



# RECOMMANDATIONS FEDORU

## Formats des remontées des données urgences

GT3

V01 - 10/2014

# Préambule

## Composition du groupe de travail

- AZEMA Olivier, ORU MIP
- BARONDEAU-LEURET Agnès - ORU Bourgogne
- BEAUJOUAN Laure, CERVEAU IdF
- BISCHOFF Magali, RESUVal - RESCUe
- BOUSQUET Vanina, INVS
- CAREL Didier, ARS Franche-Comté
- CASERIO SCHONEMANN Céline, INVS
- DIALLO Abdoulaye, ORU Lorraine
- DOLVECK François, GCS D-SISIF
- DUBOUDIN Cédric, ARS Franche-Comté
- FAUGERAS Gilles, ORULIM
- GALLART Jean-Christophe, ORU MIP
- LIGIER Caroline, ORU Aquitaine
- LINASSIER Philippe, CH Orléans - ROR Centre
- MAURIAUCOURT Patrick, ORU Nord pas de Calais
- MORVAN Esra, CIRE Centre
- NOIZET Marc, ORU Champagne Ardenne
- ONDE Olivier, ORU Languedoc Roussillon
- PETITCOLIN Pierre-Bernard, ORULIM

## Validation des travaux

- Conseil d'administration de la FEDORU

Corrections suggérées par des tiers après sa diffusion sur le site de la FEDORU ([coordination@fedoru.fr](mailto:coordination@fedoru.fr)).

Ce document bénéficie des mises à jour régulières itératives (Version) selon les mêmes modalités et selon une chronologie courte (au minimum annuelle).

# Sommaire

<b>I - Vers un RPU V3.....</b>	<b>4</b>
Les éléments conservés.....	5
Les éléments ajoutés .....	6
Les éléments supprimés .....	7
<b>II - Vers un RDR (Résumé de dossier de régulation).....</b>	<b>8</b>
Les éléments minimum .....	8
<b>III - Vers un RPUHCD (Résumé de séjour en UHCD) .....</b>	<b>9</b>
Les éléments minimum .....	10
<b>IV - Synthèse .....</b>	<b>10</b>
<b>ANNEXE 1 - "Inclus au format RPU V3" .....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEXE 2 - "Exclus du format RPU V3".....</b>	<b>15</b>

Le format du résumé de passage aux urgences (RPU) existant aujourd'hui (V2) est celui défini en 2006. Son utilisation en région, depuis 8 ans pour ceux ayant le plus de recul, laisse apparaître une nécessaire actualisation du format proposé. En effet, les informations saisies dans les services et recueillies dans le cadre des remontées RPU doivent toujours être cohérentes avec la réalité de l'activité du terrain, les objectifs du dispositif et les traitements réalisés. C'est dans ce cadre que la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) a créé un atelier spécifique pour rédiger des recommandations sur la mise à jour du format RPU, s'orientant ainsi vers un RPU V3.

Le périmètre des travaux menés est délimité de la manière suivante : la priorité est centrée sur le RPU étendu. Des réflexions et propositions doivent être formulées sur un équivalent au RPU côté service d'aide médicale urgente (SAMU) intégrant les grands indicateurs des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) : le RDR (résumé du dossier de régulation). Enfin, il en va de même pour l'activité des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : le RPUHCD.

## I - Vers un RPU V3

---

Cette V3 sera une extension du format actuel sur certains aspects. Une version étendue doit permettre de répondre à de nouveaux enjeux ou d'approfondir l'existant. Pour les professionnels des urgences, des établissements et la tutelle, le RPU doit permettre :

- Le monitoring de l'activité urgences
- La gestion des situations de tension et de crise
- De mesurer l'adéquation de l'offre en soins d'urgences
- Le pilotage local et territorial affiné
- De différencier l'activité Urgences et UHCD

L'Institut national de veille sanitaire (InVS) disposera d'outils de surveillance épidémiologique, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles.

Un des postulats identifiés est la durée de vie limitée des versions du RPU qui est estimée à 6-8 ans compte tenu des évolutions des besoins d'observation. Des hypothèses de travail pour les versions ultérieures sont d'ores et déjà déterminées.

Il est nécessaire, avec la redéfinition du contenu du RPU de définir une fréquence de remontée commune. La recommandation, compte tenu notamment du besoin d'usage lié à la gestion de la tension, est fixée à une remontée toutes les 10 minutes avec un historique adapté : T-7J - T tous les jours, T-1J - T toutes les heures, T-1H - T toutes les 10 minutes.

Un des objectifs est de se débarrasser des éléments qui, aujourd'hui, ni ne servent, ni ne sont exploités dans le RPU, et ainsi de demander aux acteurs de terrains de ne saisir que des informations utilisées et utilisables par la suite. Parmi les éléments restants, il convient de déterminer s'ils doivent figurer en l'état, si des ajustements sont nécessaires ou s'il faut envisager de remplacer certains indicateurs (des travaux seront alors engagés ultérieurement notamment en lien avec la commission évaluation qualité de la SFMU).

Les principes retenus encadrant ce travail sont les suivants :

- Définition d'une trame commune (format partagé nationalement) mais chaque région conserve toute liberté dans ses initiatives locales pour remonter des champs complémentaires en rapport avec leurs besoins.

- Limiter au mieux la charge pour le codeur.
- Limiter :
  - le nombre de variables rajoutées au total (ajoutées – enlevées).
  - le nombre d'item par variable (15 grand max)
- Pour toute nouvelle information, démontrer l'intérêt et les objectifs auxquels cela répond, évaluer la difficulté de recueil (notamment les contraintes techniques pour l'intégration dans les SI urgences).

Ce travail a donc permis d'aboutir à une première version épurée d'un futur RPU V3. Le résultat est un format contenant 39 variables au total dont 21 déjà existantes auparavant. Par rapport à la dernière version, 6 ont été supprimées et 18 rajoutées (dont 10 saisies automatiquement). De plus, 38 propositions d'ajout n'ont pas été retenues.

Il sera important d'accompagner la livraison d'un nouveau format de données d'un livret d'aide au codage facilitant l'utilisation du RPU. Il doit inclure les règles de création d'un RPU (ex : exclure les re-convocations) et les règles de remontées vers le concentrateur régional (ex : dès la création du dossier).

