consentement éclairé légaux (voir annexe 3) au cours de la période de référence.
13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique avec un enregistrement dans le DPI pour la restriction de la thérapie ou une planification de soins anticipée (advance care planning) au cours de la période de référence.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence
14. Serveur de résultats médicaux/ éléments objectifs du dossier	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique et en hospitalisation chirurgicale avec minimum deux types différents de documents (voir annexe 3) produits au cours de la période de référence et qui sont consultables via le serveur de résultats.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique et en hospitalisation chirurgicale au cours de la période de référence.
15. Communication automatisée avec les HUB's et interactions avec eHealth.	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour (hospitalisation de jour chirurgicale, forfait d'hôpital de jour de groupe 1 à 7 et forfait douleur chronique 1, 2 et 3) pour lesquels les éléments ou informations enregistrés (voir annexe 3) sont disponibles via les hub/metahub au cours de la période de référence.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour (hospitalisation de jour chirurgicale, forfait d'hôpital de jour de groupe 1 à 7 et forfait douleur chronique 1, 2 et 3) au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le

		partage électronique de leurs données de santé.
--	--	---

Annexe 1B: Numérateur et dénominateur par fonctionnalité valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2 (Autres hôpitaux)

Fonctionnalités	Numérateur	Dénominateur
1. Identification unique et description du patient	Nombre des applications de la liste reprise ci-dessous qui sont liées à la table de référence des ID des patients au cours de la période de référence.	Nombre total d'applications de la liste reprise ci-dessous présentes dans l'hôpital au cours de la période de référence.
	DPI central, Module administratif (ADT), Module de tarification, Agenda hospitalier, Gestion des lits, Transport du patient, Gestion des Médicaments (prescription - administration), Imagerie médicale (RIS-PACS), Imagerie médicale autre que RIS-PACS, Transfusion de sang, Dossier psychiatrique, Dossier nursing, Dossier paramédical, Dossier de revalidation, Dossier social, Dossier de soins.	
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic, un diagnostic présent ou un diagnostic temporaire.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
3. Liste des allergies et intolérances	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins une allergie ou intolérance, ou avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
4. Prescription électronique des médicaments	Nombre total de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp pour lesquels tous les médicaments sont prescrits par voie électronique par un médecin au cours de la période de référence.	Nombre total de lits agréés sous les index A, T, K, G et Sp y compris soins palliatifs au cours de la période de référence.
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	Nombre total de lits agréés sous les index A, C, D, E, G, M et Sp pour lesquels l'administration électronique des médicaments est active au cours de la période de référence.	Nombre total de lits agréés sous les index A, T, K, G et Sp y compris soins palliatifs au cours de la période de référence.
7. Lettre électronique de sortie	Nombre de lettres de sortie enregistrées dans les 30 jours dans le DPI et validées par le médecin après une hospitalisation classique au cours de la période de référence.	Nombre total de patients sortis en hospitalisation classique au cours de la période de référence
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient	Nombre de consentements éclairés pour un traitement nécessitant un consentement éclairé encodés dans le DPI au cours de la période de référence.	Nombre total de traitements nécessitant un consentement éclairé légaux (voir annexe 3) au cours de la période de référence.

9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique avec un enregistrement dans le DPI pour la restriction de la thérapie ou une planification de soins anticipée (advance care planning) au cours de la période de référence.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence
10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique ou hospitalisation partielle pour lesquels les éléments ou informations enregistrés sont disponibles (voir annexe 3) via les hub/metahub au cours de la période de référence.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique ou hospitalisation partielle au cours de la période de référence qui ont donné leur consentement éclairé pour le partage électronique de leurs données de santé.
11. Enregistrement et échange d'informations pluridisciplinaires	Nombre de patients uniques avec au moins deux informations multidisciplinaires (trois pour les hôpitaux psychiatriques) au cours de la période de référence.	Nombre total de patients uniques avec au moins une admission au cours de la période de référence
12. Contrôle du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline via le DPI	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un plan de traitement interdisciplinaire rapporté.	Nombre total de patients uniques avec au moins une admission au cours de la période de référence
13. Enregistrements des isolements	Nombre d'isolements enregistrés dans le DPI de l'hôpital durant la période de référence.	Nombre total d'isolements au cours de la période de référence.
14. Enregistrement d'observations	Nombre de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence avec au moins un enregistrement d'une observation.	Nombre total de patients uniques en hospitalisation classique au cours de la période de référence.
15. Support permettant l'intégration de résultats – protocoles – examens demandés en interne, mais réalisés à en externe	Nombre total des résultats demandés en externe au cours de la période de référence et qui sont disponibles dans le DPI	Nombre total des résultats qui ont été demandés en externe au cours de la période de référence

