



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	014

**Identifiant patient et caractéristiques démographiques, sociales, de filière de soin**

**Hospitalisation complète et partielle**

<b>Caractéristiques démographiques</b>	
Sexe (1 = masculin ; 2 = féminin)	<b>2</b>
Date naissance (jour ; mois ; année)	<b>29 02 1955</b>
Code postal de résidence	<b>80000</b>
Le patient est-il sans domicile fixe ? (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>

<b>Caractéristiques sociales à l'entrée du séjour</b>	
Situation familiale (1 = célibataire ; 2 = PACS ; 3 = marié ; 4 = veuf ; 5 = divorcé, en cours de divorce ; 0 = sans info)	<b>3</b>
Mode vie (1 = seul ; 2 = en famille ou avec des proches ; 3 = en collectivité ; 0 = sans information)	<b>2</b>
Activité (activité prof. en milieu ordinaire = 1 ; activité prof. en milieu protégé = 2 ; demand. emploi ayant déjà travaillé = 3 ; demand. emploi n'ayant jamais travaillé = 4 ; pas d'activité professionnelle et non demand. Emploi = 5 ; sans information = 0)	<b>1</b>
AAH (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
AES (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Pension d'invalidité (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
RMI (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Sauvegarde de justice (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Curatelle (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Tutelle (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>

<b>Filière de soins</b>	
Ancienneté médicale (uniquement si hospitalisation complète - type d'activité 1) : date	<b>07 10 2000</b>
Année de première visite :	<b>1997</b>

<b>Type d'activité (1, 2a, 2b, 2c, 3a,3b, 3c, 4, 5) :</b>	<b>1</b>
Hospitalisation complète en unité temps plein ou SMPR y compris de semaine	1
Hospitalisation complète en centre de post-cure	2a
Hospitalisation complète en appartement thérapeutique	2b
Hospitalisation complète en centre de crise ou centre d'accueil permanent	2c
Hospitalisation complète à domicile	3a
Accueil familial thérapeutique	3b
Séjour thérapeutique	3c
Hospitalisation de nuit	4
Hospitalisation de jour, accueil de jour	5



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	014

**Mouvements**

**Uniquement si hospitalisation complète (types d'activité 1 à 3 )**

<b>Date d'entrée</b> (jour ; mois ; année) :	<b>07 10 2000</b>
<b>Mode d'entrée</b>  Par changement de mode de placement dans la même unité médicale = 4 En provenance d'un hébergement médico-social = 5 Par mutation = 6 Par transfert = 7 En provenance du domicile = 8	<b>8</b>
<b>Provenance (uniquement si mode d'entrée = mutation ou transfert)</b>  Unité de soins de courte durée = 1 Unité de soins de suite ou de réadaptation = 2 Unité de soins de longue durée = 3 Unité de psychiatrie = 4 Service d'urgence (d'établissement spécialisé ou non) = 5	—
<b>Date de sortie</b> (jour ; mois ; année)	<b>20 10 2000</b>
<b>Mode de sortie</b>  Par changement de mode de placement dans la même unité médicale = 4 Vers un hébergement médico-social = 5 Par mutation = 6 Par transfert = 7 Vers le domicile = 8 Par décès = 9	<b>4</b>
<b>Destination (uniquement si mode de sortie = mutation ou transfert)</b>  Unité de soins de courte durée = 1 Unité de soins de suite ou de réadaptation = 2 Unité de soins de longue durée = 3 Unité de psychiatrie = 4 Service d'urgence (d'établissement spécialisé ou non) = 5	—



*1<sup>ère</sup> partie du séjour en hospitalisation complète (mode de placement : hospitalisation sur demande d'un tiers)*

Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	0014

**Résumé hebdomadaire – 1**

**Hospitalisation complète – hospitalisation partielle (types d'activité 1 à 5)**

	Semaine du			
	16 – 22 octobre	23 – 29 octobre	30 octobre – 5 novembre	6 novembre – 12 novembre
<b>Journées de présence à entourer</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>
<b>Demi -Journées de présence à entourer uniquement si type d'activité = 5</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>
<b>Structure administrative uniquement si type d'activité = 5</b> Hôpital de jour = 1 ; CATTP = 2 ; autre = 3	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>	<b>L M M J V S D</b>
<b>Mode de placement uniquement si type d'activité hospitalisation complète = 1</b> (hospitalisation libre = 1 ; hospitalisation d'office = 2 ; hospitalisation sur demande d'un tiers = 3 ; hospitalisation L348 = 4)	<b>3</b>	—	—	—
<b>Mise en chambre d'isolement uniquement si type d'activité = 1</b> (oui = 1 ; non = 2)				
<b>Echelle globale de fonctionnement uniquement si types d'activité hospitalisation complète = 1</b> hospitalisation de jour / accueil de jour = 5 (de 1 à 100)	<b>60</b>	— — —	— — —	— — —
<b>DEPENDANCE</b> uniquement si types d'activité hospitalisation complète = 1 hospitalisation de jour / accueil de jour = 5				
<b>. Alimentation (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	<b>1</b>	—	—	—
<b>. Mobilité (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	<b>1</b>	—	—	—
<b>. Continence (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	<b>1</b>	—	—	—
<b>. Habillage (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	<b>1</b>	—	—	—
<b>. Communication (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	<b>2</b>	—	—	—
<b>. Comportement (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	<b>2</b>	—	—	—
<b>Mode de scolarisation</b> Pas encore scolarisé = 1 ; Scolarisé normalement = 2 ; Scolarisé en classe spécialisée dans établissement d'enseignement = 3 ; Scolarisé en établissement d'éducation spéciale (annexe 24 médico-sociale) = 4 ; scolarisé dans l'établissement de soins = 5 ; absent de sa scolarité = 6 ; autre = 7	—	—	—	—



*1<sup>ère</sup> partie du séjour en hospitalisation complète (mode de placement : hospitalisation sur demande d'un tiers)*

Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : AMélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	014

**Résumé hebdomadaire – 2**  
**Morbidité**  
**Hospitalisation complète – hospitalisation partielle (types d'activité 1 à 5)**

	Semaine du			
	16 – 22 octobre	23 – 29 octobre	30 octobre – 5 novembre	6 – 12 novembre
Diagnostic principal	F31 . 1	--- . ---	--- . ---	--- . ---
Diagnostic associé significatif	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
Y a-t-il un diagnostic somatique significatif ? (1 = oui ; 2 = non)	2	—	—	—
Diagnostic somatique significatif	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
Diagnostic psychiatrique longitudinal	F31 . 1	--- . ---	--- . ---	--- . ---
Y a-t-il un ou des facteurs(s) environnementaux ? (1 = oui ; 2 = non)	—	—	—	—
Facteur environnemental N°1	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
Facteur environnemental N°2	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
Cause externe	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	0014

**Identifiant patient et caractéristiques démographiques, sociales, de filière de soin**

**Hospitalisation complète et partielle**

<b>Caractéristiques démographiques</b>	
Sexe (1 = masculin ; 2 = féminin)	<b>2</b>
Date naissance (jour ; mois ; année)	<b>29 02 1955</b>
Code postal de résidence	<b>80000</b>
Le patient est-il sans domicile fixe ? (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>

<b>Caractéristiques sociales à l'entrée du séjour</b>	
Situation familiale (1 = célibataire ; 2 = PACS ; 3 = marié ; 4 = veuf ; 5 = divorcé, en cours de divorce ; 0 = sans info)	<b>3</b>
Mode vie (1 = seul ; 2 = en famille ou avec des proches ; 3 = en collectivité ; 0 = sans information)	<b>2</b>
Activité (activité prof. en milieu ordinaire = 1 ; activité prof. en milieu protégé = 2 ; demand. emploi ayant déjà travaillé = 3 ; demand. emploi n'ayant jamais travaillé = 4 ; pas d'activité professionnelle et non demand. Emploi = 5 ; sans information = 0)	<b>1</b>
AAH (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
AES (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Pension d'invalidité (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
RMI (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Sauvegarde de justice (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Curatelle (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>
Tutelle (1 = OUI ; 2 = NON)	<b>2</b>