Afin d'accompagner la mise en œuvre technique, il devra de même être fourni un cahier des spécifications.

Il est apparu un intérêt prononcé pour la mise en place d'une école de codage (réunion régulière une fois par an).

Les documents annexés "Inclus au format RPU V3" et "Exclus au format RPU V3" complètent la présentation des éléments faites ci-dessous et décrivent l'intégralité des champs RPU évoqués, qu'ils aient été retenu ou non. De même, le document de restitution des conclusions du groupe 1 FEDORU apporte des éléments complémentaires sur la définition des champs déjà présents dans le RPU (leur utilité ainsi que leur limitation).

## Les éléments conservés

- **Numéro finess de l'établissement** : permet l'identification de l'établissement ; il s'agit du n° finess géographique.
- **Date/heure de l'extraction, date début de la période couverte, date fin de la période couverte** : ces trois items permettent l'intégration sur la plateforme régionale.
- **Date/heure entrée et de sortie des urgences** : ces repères horaires servent pour la majorité des calculs de délais mais également dans l'application hôpital en tension.
- **Identifiant unique du patient** : devra tenir compte des préconisations futures de la CNIL.
- **Code postal, commune** : concerne le lieu de résidence, présente toujours un intérêt sur le volet épidémiologique et pour toutes les études d'attractivité et sur les bassins de provenance des patients.
- **Date de naissance du patient, sexe** : critères basiques tout autant qu'incontournables pour caractériser le patient.
- **Mode d'entrée PMSI, provenance PMSI** : information utile pour l'identification du parcours amont du patient ; Les éléments de provenance concernant les raisons organisationnelles ont été écartés (ancien item 5 et 8).

- **Mode de transport entrée** : qualification du dernier effecteur intervenant en amont des urgences, cette information sert notamment pour connaître la répartition des moyens utilisés ; ont été rajoutés SAMU social et associations secouristes.
- **Motif recours aux urgences** : le motif reste un des principaux éléments du dossier, permettant d'identifier la cause préalablement ressentie comme ayant provoqué le recours aux urgences. Le glossaire à utiliser reste à définir précisément, notamment avec la SFMU, mêmes si des propositions ont été formulées.
- **Diagnostic principal, associé, actes** : item centraux du RPU, avec l'existence d'un thésaurus national SFMU pour les diagnostics, et de la codification CCAM pour les actes (exhaustivité faible aujourd'hui).
- **Mode de sortie PMSI, orientation** : information utile pour l'identification du parcours aval du patient.

## Les éléments ajoutés

- **Code UF du service d'accueil** : (recueil automatique) pourra permettre, si de besoin, de prendre en compte les admissions réalisées en dehors des structures ayant l'autorisation d'accueillir des urgences ; couplé avec le FINESS "GEO", il permettra, avec certitude, l'identification de la structure et le lien avec le ROR.
- **Circonstances** : cette notion vient en complément du motif de recours, plus sur le volet circonstanciel. Un glossaire doit être validé avec la SFMU.
- **Événement exceptionnel** : permet de typer un événement exceptionnel, à des fins de veille sanitaire, ou de repérer tout événement particulier.
- **FINESS aval, UF aval** : (recueil automatique) doit permettre d'affiner la reconstitution du parcours du patient.
- **Date/heure début prise en charge paramédicale** : (recueil automatique) caractérise le premier contact d'un personnel paramédical avec le patient ; soustrait à l'heure d'entrée, permet le calcul du temps d'attente avant la prise en charge (PEC); indicateur pouvant être utilisé pour le pilotage ou la qualité de la PEC ; en pratique, délicat à individualiser ; chaque région, avec sa connaissance locale, choisira la manière la plus adaptée en excluant tout biais : ex : horodatage d'un champ, première connexion d'un personnel paramédical....
- **Date/heure début prise en charge médicale** : (recueil automatique) date/heure du contact patient avec un médecin habilité à prescrire (exclut les externes) ; permet le calcul du temps d'attente avant PEC médicale.
- **Date/heure décision d'orientation** : (recueil automatique) c'est l'instant à partir duquel le patient peut quitter la structure d'urgence : correspond à la fin du besoin de PEC aux urgences ; le temps écoulé au-delà de ce repère horaire constitue le temps d'attente "d'orientation", que ce soit pour rejoindre un lit d'aval ou pour bénéficier d'un transport sanitaire.
- **SEGUR** : recueil de soins réalisés et non prédits ; permet d'individualiser les soins de base, des soins techniques et/ou relationnels, et évalue la charge en soins infirmiers.
- **Couverture sociale** : (recueil automatique) cette donnée ne sera remontée que si elle est saisie dans le logiciel administratif ; cette variable devrait permettre d'affiner le typage social ;

- **Parcours patient** : élément supplémentaire sur le parcours du patient et l'adresseur en amont des urgences ; indique l'effecteur de santé (s'il y en a eu un) ayant adressé le patient aux urgences.
- **Identifiant unique de passage ou IEP** : (recueil automatique) devra tenir compte des préconisations futures de la CNIL, de préférence non haché, ce sera un élément contributif pour viser la reconstitution future du parcours patient, et envisager dans l'avenir un chaînage avec d'autres bases de données.
- **Échelle de tri infirmier** : évaluation paramédicale du patient lors de son arrivée aux urgences, doit renseigner sur la gravité de son état ; permet également d'optimiser l'orientation du patient, ainsi que l'adéquation de l'évaluation médicale et paramédicale ; dans le champ de l'existant aujourd'hui a été identifié la CIMU qui pourra être ajusté par un travail complémentaire avec la commission évaluation qualité de la SFMU.
- **Raison (ou motif) du transfert** : renseigne sur la raison du transfert, justifie son fondement médical, aide à l'évaluation de la fluidité de la filière.
- **Type d'orientation** ; elle peut être "souhaitée" ou "par défaut" et détermine l'adéquation de l'orientation.
- **Identifiant médecin urgentiste** : (recueil automatique) se fait avec un numéro d'ordre qui garantit l'anonymat du praticien ; met en relation la demande de soins par rapport à la ressource médicale ; l'identité du médecin n'est pas connue.
- **Identifiant IDE** : (recueil automatique) se fait également avec un identifiant garantissant l'anonymat de ce personnel ; de même, met en relation la demande de soins avec la ressource en personnel paramédical.
- **Identification salle de soins** : (recueil automatique) la localisation du patient permet de connaître l'occupation du service par sous zone.