## Annexe 2 : Etapes Early Adopter

Annexe 2A : Etapes du Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1er (Hôpitaux généraux)

Fonctionnalités	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
1. Identification unique et description du patient	80%	90%	95%
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	20%	50%	80%
3. Liste des allergies et intolérances	30%	60%	90%
4. Prescription électronique des médicaments	30%	60%	90%
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	30%	60%	90%
7. Module de planning des soins infirmiers	5%	30%	60%
8. Gestion des rendez-vous	>0	////	////
9. Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale, de laboratoire ou de consultation	1 sur 3 (RX, labo, consultation) a ratio de 50%	2 sur 3 (RX, labo, consultation) a ratio de 50%	3 sur 3 (RX, labo, consultation) a ratio de 50%
10. Lettre électronique de sortie	80%	90%	95%
11. Enregistrements des paramètres vitaux	50%	65%	80%
12. Enregistrement du consentement éclairé du patient	10%	50%	80%
13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	3%	6%	9%
14. Serveur de résultats médicaux/Eléments objectifs du dossier patient	80%	90%	95%
15. Communication automatisée avec les HUB's et interactions avec eHealth.	80%	90%	95%

Annexe 2B : Etapes du Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) valables pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2 (Autres hôpitaux)

Fonctionnalités	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
1. Identification unique et description du patient	80%	90%	95%
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient	20%	50%	80%
3. Liste des allergies et intolérances	30%	60%	90%
4. Prescription électronique des médicaments	30%	60%	90%
5. Interactions entre médicaments	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Pas d'application au 1 <sup>er</sup> juillet 2017
6. Registre électronique de l'administration des médicaments	30%	60%	90%
7. Lettre électronique de sortie	80%	90%	95%
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient	10%	50%	80%
9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	3%	6%	9%
10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth	80%	90%	95%
11. Enregistrement et échange d'informations pluridisciplinaires	70%	80%	95%
12. Contrôle du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline via le DPI	60%	70%	95%
13. Enregistrements des isolements	10%	50%	80%
14. Enregistrement des observations	80%	90%	98%
15. Support permettant l'intégration de résultats – protocoles - examens demandés en interne mais réalisés en externe	60%	70%	80%

## Annexe 3 : Description par fonctionnalité Early Adopter

### Annexe 3A : Description par fonctionnalité valable pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1er (Hôpitaux généraux)

#### **1. Identification unique et description du patient :**

- a) Présence de données démographiques et administratives obligatoires comme prénom, nom, sexe, date de naissance, adresse, NIS ;
- b) ID unique pour chaque application et sous-application: activation et identification du patient sans réintroduire les données d'identification ;
- c) Si une erreur d'encodage d'information est détectée concernant l'ID du patient, la correction doit être possible) ;
- d) Une table de référence, qui cartographie les différents ID d'un même patient, pour différentes applications, est opérationnel ;

#### **2. Liste des problèmes** qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient. Les différents types de données qui doivent être supportés et utilisés par le système d'information de l'hôpital sont :

- a) Diagnostics ;
- b) Traitements ;
- c) Interventions réalisées et planifiées ;
- d) Procédures diagnostiques planifiées et réalisées ;

#### **3. Liste des allergies et intolérances:** une interface vers des sources d'informations relatives aux allergènes existe ;

#### **4. Prescription électronique des médicaments :**

- a) Base de données de l'hôpital pour sélectionner un produit ;
- b) Informations médicamenteuses disponibles ;
- c) Aperçu du schéma médicamenteux ;
- d) Sous un format structuré ;

#### **5. Interactions entre médicaments :** fonctionnalité non obligatoire à ce stade ;

#### **6. Registre électronique de l'administration des médicaments liée à l'e-prescription :**

- a) Enregistrement électronique des doses des médicaments administrées;
- b) Lien avec l'enregistrement électronique de l'administration des médicaments (eMAR) pour préparer la distribution sur la base d'une posologie et/ou d'informations de prescription ;