<b>Filière de soins</b>	
Ancienneté médicale (uniquement si hospitalisation complète - type d'activité 1) : date	<b>07 10 2000</b>
Année de première visite :	<b>1997</b>

<b>Type d'activité (1, 2a, 2b, 2c, 3a,3b, 3c, 4, 5) :</b>	<b>1</b>
Hospitalisation complète en unité temps plein ou SMPR y compris de semaine	1
Hospitalisation complète en centre de post-cure	2a
Hospitalisation complète en appartement thérapeutique	2b
Hospitalisation complète en centre de crise ou centre d'accueil permanent	2c
Hospitalisation complète à domicile	3a
Accueil familial thérapeutique	3b
Séjour thérapeutique	3c
Hospitalisation de nuit	4
Hospitalisation de jour, accueil de jour	5



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	014

**Mouvements**

**Uniquement si hospitalisation complète (types d'activité 1 à 3 )**

<b>Date d'entrée</b> (jour ; mois ; année) :	<b>20 10 2000</b>
<b>Mode d'entrée</b>  Par changement de mode de placement dans la même unité médicale = 4 En provenance d'un hébergement médico-social = 5 Par mutation = 6 Par transfert = 7 En provenance du domicile = 8	<b>4</b>
<b>Provenance (uniquement si mode d'entrée = mutation ou transfert)</b>  Unité de soins de courte durée = 1 Unité de soins de suite ou de réadaptation = 2 Unité de soins de longue durée = 3 Unité de psychiatrie = 4 Service d'urgence (d'établissement spécialisé ou non) = 5	—
<b>Date de sortie</b> (jour ; mois ; année)	<b>24 10 2000</b>
<b>Mode de sortie</b>  Par changement de mode de placement dans la même unité médicale = 4 Vers un hébergement médico-social = 5 Par mutation = 6 Par transfert = 7 Vers le domicile = 8 Par décès = 9	<b>8</b>
<b>Destination (uniquement si mode de sortie = mutation ou transfert)</b>  Unité de soins de courte durée = 1 Unité de soins de suite ou de réadaptation = 2 Unité de soins de longue durée = 3 Unité de psychiatrie = 4 Service d'urgence (d'établissement spécialisé ou non) = 5	—



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	0014

**Résumé hebdomadaire – 1**

**Hospitalisation complète – hospitalisation partielle (types d'activité 1 à 5)**

	Semaine du			
	16 – 22 octobre	23 – 29 octobre	30 octobre – 5 novembre	6 novembre – 12 novembre
<b>Journées de présence à entourer</b>	L M M J <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M M J V S D	L M M J V S D	L M M J V S D
<b>Demi -Journées de présence à entourer uniquement si type d'activité = 5</b>	L M M J V S D	L M M J V S D	L M M J V S D	L M M J V S D
<b>Structure administrative uniquement si type d'activité = 5</b> Hôpital de jour = 1 ; CATTP = 2 ; autre = 3	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Mode de placement uniquement si type d'activité hospitalisation complète = 1</b> (hospitalisation libre = 1 ; hospitalisation d'office = 2 ; hospitalisation sur demande d'un tiers = 3 ; hospitalisation L348 = 4)	1	1	—	—
<b>Mise en chambre d'isolement uniquement si type d'activité = 1</b> (oui = 1 ; non = 2)	—	—	—	—
<b>Echelle globale de fonctionnement uniquement si types d'activité hospitalisation complète = 1</b> hospitalisation de jour / accueil de jour = 5 (de 1 à 100)	60	60	— — —	— — —
<b>DEPENDANCE</b> uniquement si types d'activité hospitalisation complète = 1 hospitalisation de jour / accueil de jour = 5				
. Alimentation (1 ; 2 ; 3 ; 4)	1	1	—	—
. Mobilité (1 ; 2 ; 3 ; 4)	1	1	—	—
. Continence (1 ; 2 ; 3 ; 4)	1	1	—	—
. Habillage (1 ; 2 ; 3 ; 4)	1	1	—	—
. Communication (1 ; 2 ; 3 ; 4)	1	1	—	—
. Comportement (1 ; 2 ; 3 ; 4)	2	2	—	—
<b>Mode de scolarisation</b> Pas encore scolarisé = 1 ; Scolarisé normalement = 2 ; Scolarisé en classe spécialisée dans établissement d'enseignement = 3 ; Scolarisé en établissement d'éducation spéciale (annexe 24 médico-sociale) = 4 ; scolarisé dans l'établissement de soins = 5 ; absent de sa scolarité = 6 ; autre = 7	2	2	—	—