## Les éléments supprimés

- **Numéro d'ordre donné par l'établissement** : remplacer par le nouveau UF d'accueil (dont l'usage sera plus large).
- **Age** : n'est pas utile à partir du moment où l'on dispose de la date de naissance du patient.
- **CCMU** : largement décriée, l'information telle que recueillie actuellement au travers de cette classification ne permet pas une appréciation juste du niveau de gravité du patient.
- **Mode de prise en charge durant le transport** : il est prévu de récupérer cette information à terme par l'interconnexion avec les systèmes pré hospitalier, une partie peut se déduire du mode de transport.
- **Destination PMSI** : remplacer par un champ plus précis (UF d'aval) qui permet, croiser avec le ROR (ou autre annuaire) de récupérer le niveau d'agrégation initialement contenu dans "destination PMSI" (grande discipline).
- **Discipline UF** : sera calculée avec les ROR régionaux utilisant les nomenclatures recommandées au plan national.

## II - Vers un RDR (Résumé de dossier de régulation)

---

Nous abordons ici la problématique des données de SAMU. Il s'agit d'une première approche qui devra être complétée et validée par les sociétés savantes de la médecine d'urgences (SuDF - SFMU). Les premiers travaux dans ce contexte vont être planifiés à court terme et pourront s'appuyer sur ce retour d'expérience.

L'intérêt de disposer d'un RDR est sensiblement le même que d'avoir un RPU : suivi d'activité (que ce soit pour de l'analyse rétrospective ou de la surveillance temps réel), gestion de niveaux d'activité, outil de pilotage,...

La remontée régionale doit se faire par le concentrateur de flux et doit permettre de répondre à un format partagé en inter région (ou national s'il existe). L'analyse des données d'activité demande une expertise métier présente en région notamment dans les ORU. Une harmonisation des référentiels (présents dans chaque SAMU de la région) en amont de la remontée régionale est hautement souhaitable (utiliser une terminologie commune permettant une description partagée de l'activité).

Le périmètre des travaux mené inclut les données de téléphonie, en concordance avec les dénominations retenues par les travaux du groupe interface SuDF/SFMU de 2009. En pratique, la récupération de ces données présente un niveau de complexité parfois important.

Le chaînage avec le RPU est à prévoir ; il constitue une opportunité de description du parcours de soins particulièrement précieuse. Cet objectif est ardu à atteindre car il suppose que le patient soit précisément identifié dans le logiciel de régulation (identifiant national) ou que les données de régulation soit transmise au service d'urgence qui procède à une fusion lorsque l'identification précise est réalisée sur site par l'établissement receveur (identifiant national).

Il convient ici aussi de fournir un cahier des spécifications du format retenu (glossaire, format, ...) pour faciliter sa mise en œuvre technique. Par ailleurs, la fréquence de remontée préconisée est la même que pour le RPU.

Comme pour le RPU, il est défini une trame commune inter régionale mais chaque région conserve toute liberté dans ses initiatives locales pour remonter des champs complémentaires en rapport avec leurs besoins. La charge pour le codeur doit être limitée.

### Les éléments minimum

- **Identification du SAMU**
- **Appel** : date/heure appel, décroché, raccroché : pour calculer les volumes d'appels et les temps d'attente, d'écoute, ...
- **Dossier de régulation** :
  - date/heure ouverture et fermeture : suivi horaire et chronologie des dossiers
  - zone de régulation ou type de régulateur : permettra la distinction entre la régulation libérale ou hospitalière et l'absence de régulation
  - provenance ou moyen d'alerte : on retrouvera entre autre les moyens téléphoniques (15, 18, 17, 112), radio, fax...
  - demande exprimée : caractérise la typologie de la demande (primaire, TICH,...)
  - type d'appelant : identifie l'appelant (sujet, tiers, police, ...)
  - motif (AVP, douleur, ACR,...)
  - type de lieu de la détresse (domicile, voie publique,...)
  - état (en cours, clôturé,...)

- **Décision :**
  - Date/heure
  - Type de décision (initiale, en attente, en plus, ...)
  - Motif annulation décision
  - Type de décision non interventionnelle (aller consulter, renseignement,...)
  
- **Moyen :**
  - Identification du moyen
  - Type de moyen (AP, VSAV, ambulance de réanimation,...)
  - Si SMUR :
    - composition équipe (identifiant, fonction)
    - date/heure départ base, arrivée sur les lieux puis départ des lieux, arrivée à destination, fin de médicalisation et retour base
    - gravité
    - codage pathologique
    - devenir patient
    - établissement et service destinataire
  
- **Patient :** identifiant, date naissance, sexe, observations

### **III - Vers un RPUHCD (Résumé de séjour en UHCD)**

---

Les justifications de la création d'un RPUHCD sont multiples. L'UHCD est une UF réglementairement rattachée au service d'urgences. Son fonctionnement est différent mais complémentaire à celui de l'accueil des urgences. Le suivi d'activité UHCD aide à la compréhension du fonctionnement du service d'urgences. En tant que zone "tampon" (notamment de l'hospitalisation), elle informe sur la fluidité de l'écoulement des patients en aval des urgences.

L'Informatisation des UHCD, avec le même outil que les urgences est un élément facilitateur pour l'extraction d'information.

La remontée régionale doit se faire par le concentrateur de flux et doit permettre de répondre à un format partagé en inter région (ou national s'il existe). L'analyse des données d'activité demande une expertise métier présente en région dans les ORU.

Il conviendra de tenir compte de l'activité de l'UHCD dans son intégralité.

Cette remontée devra permettre le suivi de l'activité UHCD en caractérisant patient et passage, en réutilisant un certain nombre d'informations conjointes avec le RPU initial.

Là aussi il convient de fournir un cahier des spécifications du format retenu (glossaire, format, ...) pour faciliter sa mise en œuvre technique. De même, la fréquence de remontée préconisée est la même que pour le RPU. Néanmoins, des exports périodiques sur une période plus élargie (récupération du mois glissant une fois par semaine) permettront de combler les modifications tardives de dossiers liées aux contraintes de l'UHCD (notamment PMSI du diagnostic).

Comme pour les 2 sections précédentes, il est défini une trame commune inter régionale mais chaque région conserve toute liberté dans ses initiatives locales pour remonter des champs complémentaires en rapport avec leurs besoins. La charge pour le codeur doit être limitée.