#### **7. Module de planification des soins infirmiers :**

- a) Enregistrement des soins infirmière et vue des soins infirmiers ;
- b) Évaluation et enregistrement des problèmes et risques au niveau du nursing ;
- c) Support pour les outils et échelles d'évaluation : p. ex. activités de la vie quotidienne (AVQ) de Katz, dénutrition, décubitus, douleur,... ;

#### **8. Gestion des rendez-vous :**

- a) Enregistrement standard, modification et annulation de rendez-vous ;
- b) Créer un ID patient temporaire pour un nouveau rendez-vous ;

#### **9. Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale, de laboratoire ou de demande d'avis médicaux :**

- a) Par demande d'avis médicaux, on entend les demandes d'avis par un médecin pour un patient hospitalisé à un médecin-spécialiste d'une autre discipline ;
- b) Générer une demande, sur base d'un modèle, avec identification intégrée et chaque demande est remplie avec les informations nécessaires et appropriées;
- c) Enregistrées dans le dossier patient ;
- d) La demande avec son statut est consultable électroniquement;
- e) Les demandes peuvent être entrées, tracées et arrêtées;

#### **10. Lettre électronique de sortie :**

- a) Lettre de sortie provisoire est disponible par voie électronique à la sortie de l'hôpital;
- b) Cette information est extraite du dossier patient informatisé et est structurée comme décrit dans l'article 3 §3 de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre ;
- c) Pour chaque admission du patient, une lettre de sortie électronique est disponible. Le délai entre la date de fin d'un séjour hospitalier et la mise à disposition de la lettre de sortie électronique validée par un médecin ne dépasse pas 30 jours ;

#### **11. Enregistrement des paramètres vitaux :**

- a) Interface pour la saisie de données, affichage et historique de paramètres vitaux ;
- b) Des paramètres vitaux possibles peuvent être retrouvés dans le tableau Kmehr 'Parameters' publié sur le site de la plateforme eHealth :  
<https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/content/page/tables/188/parameters;>

#### **12. Enregistrement du consentement éclairé du patient :**

- a) Le DPI permet l'enregistrement des déclarations concernant le consentement éclairé et les consentements éclairés données peuvent être consultées par patient dans un aperçu unique, y compris l'identité de la personne qui a donné le consentement et la manière dont celui-ci a été obtenu : verbalement, par la signature d'un formulaire de consentement ou par d'autres moyens.

Les obligations légales suivantes exigent le consentement éclairé du patient:

1. Interruption de grossesse (article 350, premier alinéa, Code pénal) ;
2. Prélèvement d'organes d'un donneur vivant (art. 8, §2, de la loi du 13 Juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes) ;
3. Prélèvement de matériel corporel humain de personnes vivantes (art. 10, § 5, de la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique) ;
4. Expérimentations sur la personne humaine (article 6, §1, de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine) ;
5. Procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Loi du 6 Juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes) ;
6. Recherche in vitro sur les embryons (article 8 de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro) ;
7. Prélèvement du sang effectué chez des sujets de moins de 18 ans (art. 9, § 3 de la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine) ;
8. Euthanasie (article 3, §4, de la loi du 28 mai 2002 sur l'euthanasie) ;
9. Actes de médecine esthétique ou chirurgicale et de chirurgie esthétique (art. 18, § 3 de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique ou



chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes) ;

10. Interventions chirurgicales chez les mineurs (Le médecin a toujours besoin du consentement du (de la) mineur(e) ainsi que celui des parents pour un traitement médical ou une intervention chirurgicale (Art. 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient) ;

b) Les consentements éclairés sont consultables par patient dans un aperçu unique ;

c) Les consentements éclairés ou la déclaration explicite que le consentement éclairé ne s'applique pas, doivent être horodatés dans le DPI avec date, heure et nom d'utilisateur ;

### **13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient :**

a) Le DPI doit permettre l'enregistrement des déclarations concernant la restriction de la thérapie ou une planification de soins anticipée (advance care planning) du patient ;

b) Le DPI doit permettre l'enregistrement de l'historique des différentes volontés, avec mention de la date, qui doit être consultable par les prestataires de soins autorisés ;

c) Il existe une liste standard dans chaque hôpital de valeurs possibles pour cette information qui doit être accessible par le DPI ;

d) Ces données sont disponibles avec un horodatage électronique ;

### **14. Serveur de résultats médicaux/Éléments objectifs du dossier :**

a) Il doit contenir des documents pertinents disponibles via un moteur de recherche de résultats, par exemple :

