



MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DES HOPITAUX  
8, avenue de Ségur  
75350 PARIS 07 SP  
Sous-Direction des Systèmes d'Information  
et des Investissements Immobiliers  
DH / PMSI / lesbordereaux.doc  
Personne chargée du dossier  
Magali RINEAU  
tél : 01 - 40 - 56 - 51 - 97  
fax : 01 - 40 - 56 - 50 - 37  
email : rineau@moka.ccr.jussieu.fr

*REPUBLIQUE FRANCAISE*

# **FORMATION PMSI PSYCHIATRIE**

## **TEST FAISABILITE RECUEIL D'INFORMATION STANDARD**

***16 OCTOBRE – 12 NOVEMBRE 2000***

**LES BORDEREAUX**



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	____

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

**Hospitalisation complète et partielle**

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

<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)	__
Mode vie (1 = seul ; 2 = en famille ou avec des proches ; 3 = en collectivité ; 0 = sans information)	__
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)	
AAH (1 = OUI ; 2 = NON)	
AES (1 = OUI ; 2 = NON)	
Pension d'invalidité (1 = OUI ; 2 = NON)	
RMI (1 = OUI ; 2 = NON)	
Sauvegarde de justice (1 = OUI ; 2 = NON)	
Curatelle (1 = OUI ; 2 = NON)	
Tutelle (1 = OUI ; 2 = NON)	

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

<b>Type d'activité (1, 2a, 2b, 2c, 3a,3b, 3c, 4, 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	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	_____

**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>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>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>. Mobilité (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	—
<b>. Continence (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	—
<b>. Habillage (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	—
<b>. Communication (1 ; 2 ; 3 ; 4)</b>	—	—	—	—
<b>. Comportement (1 ; 2 ; 3 ; 4)</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	—	—	—	—



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	____

**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>Diagnostic associé significatif</b>	____.____	____.____	____.____	____.____
<b>Y a-t-il un diagnostic somatique significatif ?</b> (1 = oui ; 2 = non)	—	—	—	—
<b>Diagnostic somatique significatif</b>	____.____	____.____	____.____	____.____
<b>Diagnostic psychiatrique longitudinal</b>	____.____	____.____	____.____	____.____
<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	Prénom	N° patient
-----	--------	------------

A découper

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

N° FINESS	_____
N° unité médicale	_____
N° patient	_____

**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)	__
Date naissance (jour ; mois ; année)	____
Code postal de résidence	_____
Le patient est-il sans domicile fixe ? (1 = OUI ; 2 = NON)	__

Caractéristiques sociales (à actualiser si modification)	
Date de recueil	____
Situation familiale (1 = célibataire ; 2 = PACS ; 3 = marié ; 4 = veuf ; 5 = divorcé, en cours de divorce ; 0 = sans info)	__
Mode vie (1 = seul ; 2 = en famille ou avec des proches ; 3 = en collectivité ; 0 = sans information)	__
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)	__
AAH (1 = OUI ; 2 = NON)	__
AES (1 = OUI ; 2 = NON)	__
Pension d'invalidité (1 = OUI ; 2 = NON)	__
RMI (1 = OUI ; 2 = NON)	__
Sauvegarde de justice (1 = OUI ; 2 = NON)	__
Curatelle (1 = OUI ; 2 = NON)	__
Tutelle (1 = OUI ; 2 = NON)	__

Filière de soins	
Année de première visite :	____

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

[illegible]

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