## Les éléments minimum

- **Code UF du service d'UHCD, identification de la salle de soins**
- **Date/heure entrée sortie**
- **Identifiant du patient** : permet de chaîner avec les urgences pour récupérer les caractéristiques patients (sinon il faut récupérer date naissance, sexe, code postal et commune)
- **Diagnostic principal, associé** : bien qu'incluse dans la structure d'urgences, l'UHCD est une unité d'hospitalisation, à ce titre c'est le codage PMSI qui s'applique et le thésaurus proposé doit donc être adapté
- **Actes**
- **Mode de sortie, orientation, finess aval, UF aval, type d'orientation, raison du transfert**
- **Identifiant médecin et IDE**

Rajout de 2 items qui ne sont pas présents dans les RPU :

- **Transport en sortie**
- **Motif d'hospitalisation (SFMU)**

## IV - Synthèse

---

Il est important de proposer un ajustement du format RPU pour que les informations recueillies correspondent au compromis le plus juste entre l'effort consenti pour la saisie et l'intérêt des données collectées.

Ce travail initial appelle d'autres investigations, à mener conjointement avec les sociétés savantes, qui devront permettre à ce document d'évoluer vers une version définitive et validée.

Dans ce processus, chaque nouvel indicateur proposé devra être soumis à un test de faisabilité conduit sur une ou plusieurs régions pilotes, et ainsi mesurer l'apport et discuter l'approbation sur retour d'usage.

L'identification du patient reste une problématique centrale, sur laquelle le RPU devra s'adapter pour s'efforcer de répondre aux évolutions attendues.

ANNEXE 1 - Inclus au format RPU V3

Champ rajouté ("A" = donnée calculée automatiquement) :

Champ conservé :

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition/description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si nouvelle variable retenue
numéro FINESS de l'établissement	<ETABLISSEMENT>	<FINESS>	finess géographique	alphanumérique 9 caractères	-		oui	oui			
date/heure d'extraction de l'information	<ETABLISSEMENT>	<EXTRACT>		JJ/MM/AAAA hh:mm:ss	-		oui	oui			
date de début de la période couverte	<ETABLISSEMENT>	<DATEDEBUT>		JJ/MM/AAAA	-		oui	oui			
date de fin de la période couverte	<ETABLISSEMENT>	<DATEFIN>		JJ/MM/AAAA	-		oui	oui			
code UF du service d'accueil											(1)
date/ heure entrée aux urgences	<PATIENT>	<ENTREE>	déclenchement de la prise en charge administrative	JJ/MM/AAAA HH:MM	-		oui	oui	oui		
Identifiant unique du patient (IPP)	<PATIENT>			hachage?		usage régional	oui	oui	oui		
code postal	<PATIENT>	<CP>	code postal du lieu de résidence du patient	numérique?	-	- Si le code postal précis est inconnu : le numéro du département suivi de 999 - Pour les malades résidant hors de France : 99 suivi du code INSEE du pays - Si le département ou le pays de résidence est inconnu : 99999	oui	oui			
commune	<PATIENT>	<Commune>	Nom de la commune de résidence	Champs textuel	-		oui	oui			
date de naissance du patient	<PATIENT>	<NAISSANCE>		JJ/MM/AAAA	-	vide correspond à incertain INVS : Le champ est laissé à vide dans les cas suivants : date de naissance non fiable ou méconnue Patient admis aux urgences et demandant à garder l'anonymat conformément aux dispositions légales (droit CNIL exprimé par le patient pour supprimer les informations le concernant)	oui	oui	oui		
sexe du patient	<PATIENT>	<SEXE>		alphanumérique 1 caractère	M / F / I	I pour indéterminé	oui	oui			
Mode d'entrée PMSI	<PATIENT>	<MODE_ENTREE>			6/7/8	- "6" Mutation le malade vient d'une autre unité médicale de la même entité juridique. Pour les établissements privés visés aux alinéas d et e de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) Cf annexe. Si le patient provient d'un autre établissement de la même entité juridique le mode d'entrée à utiliser est le 7 (Cf ci-dessous) - "7" Transfert le malade vient d'une autre entité juridique (sauf cas particulier décrit ci-dessus). - "8" Domicile : le malade vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médico-social. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique. Le code 8 du mode d'entrée est à utiliser en cas de naissance d'un nouveau-né quelque soit la situation d'hospitalisation ou de non hospitalisation de la mère.	oui	oui			
Provenance PMSI	<PATIENT>	<PROVENANCE>		alphanumérique 1 caractère	InVS cahier des charges V5 1 / 2 / 3 / 4 / 6 / 7	En cas d'entrée par mutation ou transfert : - "1" En provenance d'une unité de soins de courte durée (MCO) - "2" En provenance d'une unité de soins de suite ou de réadaptation - "3" En provenance d'une unité de soins de longue durée - "4" En provenance d'une unité de psychiatrie - "6" Hospitalisation à domicile - "7" Structure d'hébergement médico-sociale	oui	oui			

ANNEXE 1 - Inclus au format RPU V3

Champ rajouté ("A" = donnée calculée automatiquement) :

Champ conservé :