Rapports liés aux activités postérieures à une prescription telle que définie dans la fonctionnalité Prescription électronique des médicaments ;

- Lettres de sortie ;
- Compte rendus des opérations
- Rapport d'anesthésie ;
- Avis spécialisés ;
- Compte rendus des examens médico-techniques ;
- Compte rendus d'imagerie médicale comme radiologie et médecine nucléaire)
- Résultats de laboratoire ;
- Attestations médico-administratives ;

b) Le prestataire de soins autorisé peut accéder de manière synchronisée au dossier complet du patient : les demandes et les images de diagnostic qui s'y rapportent, associées au rapport médical du spécialiste, en ce compris les données d'identification du patient ;

c) Le système donne accès à diverses sources multimédias qui peuvent être gérées et consultées, minimum pour l'imagerie médicale). Exemples de ressources multimédia : picture archiving and communication system (PACS), les graphiques d'ondes, par exemple : Electrocardiography ECG et diverses images cliniques enregistrées dans les différentes spécialités telles que la gastro-entérologie, la pneumologie, la dermatologie, ... ;

d) Les données structurées disponibles du laboratoire de l'hôpital doivent être accessibles dans des vues flexibles telles que des tableaux et / ou des représentations graphiques évolutives depuis le DPI. Différents filtres sur les données doivent être présents ;

**15. Communication automatisée du DPI avec les hubs et interactions avec e-Health :**

- a) Référencement automatique de la lettre de sortie et de la lettre de transfert via le système hub-metahub, ainsi que leur communication électronique vers médecins référents (par exemple : eHealthbox) ;
- b) Consultation des dossiers de santé d'autres institutions, du Summarized Electronic Health Records (SumEHR) et la consultation de l'aperçu de la médication, des patients pour lesquels les données sont disponibles, via les hubs et les coffres-forts par les prestataires de soins de l'institution ;
- c) Mise à disposition des données électroniques de santé des patients aux autres prestataires de soins.
- d) Les services suivants de la plateforme eHealth sont couplés au DPI : système de chiffrement de bout en bout, datation électronique (timestamping), codage et anonymisation, consultation du Registre national et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et vérification de l'assurabilité du patient;

## Annexe 3B: Description par fonctionnalité valable pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2 (Autres hôpitaux)

### 1. Identification unique et description du patient :

- a) Présence de données démographiques et administratives obligatoires comme prénom, nom, sexe, date de naissance, adresse, NIS ;
- b) ID unique pour chaque application et sous-application: activation et identification du patient sans réintroduire les données d'identification ;
- c) Si une erreur d'encodage d'information est détectée concernant l'ID du patient, la correction doit être possible.
- d) Une table de référence, qui cartographie les différents ID d'un même patient, pour différentes applications, est opérationnel.

### 2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient. Les différents types de données qui doivent être supportés et utilisés par le système d'information de l'hôpital sont :

- a) Diagnostics ;
- b) Traitements ;
- c) Interventions réalisées et planifiées ;
- d) Procédures diagnostiques planifiées et réalisées ;

### 3. Liste des allergies et intolérances: une interface vers des sources d'informations relatives aux allergènes existe ;

### 4. Prescription électronique des médicaments :

- a) Base de données pour sélectionner un produit ;
- b) Informations médicamenteuses disponibles ;
- c) Aperçu du schéma médicamenteux ;
- d) Sous un format structuré ;

### 5. Interactions entre médicaments : fonctionnalité non obligatoire à ce stade ;

### 6. Registre électronique de l'administration des médicaments liée à l'e-prescription :

- a) Enregistrement électronique des doses des médicaments administrées;
- b) Lien avec l'enregistrement électronique de l'administration des médicaments (eMAR) pour préparer la distribution sur la base d'une posologie et/ou d'informations de prescription ;

### 7. Lettre électronique de sortie:

- a) Lettre de sortie provisoire est disponible par voie électronique à la sortie de l'hôpital;
- b) Cette information est extraite du dossier patient informatisé et est structurée comme décrit dans l'article 3 §3 de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre ;
- c) Pour chaque admission du patient, une lettre de sortie électronique est disponible. Le délai entre la date de fin d'un séjour hospitalier et la mise à disposition de la lettre de sortie électronique validée par un médecin ne dépasse pas 30 jours ;

### 8. Enregistrement du consentement éclairé du patient :

- a) Le DPI permet l'enregistrement des déclarations concernant le consentement éclairé et les consentements éclairés données peuvent être consultées par patient dans un aperçu unique, y compris

l'identité de la personne qui a donné le consentement et la manière dont celui-ci a été obtenu : verbalement, par la signature d'un formulaire de consentement ou par d'autres moyens.