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0014
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	123
N° patient	315
N° séjour	0014

**Résumé hebdomadaire – 2**

**Morbidité**

**Hospitalisation complète – hospitalisation partielle (types d'activité 1 à 5)**

	Semaine du			
	16 – 22 octobre	23 – 29 octobre	30 octobre – 5 novembre	6 – 12 novembre
<b>Diagnostic principal</b>	F31 . 1	F31 . 1	--- . ---	--- . ---
<b>Diagnostic associé significatif</b>	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
<b>Y a-t-il un diagnostic somatique significatif ?</b> (1 = oui ; 2 = non)	2	2	—	—
<b>Diagnostic somatique significatif</b>	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
<b>Diagnostic psychiatrique longitudinal</b>	F31 . 1	F31 . 1	--- . ---	--- . ---
<b>Y a-t-il un ou des facteurs(s) environnementaux ?</b> (1 = oui ; 2 = non)	—	—	—	—
<b>Facteur environnemental N°1</b>	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
<b>Facteur environnemental N°2</b>	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---
<b>Cause externe</b>	--- . ---	--- . ---	--- . ---	--- . ---





Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315
---------------	-----------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	789
N° patient	315

**Identifiant patient, caractéristiques démographiques, sociales, de morbidité, de filière de soin**

**Traitements et cures ambulatoires, prestations sur le lieu de vie, consultations et soins  
externes, psychiatrie de liaison**

Caractéristiques démographiques	
Sexe (1 = masculin ; 2 = féminin)	2
Date naissance (jour ; mois ; année)	29 02 1955
Code postal de résidence	80000
Le patient est-il sans domicile fixe ? (1 = OUI ; 2 = NON)	2

Caractéristiques sociales (à actualiser si modification)	
Date de recueil	26 10 2000
Situation familiale (1 = célibataire ; 2 = PACS ; 3 = marié ; 4 = veuf ; 5 = divorcé, en cours de divorce ; 0 = sans info)	3
Mode vie (1 = seul ; 2 = en famille ou avec des proches ; 3 = en collectivité ; 0 = sans information)	2
Activité (activité prof. En milieu ordinaire = 1 ; activité prof. En milieu protégé = 2 ; chômeur ayant déjà travaillé = 3 ; chômeur n'ayant jamais travaillé = 4 ; pas d'activité professionnelle et pas chômeur = 5 ; sans information = 0)	1
AAH (1 = OUI ; 2 = NON)	2
AES (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Pension d'invalidité (1 = OUI ; 2 = NON)	2
RMI (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Sauvegarde de justice (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Curatelle (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Tutelle (1 = OUI ; 2 = NON)	2

Filière de soins	
Année de première visite :	1997

Morbidité (à actualiser si modification)	
Date de recueil :	26 10 2000
Diagnostic principal	F31 . 1
Diagnostic associé significatif	___ . __
Diagnostic psychiatrique longitudinal	F31 . 1
Y a-t-il un ou des facteurs(s) environnementaux ? (1 = oui ; 2 = non)	2
Facteur environnemental N°1	___ . __
Facteur environnemental N°2	___ . __
Cause externe	___ . __