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition/description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si nouvelle variable retenue
Mode de transport entrée	<PATIENT>	<TRANSPORT>	dernier mode de transport connu ayant conduit le patient aux urgences	alphanumérique 5 caractères	PERS / AMBU / VSAV / SMUR / HELI /FO/	PERSO : pour moyen personnels (à pied, en taxi, en voiture personnelle,...) AMBU : ambulance publique ou privée VSAV : véhicule de secours et d'aide aux victimes SMUR : véhicule de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation HELI : hélicoptère FO : force de l'ordre (police, gendarmerie) SAMU Social Association secouristes	oui	oui			
Motif du recours aux urgences	<PATIENT>	<MOTIF>		alphanumérique		expérimentation d'un glossaire en cours	oui	oui			
circonstance événement exceptionnel			circonstance ayant conduit le patient aux urgences	alphanumérique		expérimentation d'un glossaire en cours				limousin	(2)
gravité				texte libre alphanumérique							(3)
					a définir	critère de gravité infirmier (échelle de tri)					
Diagnostic principal	<PATIENT>	<DP>		Code CIM10	THESAURUS SFMU	thésaurus de favoris a accès rapide et liste exhaustive CIM10 accessible en deuxième recours	oui	oui			
Diagnostic associé	<PATIENT>	<LISTE_DA> <DA></DA>		Code CIM10	THESAURUS SFMU	Tous les codes de la CIM10 sont utilisables pour ces diagnostics, le nombre de diagnostics associés n'est pas limité	oui	oui			
Actes réalisés aux urgences	<PATIENT>	<LISTE_ACTES> <ACTE></ACTE>		Code CCAM	CCAM	Les actes CCAM ne sont (pas) exigibles que si leur remontée dans le RPU national n'implique pas une re-saisie sur un nouveau logiciel(autre) que celui déjà utilisé pour alimenter le logiciel qui permet la facturation du séjour du patient. Codés en CCAM, le format doit au moins contenir les 7 premiers caractères Il faut demander aux éditeurs qu'il y ait un lien entre les diagnostics et les codes.	oui	oui			
date/ heure sortie aux urgences	<PATIENT>	<SORTIE>	Date et heure de sortie du patient des urgences	JJ/MM/AAAA HH:MM	-	La date et l'heure de sortie sont celles de la sortie de la zone d'accueil et de soins des urgences.	oui	oui		oui	
Mode de sortie PMSI	<PATIENT>	<MODE_SORTIE>		numérique	6 / 7 / 8 / 9	- "6" Mutation : le malade est hospitalisé vers une autre unité médicale de la même entité juridique. Pour le coté puriste de la nomenclature : pour les établissements privés visés aux alinéas d et e de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) Cf annexe. Si le patient provient d'un autre établissement de la même entité juridique le mode d'entrée à utiliser est le 7 (Cf ci-dessous) - "7" Transfert : le malade est hospitalisé dans une autre entité juridique (sauf cas particulier décrit ci-dessus). - "8" Domicile : le malade retourne au domicile ou son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale. - "9" Décès : le malade décède aux urgences	oui	oui		oui	
Orientation précision	<PATIENT>	<ORIENT>		alphanumérique	FUGUE / SCAM / PAS/ REO/SC / SI / REA / UHCD / MED /CHIR / OBST / HSC	Précise le devenir ou les circonstances associées En cas de sortie par mutation ou transfert : - "HSC" hospitalisation sous contrainte - "SC" hospitalisation dans une unité de Surveillance Continue - "SI" hospitalisation dans une unité de Soins Intensifs - "REA" hospitalisation dans une unité de Réanimation - "UHCD" hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée - "MED" hospitalisation dans une unité de Médecine hors SC, SI, REA - "CHIR" hospitalisation dans une unité de Chirurgie hors SC, SI, REA - "OBST" hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC, SI, REA En cas de sortie au domicile : - "FUGUE" sortie du service à l'insu du personnel soignant - "SCAM" sortie contre avis médical - "PSA" partie sans attendre prise en charge - "REO" réorientation directe sans soins (ex vers consultation spécialisée ou lorsque le service d'accueil administratif est fermée)	oui	oui			
A	finess aval		lors de "Transfert vers un autre établissement", indique le numéro FINESS de			est attendu le nom en clair du service après traitement régional				Limousin	(4)

ANNEXE 1 - Inclus au format RPU V3

Champ rajouté ("A" = donnée calculée automatiquement) : ■

Champ conservé : ■

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition/description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si nouvelle variable retenue
			l'établissement,								
A			lors de "Transfert vers un autre établissement" ou "hospitalisation", indique le numéro de l'UF							Limousin	(5)
A			premier contact d'un personnel paramédical auprès du patient	JJ/MM/AAAA HH:MM	-				oui		(6)
A			date/heure du premier contact patient par un médecin habilité à prescrire (exclusion des externes) moment à partir duquel le patient peut quitter la structure d'urgences qui correspond à la fin du besoin de PEC aux urgences	JJ/MM/AAAA HH:MM	-				oui		(7)
A			recueil des soins réalisés et non prédicts, permet de distinguer les soins de base des soins techniques et/ou relationnels	JJ/MM/AAAA HH:MM	-						(8)
			SEGUR							Midi Pyrénées	(9)
A			ne remonter que si déjà saisi dans le logiciel administratif (pas de saisie)	alphanumérique (si libellé) ou numérique (si code chiffré)	1 Sécurité Sociale 2 CMU 3 AME 4 E111	à voir avec la CNIL					(10)
			parcours patient	alphanumérique (si libellé) ou numérique (si code chiffré)	0 - Pas d'avis médical préalable sollicité 1 - Indisponibilité du MT 2 - Simple avis téléphonique médical hors Centre 15 3 - Régulation Centre 15 4 - Consultation médicale préalable						(11)
A	<PASSAGE>	<NUM_PASSAGE>	Identifiant unique du passage ou IEP	Numérique	pas haché, lien avec la déclaration CNIL		oui	oui			(12)
			échelle de tri infirmier	Numérique	Exemple de la CIMU 1 - Détresse vitale majeure 2 - Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente) 3 - Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle) 4 - Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable 5 - Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente ✓ 1 : Absence de lit ✓ 2 : Absence de la spécialité ✓ 3 : Volonté du patient ✓ 4 : Retour établissement d'origine ✓ 0 : Autres		oui	oui			(13)
	<DEVENIR>	<RAISON_TRANSFERT>	Si "Transfert vers un autre établissement", indique la raison du transfert.	Numérique	-souhaité -par défaut					Limousin	(14)
			type d'orientation	alphanumérique							(15)
A	<medecin_urgentiste>		identifiant (quelconque) du médecin (numéro d'ordre)	numérique					oui	PACA	(16)
A	<ide>		identifiant (quelconque) de l'IDE (numéro d'ordre)	numérique					oui	PACA	(17)
A	<salle_exam>		identification salle soins							PACA	(18)