Les obligations légales suivantes exigent le consentement éclairé du patient:

1. Interruption de grossesse (article 350, premier alinéa, Code pénal) ;
  2. Prélèvement d'organes d'un donneur vivant (art. 8, §2, de la loi du 13 Juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes) ;
  3. Prélèvement de matériel corporel humain de personnes vivantes (art. 10, § 5, de la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique) ;
  4. Expérimentations sur la personne humaine (article 6, §1, de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine) ;
  5. Procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Loi du 6 Juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes) ;
  6. Recherche in vitro sur les embryons (article 8 de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro) ;
  7. Prélèvement du sang effectué chez des sujets de moins de 18 ans (art. 9, § 3 de la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine) ;
  8. Euthanasie (article 3, §4, de la loi du 28 mai 2002 sur l'euthanasie) ;
  9. Actes de médecine esthétique ou chirurgicale et de chirurgie esthétique (art. 18, § 3 de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique ou chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes) ;
  10. Interventions chirurgicales chez les mineurs (Le médecin a toujours besoin du consentement du (de la) mineur(e) ainsi que celui des parents pour un traitement médical ou une intervention chirurgicale (Art. 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient) ;
- b) Les consentements éclairés sont consultables par patient dans un aperçu unique ;
- c) Les consentements éclairés ou la déclaration explicite que le consentement éclairé ne s'applique pas, doivent être horodatés dans le DPI avec date et nom d'utilisateur ;

#### **9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient :**

- a) Le DPI doit permettre l'enregistrement des déclarations concernant la restriction de la thérapie ou une planification de soins anticipée (advance care planning) du patient ;
- b) Le DPI doit permettre l'enregistrement de l'historique des différentes volontés, avec mention de la date, qui doit être consultable par les prestataires de soins autorisés ;
- c) Il existe une liste standard dans chaque hôpital de valeurs possibles pour cette information qui doit être accessible par le DPI ;
- d) Ces données sont disponibles avec un horodatage électronique ;

#### **10. Communication automatisée du DPI avec les hubs et interactions avec e-Health :**

- a) Référencement automatique de la lettre de sortie et de la lettre de transfert via le système hub-metahub, ainsi que leur communication électronique vers médecins référents (par exemple : eHealthbox) ;

- b) Consultation des dossiers de santé d'autres institutions, du Summarized Electronic Health Records (SumEHR) et la consultation de l'aperçu de la médication, des patients pour lesquels les données sont disponibles, via les hubs et les coffres-forts par les prestataires de soins de l'institution ;
- c) Mise à disposition des données électroniques de santé des patients aux autres prestataires de soins ;
- d) Les services suivants de la plateforme eHealth sont couplés au DPI : système de chiffrement de bout en bout, datation électronique (timestamping), codage et anonymisation, consultation du Registre national et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et vérification de l'assurabilité du patient;

**11. Enregistrement et échange d'informations pluridisciplinaires :** les données provenant de différentes sources, qu'il s'agisse d'activités infirmières, cliniques ou, le plus souvent, d'activités thérapeutiques, sont disponibles de manière centralisée ;

**12. Contrôle du plan de traitement interdisciplinaire** et des tâches de chaque discipline via le DPI. Cette fonctionnalité porte sur les aspects essentiels de la gestion des soins :

- a) Les tâches assignées aux différents professionnels de santé comme médecins, infirmiers, pharmaciens, physiothérapeutes, psychothérapeutes, travailleurs sociaux... ;
- b) Les tâches présentées dans le plan de traitement interdisciplinaire, permettant une vue chronologique, au niveau du patient et de l'établissement ;
- c) L'information fournie, à utiliser pendant la consultation interdisciplinaire ;
- d) Le plan de traitement interdisciplinaire est 'dynamique' tout au long du processus de soins et peut être clôturé à la fin d'un séjour en hôpital ou être transféré vers des soins ambulatoires ;

**13. Enregistrements des isolements :** les mises en isolement de patients sont enregistrées et consultables dans le DPI ;

**14. Enregistrement des observations :** utilisation de concepts et de mots-clés identiques dans les différents DPI ;

**15. Support permettant l'intégration de résultats - protocoles - examens demandés en interne mais réalisés en externe :**