[illegible]

[illegible]

Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 095
---------------	-----------------	------------------	-----------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	456
N° patient	315
N° séjour	095

**Identifiant patient et caractéristiques démographiques, sociales, de filière de soin**

**Hospitalisation complète et partielle**

<b>Caractéristiques démographiques</b>	
Sexe (1 = masculin ; 2 = féminin)	2
Date naissance (jour ; mois ; année)	29 02 1955
Code postal de résidence	80000
Le patient est-il sans domicile fixe ? (1 = OUI ; 2 = NON)	2

<b>Caractéristiques sociales à l'entrée du séjour</b>	
Situation familiale (1 = célibataire ; 2 = PACS ; 3 = marié ; 4 = veuf ; 5 = divorcé, en cours de divorce ; 0 = sans info)	3
Mode vie (1 = seul ; 2 = en famille ou avec des proches ; 3 = en collectivité ; 0 = sans information)	2
Activité (activité prof. en milieu ordinaire = 1 ; activité prof. en milieu protégé = 2 ; demand. emploi ayant déjà travaillé = 3 ; demand. emploi n'ayant jamais travaillé = 4 ; pas d'activité professionnelle et non demand. Emploi = 5 ; sans information = 0)	1
AAH (1 = OUI ; 2 = NON)	2
AES (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Pension d'invalidité (1 = OUI ; 2 = NON)	2
RMI (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Sauvegarde de justice (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Curatelle (1 = OUI ; 2 = NON)	2
Tutelle (1 = OUI ; 2 = NON)	2

<b>Filière de soins</b>	
Ancienneté médicale (uniquement si hospitalisation complète - type d'activité 1) : date	__ __ __ __ __ __
Année de première visite :	1997

<b>Type d'activité (1, 2a, 2b, 2c, 3a,3b, 3c, 4, 5) :</b>	<b>5</b>
Hospitalisation complète en unité temps plein ou SMPR y compris de semaine	1
Hospitalisation complète en centre de post-cure	2a
Hospitalisation complète en appartement thérapeutique	2b
Hospitalisation complète en centre de crise ou centre d'accueil permanent	2c
Hospitalisation complète à domicile	3a
Accueil familial thérapeutique	3b
Séjour thérapeutique	3c
Hospitalisation de nuit	4
Hospitalisation de jour, accueil de jour	5



Identification du patient :

Nom :	Prénom :	N° patient :	N° séjour
-------	----------	--------------	-----------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	_____
N° unité médicale	____
N° patient	____
N° séjour	____

**Mouvements**

**Uniquement si hospitalisation complète (types d'activité 1 à 3 )**

<b>Date d'entrée</b> (jour ; mois ; année) :	_____
<b>Mode d'entrée</b>  Par changement de mode de placement dans la même unité médicale = 4 En provenance d'un hébergement médico-social = 5 Par mutation = 6 Par transfert = 7 En provenance du domicile = 8	—
<b>Provenance (uniquement si mode d'entrée = mutation ou transfert)</b>  Unité de soins de courte durée = 1 Unité de soins de suite ou de réadaptation = 2 Unité de soins de longue durée = 3 Unité de psychiatrie = 4 Service d'urgence (d'établissement spécialisé ou non) = 5	—
<b>Date de sortie</b> (jour ; mois ; année)	_____
<b>Mode de sortie</b>  Par changement de mode de placement dans la même unité médicale = 4 Vers un hébergement médico-social = 5 Par mutation = 6 Par transfert = 7 Vers le domicile = 8 Par décès = 9	—
<b>Destination (uniquement si mode de sortie = mutation ou transfert)</b>  Unité de soins de courte durée = 1 Unité de soins de suite ou de réadaptation = 2 Unité de soins de longue durée = 3 Unité de psychiatrie = 4 Service d'urgence (d'établissement spécialisé ou non) = 5	—