**Raison si variable écartée**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Servira pour se laisser la possibilité dans le futur de tenir compte des admissions en dehors des structures d'urgences (admissions directes, ou dans des services qui font de l'accueil non programmées). Sera utiliser avec le FINESS geo, le couple des deux devant permettre l'identification à coup sur de la structure et le lien avec le ROR.</li> <li>(2) Concernant les raisons ayant conduit le patient aux urgences, donne une précision circonstancielle qualitative de ce recours qui sera associé à la variable motif.</li> <li>(3) Typage d'évènement exceptionnel à des fins de veille sanitaire, ou de repérage de tout évènement particulier : AZF, rassemblement exceptionnel, catastrophe naturelle... servira de tag pour le comptage de tous les passages en lien avec cet évènement exceptionnel, indépendamment des informations saisies par ailleurs au niveau du motif ou de la circonstance.</li> <li>(4) Améliorer la connaissance du parcours du patient en post urgences. Des informations complémentaires sur la structure d'orientation pourront être récupérées par les ROR en région.</li> <li>(5) Même justification que ci-dessus, aide à la reconstitution du parcours du patient.</li> <li>(6) Associé à l'heure d'entrée, permet le calcul du temps d'attente avant prise en charge. peut être utilisé comme indicateur de pilotage ou de qualité de la prise en charge. Difficile à récupérer en pratique car dépendant de l'organisation et de l'outil de recueil. Chaque région, avec sa connaissance locale, pourra choisir la manière la plus adaptée, sans introduire de biais, que ce soit par horodatage d'un champ, première connexion d'un personnel paramédical,...</li> <li>(7) Permet le calcul du temps d'attente avant prise en charge médicale.</li> <li>(8) Le temps écoulé au-delà de ce moment constitue le temps d'attente d'orientation, que ce soit pour un lit d'aval ou un transport sanitaire.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>(9) Évaluer la charge en soins infirmiers</li> <li>(10) Caractéristique socio économique reconnue, permet d'affiner le typage de la patientèle.</li> <li>(11) Complète l'information concernant le parcours amont du patient, permettra d'identifier des acteurs de santé intervenus, permettra de savoir si le patient a eu des démarches de recours aux soins en amont des urgences, notamment dans le cadre la PDS.</li> <li>(12) Reconstitution parcours patient, chainage avec d'autre base d'information</li> <li>(13) Qualificatif de la justification du passage aux urgences. Adéquation de l'évaluation paramédicale et médicale. Priorisation donnée aux patients à l'entrée aux urgences.</li> <li>(14) Donne des précisions sur le motif du transfert, justifie son fondement médical, aide à l'évaluation de la fluidité de la filière</li> <li>(15) Adéquation de l'orientation</li> <li>(16) Permet de mettre en relation la demande de soins par rapport aux ressources médicales disponibles, on en déduira entre autre le nombre de patients moyen par médecin (l'identité du médecin n'étant pas connue, un numéro aléatoire est attribué)</li> <li>(17) Permet de mettre en relation la demande de soins par rapport aux ressources paramédicales disponibles, on en déduira entre autre le nombre de patients moyen par infirmière (l'identité du médecin n'étant pas connue, un numéro aléatoire est attribué)</li> <li>(18) La localisation géographique du patient permet de connaître l'occupation du service pour sous zone (circuit long ou court, zone d'attente ou de PEC, attente de lit,...)</li> </ul> |
|--|--|

ANNEXE 2 - Exclues du format RPU V3

champ supprimé du format v2 existant : ■

propositions non retenues : ■

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition / description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	Déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si variable écartée
numéro d'ordre donnée par l'établissement	<ETABLISSEMENT>	<ORDRE>	remplacer par le nouveau UF d'accueil (ligne 9)	1 caractère	-	(=0 si un seul envoi par établissement)	oui	oui			(1)
âge				numérique	-	âge au moment de la PEC					(2)
Mode de prise en charge durant le transport	<PATIENT>	<TRANSPORT_PEC>		alphanumérique 7 caractères	MED/ PARAMED/ AUCUN	<ul style="list-style-type: none"> <li>"MED" : médical</li> <li>"PARAMED" : paramédical (infirmier)</li> <li>"AUCUN" : sans prise en charge médicalisée ou paramédicalisée</li> </ul>	oui	oui			(3)
Destination PMSI	<PATIENT>	<DESTINATION>		numérique	1 / 2 / 3 / 4 / 6 / 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de sortie par mutation ou transfert :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>"1" Hospitalisation dans une unité de soins de courte durée (MCO)</li> <li>"2" Hospitalisation dans une unité de soins de suite ou de réadaptation</li> <li>"3" Hospitalisation dans une unité de soins de longue durée</li> <li>"4" Hospitalisation dans une unité de psychiatrie</li> </ul> </li> <li>En cas de sortie au domicile :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>"6" retour au domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile</li> <li>"7" dans une structure d'hébergement médicosociale</li> </ul> </li> </ul>	oui	oui			(4)
date/heure fin de prise en charge paramédicale			date fin de PEC paramédicale = date de sortie	JJ/MM/AAAA HH.MM	-				oui		
date/heure fin de prise en charge médicale			élément déclencheur dans le dossier informatisé ? Fait par le médecin, y compris interne sous couvert d'un médecin. C'est la date/heure de décision d'orientation. Voir si décision anap existe (recherche par A Leuret)	JJ/MM/AAAA HH.MM	-	date et heure de la dernière validation du diagnostic, ou prise de la décision d'orientation;					Limousin
modalités particulières de prise en charge				?		Echo urgentiste, récupération par les actes, plus cocher case urgentiste ou spécialiste Avis télétransmis (sauf phonie) Avis spécialisé sénior sur place					
mutuelle						oui/non					
adresseur			dernier adresseur connu avant l'arrivée du patient aux urgences	alphanumérique (si libellé) ou numérique (si code chiffré)	<ul style="list-style-type: none"> <li>C 15, régulation libérale</li> <li>Lui-même, tiers</li> <li>Médecin traitant</li> <li>Autre médecin</li> <li>Autre profession de santé</li> </ul>						Limousin (5)
type urgences			structures d'urgences ou PEC urgences spécialités	alphanumérique ? Code numérique?		SU, obstétrique, ophtalmo, ORL,... utiliser un code géo et/ou code UF (lieu de la PEC urgences)					
type de facturation			ATU, hospi,...	alphanumérique ? Code numérique?		récupérer du SIH? utiliser la balise des actes ?					
type service	<PASSAGE>	<TYPE_SERVICE>				<ul style="list-style-type: none"> <li>A : Données Urgences Adultes</li> <li>P : Données Urgences Pédiatrie</li> </ul>		utiliser codes UF			Limousin
type d'autorisation du service	<PASSAGE>	<TYPE_AUTORISATION>				<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : SAU</li> <li>2 : UPATOU</li> <li>3 : POSU</li> </ul>					Limousin
décès arrivée	<PASSAGE>	<DECES_ARRIVEE>	Indique si le patient est décédé à l'arrivée ou non.	alphanumérique	Oui / Non / NSP						Limousin
avec courrier	<PASSAGE>	<AVEC_COURIER>	Indique si le patient est arrivé avec un courrier.	alphanumérique	Oui / Non / NSP						Limousin