- a) Le support comprend les services d'identification du patient, les données factuelles relatives aux résultats intégrés - type de résultat, origine, valeurs, auteur - et les liens. L'origine du résultat peut être un service qui dispense des soins partagés ;
- b) Le support englobe aussi les outils de stockage et de visualisation du/des résultat(s) ou la collecte de résultats ;

## Annexe 4: Declaration Pourcentages BMUC

Veuillez utiliser ce tableau pour expliquer comment les différents pourcentages ont été calculés. Nous attendons une réponse claire qui détermine la base sur laquelle le nombre a été obtenu et une indication de la source de ces données. Ce tableau peut également être fournie au format xlsx.

Tableau 4a pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 1er (Hôpitaux généraux)

Fonctionnalités	Numérateur			Denominateur			%
	Description numérateur	Source numérateur	Nombre numérateur	Description dénominateur	Source dénominateur	Nombre dénominateur	
1. Identification unique et description du patient							
2. Liste des problèmes							
3. Liste des allergies et intolérances							
4. Prescription électronique des médicaments							
5. Interactions entre médicaments							
6. Registre électronique de l'administration des médicaments							
7. Module de planning des soins infirmiers							
8. Gestion des rendez-vous							
9. Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale, de laboratoire ou de consultation							
10. Lettre de sortie électronique							
11. Enregistrements des paramètres vitaux							
12. Enregistrement du consentement éclairé du patient							

13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient							
14. Serveur de résultats médicaux/ éléments objectifs du dossier							
15. Communication automatisée avec les HUB's et interactions avec eHealth							

Tableau 4b pour les hôpitaux visés à l'article 2, § 2 (Autres hôpitaux)

Fonctionnalités	Numérateur			Dénominateur			%
	Description numérateur	Source numérateur	Nombre numérateur	Description dénominateur	Source dénominateur	Nombre dénominateur	
1. Identification unique et description du patient							
2. Liste des problèmes							
3. Liste des allergies et intolérances							
4. Prescription électronique des médicaments							
5. Interactions entre médicaments							
6. Registre électronique de l'administration des médicaments							
7. Lettre électronique de sortie							
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient							
9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient							
10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth							
11. Enregistrement et échange d'informations pluridisciplinaires							
12. Contrôle du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline via le DPI							
13. Enregistrements des isolements							
14. Enregistrement d'observations							
15. Support permettant l'intégration de résultats – protocoles – examens demandés en interne, mais réalisés à l'externe							



## Annexe 5 : BMUC Data Collection Tool

Vous pouvez trouver le lien ci-dessous :

[https://apps.health.belgium.be/ordss/01/f?p=DATACOLLECT\\_V2:2000::CHANGELANGUAGE:::FSP\\_LANGUAGE\\_PREFERENCE:fr](https://apps.health.belgium.be/ordss/01/f?p=DATACOLLECT_V2:2000::CHANGELANGUAGE:::FSP_LANGUAGE_PREFERENCE:fr)

Afin de pouvoir donner accès au questionnaire à un utilisateur, le gestionnaire local Portahealth de l'hôpital doit lui conférer les droits nécessaires.

- Le gestionnaire local Portahealth se connecte à l'application 'Gestion des utilisateurs (uniquement pour les gestionnaires locaux)'. S'il est le gestionnaire local pour plus d'une institution, il doit d'abord en choisir une.
- Ensuite, il doit créer la personne comme utilisateur. Pour pouvoir faire cela, il a besoin du numéro de registre national et de l'adresse mail de l'utilisateur.
- Par la suite, il doit sélectionner la personne en question dans la liste des utilisateurs et cliquer sur 'Gérer les accès'. Il doit attribuer les droits à l'utilisateur en cochant l'application **DATACOLLECT**, puis confirmer son choix.
- Enfin, dans le cas d'un utilisateur devant valider les données et les mettre à disposition du SPF, le gestionnaire local doit sélectionner le lien 'Gestion des rôles' et cocher le rôle 'DIRECTOR'. Pour d'autres utilisateurs, il n'est pas nécessaire de cocher un rôle.

Pour de plus amples informations, nous vous renvoyons aux fichiers d'aide de Portahealth, disponibles sur [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be) → Santé → organisation des soins de santé → Systèmes d'enregistrement → Portahealth → Fichiers Help → Portahealth : comment gérer les utilisateurs ?