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0095
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	456
N° patient	315
N° séjour	095

**Résumé hebdomadaire – 1**

**Hospitalisation complète – hospitalisation partielle (types d'activité 1 à 5)**

	Semaine du			
	16 – 22 octobre	23 – 29 octobre	30 octobre – 5 novembre	6 novembre – 12 novembre
<b>Journées de présence à entourer</b>	L M M J V S D	L M M J V S D	L M M J V S D	L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V S D
<b>Demi -Journées de présence à entourer uniquement si type d'activité = 5</b>	L M M J V S D	L M M J V S D	L M M J V S D	L M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V S D
<b>Structure administrative uniquement si type d'activité = 5</b> Hôpital de jour = 1 ; CATTP = 2 ; autre = 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L M M J V S D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L M M J V S D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L M M J V S D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 1 1 1 L M M J V S D
<b>Mode de placement uniquement si type d'activité hospitalisation complète = 1</b> (hospitalisation libre = 1 ; hospitalisation d'office = 2 ; hospitalisation sur demande d'un tiers = 3 ; hospitalisation L348 = 4)	—	—	—	—
<b>Mise en chambre d'isolement uniquement si type d'activité = 1</b> (oui = 1 ; non = 2)				
<b>Echelle globale de fonctionnement uniquement si types d'activité hospitalisation complète = 1</b> hospitalisation de jour / accueil de jour = 5 (de 1 à 100)	— — —	— — —	— — —	75
<b>DEPENDANCE</b> uniquement si types d'activité hospitalisation complète = 1 hospitalisation de jour / accueil de jour = 5				
<b>. Alimentation (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	1
<b>. Mobilité (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	1
<b>. Continence (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	1
<b>. Habillage (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	1
<b>. Communication (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	1
<b>. Comportement (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	1
<b>Mode de scolarisation</b> Pas encore scolarisé = 1 ; Scolarisé normalement = 2 ; Scolarisé en classe spécialisée dans établissement d'enseignement = 3 ; Scolarisé en établissement d'éducation spéciale (annexe 24 médico-sociale) = 4 ; scolarisé dans l'établissement de soins = 5 ; absent de sa scolarité = 6 ; autre = 7	—	—	—	—



Identification du patient :

Nom : MEUNIER	Prénom : Amélie	N° patient : 315	N° séjour : 0095
---------------	-----------------	------------------	------------------

A découper

**PMSI PSYCHIATRIE**  
**TEST RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**  
**16 octobre – 12 novembre 2000**

N° FINESS	123456789
N° unité médicale	456
N° patient	315
N° séjour	0095

## Résumé hebdomadaire – 2

## Morbidité

## Hospitalisation complète – hospitalisation partielle (types d'activité 1 à 5)

	Semaine du			
	16 – 22 octobre	23 – 29 octobre	30 octobre – 5 novembre	6 – 12 novembre
<b>Diagnostic principal</b>	----.---	----.---	----.---	<b>F31 . 1</b>
<b>Diagnostic associé significatif</b>	----.---	----.---	----.---	----.---
<b>Y a-t-il un diagnostic somatique significatif ?</b> (1 = oui ; 2 = non)	—	—	—	<b>2</b>
<b>Diagnostic somatique significatif</b>	----.---	----.---	----.---	----.---
<b>Diagnostic psychiatrique longitudinal</b>	----.---	----.---	----.---	<b>F31 . 1</b>
<b>Y a-t-il un ou des facteurs(s) environnementaux ?</b> (1 = oui ; 2 = non)	—	—	—	<b>2</b>
<b>Facteur environnemental N°1</b>	----.---	----.---	----.---	----.---
<b>Facteur environnemental N°2</b>	----.---	----.---	----.---	----.---
<b>Cause externe</b>	----.---	----.---	----.---	----.---