ANNEXE 2 - Exclus du format RPU V3

champ supprimé du format v2 existant : ■

propositions non retenues : ■

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition / description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	Déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si variable écartée	
SMUR	<PASSAGE>	<SMUR>	Si le transport fait intervenir le SMUR, indique si le transport SMUR est primaire ou secondaire.	Numérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : Primaire</li> <li>2 : Secondaire</li> <li>0 : Autre</li> </ul>					Limousin		
Motif de venue	<PASSAGE>		indique le motif de la venue du patient.	Numérique	LISTE ORULIM PAS A JOUR <ul style="list-style-type: none"> <li>1 : Cardiologie,</li> <li>2 : Dermatologie,</li> <li>3 : Gastro-entérologie,</li> <li>4 : Endocrinologie,</li> <li>5 : Gynécologie,</li> <li>6 : Hématologie / Oncologie,</li> <li>7 : Infectiologie,</li> <li>8 : Neurologie / Psychiatrie,</li> <li>9 : ORL / Stomatologie / Ophtalmologie,</li> <li>10 : Pneumologie,</li> <li>11 : Rhumatologie,</li> <li>12 : Toxicologie,</li> <li>13 : Traumatologie,</li> <li>14 : Urologie / Néphrologie,</li> <li>15 : Motif sans orientation,</li> <li>0 : Autre.</li> </ul>					Limousin		
avis spécialiste	<SOINS>	<AVIS_SPECIALISTE>	indique s'il y a eu demande de l'avis d'un spécialiste		Oui / Non / NSP	actes dans la NGAP ?					Limousin	
discipline UF	<DEVENIR>	<TYPE_UF>	Si "Hospitalisation vers UF" indique le type de discipline de l'UF.	Numérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : MCO</li> <li>2 : Psychiatrie</li> <li>3 : SSR</li> <li>4 : UHCD</li> <li>0 : Autre</li> </ul>	calculé avec les ROR	oui	oui				
type de service transfert	<DEVENIR>	<TYPE_SERVICE>	Si "Transfert vers un autre établissement", indique le type de service.	Numérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : Service urgences</li> <li>2 : Service hospitalier</li> <li>0 : NSP</li> </ul>						Limousin	
Orientation adaptée	<ORIENTATION>	<ADAPTE>	Indique si l'orientation est adaptée	alphanumérique	Oui / Non / NSP	A REPENDRE DANS LE RPU UHCD			oui		Limousin	
UF initialement adaptée	<ORIENTATION>	<NUM_UF>	Si ADAPTE = Non, indique l'UF initialement demandée			A REPENDRE DANS LE RPU UHCD				oui	Limousin	
cause de l'orientation non adaptée	<ORIENTATION>	<CAUSE>	Si ADAPTE = Non, indique la raison du changement d'UF.	Numérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : Absence de lit</li> <li>2 : Convenance personnelle</li> <li>4 : Refus du service sollicité</li> </ul>	A REPENDRE DANS LE RPU UHCD			oui		Limousin	
arrêt de travail	<SORTIE>	<ARRET_TRAVAIL>	Indique si un certificat d'arrêt de travail a été délivré.	alphanumérique	Oui / Non / NSP	pour travaux futurs					Limousin	
certificat	<SORTIE>	<AUTRE_CERTIFICAT>	Indique si un autre certificat a été délivré.	alphanumérique	Oui / Non / NSP	pour travaux futurs					Limousin	
courrier sortie	<SORTIE>	<COURRIER>	Indique si un courrier a été délivré.	alphanumérique	Oui / Non / NSP	pour travaux futurs					Limousin	
ordonnance	<SORTIE>	<ORDONNANCE>	Indique si une ordonnance a été délivrée.	alphanumérique	Oui / Non / NSP	pour travaux futurs					Limousin	
Date et heure de premier contact au sein du SAU											Basse Normandie	
Date et heure de prise en charge IOA					déjà vu plus haut						Basse Normandie	
Date et heure de réservation lit				alphanumérique	Oui / Non						Basse Normandie	
Indicateur de demande d'acte d'imagerie			O/N Indique si un acte d'imagerie a été, ou n'a pas été prescrit	alphanumérique	Oui / Non						Basse Normandie	

ANNEXE 2 - Exclue du format RPU V3

champ supprimé du format v2 existant : ■

propositions non retenues : ■

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition / description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	Déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si variable écartée
Indicateur de demande d'analyse de labo			O/N Indique si une demande d'analyse de labo a été, ou n'a pas été prescrite	alphanumérique	Oui / Non					Basse Normandie	
Patient ayant un dossier médical dans l'ES			O/N pour indiquer si le patient à un dossier médical dans l'ES	alphanumérique	Oui / Non					Basse Normandie	
Indicateur de prescription médicamenteuse			O/N Indique s'il y a eu ou non une prescription médicamenteuse	alphanumérique	Oui / Non					Basse Normandie	
Typage des Passages aux urgences pour suite de soins			O/N Indique si le motif de passage aux urgences est une suite de soins	alphanumérique	Oui / Non					Basse Normandie	
Type de ressources			Catégorie, type de ressources des services d'urgences  Revoir la liste des types de ressources des SAUs							Basse Normandie	
destination attendue	<dest_attendue>			texte libre						PACA	
identifiant médecin traitant	<med_traitant>									PACA	
date et heure des examens	<date_examen>		Date d'examen du patient au format	datetime YYYY-MM-JJ HH:MM:SS						PACA	
nb lits installés aux urgences hors UHCD	capacite							oui		PACA	
UF du patient	<uf>									PACA	
motif de transfert	<motif_transfert>			alphanumérique	Carence de lit Convenance personnelle Défaut plateau technique					PACA	
le patient est en UHCD ?	<is_uhcd>			Numérique	1/0 ou vide			oui		PACA	
le patient est en UHCD mais présent physiquement aux urgences ?	<is_uhcdrepere>			Numérique	1/0 ou vide					PACA	
date/heure entrée en UHCD			<ENTREE_UHCD>	JJ/MM/AAAA HH:MI				oui		CERVEAU, PACA, LIMOUSIN	
Mode de sortie du patient après passage en UHCD			<MODE_SORTIE_UHCD>	Numérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>"6" Mutation : le malade est hospitalisé vers une autre unité médicale de la même entité juridique. Pour le coté puriste de la nomenclature : pour les établissements privés visés aux alinéas d et e de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) Cf annexe. Si le patient provient d'un autre établissement de la même entité juridique le mode d'entrée à utiliser est le 7 (Cf ci-dessous)</li> <li>"7" Transfert : le malade est hospitalisé dans une autre entité juridique (sauf cas particulier décrit ci-dessus).</li> <li>"8" Domicile : le malade retourne au domicile ou son substitut, tel une structure d'hébergement médicosociale.</li> <li>"9" Décès : le malade décède aux urgences</li> </ul>					CERVEAU	

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition / description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	Déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si variable écartée
Destination du patient après passage en UHCD			<DESTINATION_UHCD>	Numérique	<p>En cas de sortie par mutation ou transfert :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"1" Hospitalisation dans une unité de soins de courte durée (MCO)</li> <li>"2" Hospitalisation dans une unité de soins de suite ou de réadaptation</li> <li>"3" Hospitalisation dans une unité de soins de longue durée</li> <li>"4" Hospitalisation dans une unité de psychiatrie</li> </ul> <p>En cas de sortie au domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"6" retour au domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile</li> <li>"7" dans une structure d'hébergement médicosociale</li> </ul>					CERVEAU	
Orientation du patient après passage en UHCD			<ORIENT_UHCD>	alphanumérique	FUGUE / SCAM / PSA / REO / SC / SI / REA / MED / CHIR / OBST / HDT / HO	<p>Précise le devenir ou les circonstances associées</p> <p>En cas de sortie par mutation ou transfert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"HDT" hospitalisation sur la demande d'un tiers</li> <li>"HO" hospitalisation d'office</li> <li>"SC" hospitalisation dans une unité de Surveillance Continue</li> <li>"SI" hospitalisation dans une unité de Soins Intensifs</li> <li>"REA" hospitalisation dans une unité de Réanimation</li> <li>"UHCD" hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée</li> <li>"MED" hospitalisation dans une unité de Médecine hors SC, SI, REA</li> <li>"CHIR" hospitalisation dans une unité de Chirurgie hors SC, SI, REA</li> <li>"OBST" hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC, SI, REA</li> </ul> <p>En cas de sortie au domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"FUGUE" sortie du service à l'insu du personnel soignant</li> <li>"SCAM" sortie contre avis médical</li> <li>"PSA" partie sans attendre prise en charge</li> <li>"REO" réorientation directe sans soins (ex vers consultation spécialisée ou lorsque le service d'accueil administratif est fermée) sortie non convenue: fugue et SCAM</li> </ul>				CERVEAU	
UF souhaitée (ou attendue)			lors d'une hospitalisation		si num UF pas dispo dans le SI, proposition d'une liste avec codes et libellés				oui		
gemsa	<SOINS>	<GEMSA>	Indique le code GEMSA (groupes d'étude multicentrique des services d'accueil) du passage. classe les patients en 6 groupes selon leurs modes d'admission et de sortie. Chaque classe regroupe des patients pour lesquels le charge en soins médicaux et paramédicaux, et le volume des examens complémentaires est globalement équivalent. La charge de travail pour le personnel médical et infirmier est plus lourde pour le groupe 4 et 6.	Numérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation (contact avec la famille, les autorités, certificat, etc.) ;</li> <li>2 : patient non convoqué sortant après consultation ou soins (petite traumatologie, consultation médicale) ;</li> <li>3 : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination, etc.) ;</li> <li>4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences ; pour ces patients, une démarche est effectuée ou reprise thérapeutique éventuelle initiée avant hospitalisation (angor, pyélonéphrite, fracture ouverte ou déplacée relevant d'un traitement chirurgical, nécessité d'une surveillance ou d'examens complémentaires non réalisables en urgence [fièvre inexpliquée, TC avec PC transitoire, AVC etc.]) ;</li> <li>5 : patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation (liées à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) : pour ce type de patients, il y a eu</li> </ul>		oui	oui		(6)	

Nom champ, libellé	Balise	Sous balise	Définition / description	Format	Glossaire associé	Aide au codage	RPU historique	RPU InVS	RPU hôpital en tension	Déjà existant dans le RPU "étendu" de certaines régions	Raison si variable écartée
					accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge ; le passage au service des urgences n'est motivé que pour la réalisation de certains examens avant un acte de chirurgie ou un bilan programmé ; • 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate important (technique de réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière pendant au moins une heure).						
CCMU	<PATIENT>	<GRAVITE>	Classification CCMU modifiée	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / P / D	Classification Clinique des Malades aux Urgences Rappel mais qui sera validé par la commission d'évaluation de la SFMU • "1" : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'actes complémentaires diagnostique ou de thérapeutique à réaliser au service des urgences • "P" : Problème psychiatrique isolé ou associé à un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel stable. • "2" : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser aux urgences • "3" : État lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant pas le pronostic vital • "4" : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvres de réanimation • "5" : Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation • "D" : Patient décédé à l'arrivée aux urgences et aucune manœuvre de réanimation entreprise		oui	oui	oui		

**Raison si variable écartée**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Pas d'intérêt</li> <li>(2) Pas d'intérêt à partir du moment où l'on a la date de naissance et qu'il n'y a pas de contrainte d'identification</li> <li>(3) Prévues de récupérer cette information à terme par l'interconnexion avec les systèmes pré hospitalier</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>(4) Remplacer par un champ plus précis (UF d'aval) qui permet, croiser avec le ROR (ou autre annuaire) de récupérer le niveau d'agrégation initialement contenu dans destination PMSI (grande discipline)</li> <li>(5) Description du parcours PDS taux de patients régulé?</li> <li>(6) Caractérisation de la charge de travail, aussi bien médicale qu'infirmier</li> </ul> |
|---|--|

