| Pôle LETSService Architecture et Production Informatique117, Bd Marius Vivier Merle69482 LYON Cedex 3E-Mail : mailing-pmsi@atih.sante.frTél. : +33 (04 37 91 33 10) |
| --- |



PMSI - HAD

Référentiel des Formats

Sommaire

[Objet de ce document 3](#_Toc365639211)

[Description des Formats 3](#_Toc365639212)

[RAPSS 4](#_Toc365639213)

[ANO 15](#_Toc365639214)

[FICHCOMPA Ex-DGF 18](#_Toc365639215)

[Médicament (extension de fichier .med) 18](#_Toc365639216)

[ANNEXES 20](#_Toc365639217)

[Annexe 1 Référentiel « GHPC » 20](#_Toc365639218)

[Annexe 2 Référentiel « Mode de prise en charge » 20](#_Toc365639219)

[Liste des codes MPP, MPA, MPD 20](#_Toc365639220)

[Mode de prise en charge principal (MPP) 24](#_Toc365639221)

[Mode de prise en charge associé (MPA) 24](#_Toc365639222)

[Annexe 3 Référentiel « Codes erreurs de groupage et complémentaires» 25](#_Toc365639223)

[Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements » 32](#_Toc365639224)

[Mode d’entrée 32](#_Toc365639225)

[Mode de sortie 32](#_Toc365639226)

[Provenance 33](#_Toc365639227)

[Destination 33](#_Toc365639228)

[Annexe 5. Référentiel « Indice Karnofsky » 34](#_Toc365639229)

[Annexe 6. Référentiel «  Activité d’un acte CCAM » 35](#_Toc365639230)

[Texte(s) de référence 36](#_Toc365639231)

#

# Objet de ce document

Ce document permet de présenter les formats des fichiers utilisés dans le PMSI concernant le champ HAD.

Les Référentiels sont décrits en Annexes.

# Description des Formats

Les structures d’HAD transmettent les fichiers de résumés anonymes par sous séquence (RAPSS) ainsi que les fichiers de chaînage à l’agence régionale de santé (ARS).

Le logiciel PAPRICA génère le fichier « ANO-RAPSS » qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d’être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI.

Il produit :

* les fichiers anonymes correspondants (RAPSS, FICHCOMPA)
* un fichier de chainage qui établit une correspondance entre chaque numéro anonyme
* un enregistrement anonyme par l’intermédiaire d’un numéro d’index.

## RAPSS

Le recueil HAD correspond à un descriptif médical de l’activité par sous-séquence (Résumé Anonymisé Par Sous-Séquence- RAPSS). Les sous-séquences d’une même séquence de soins sont définies arbitrairement par l’établissement pour une nécessité d’une flexibilité de la facturation. Ainsi, un séjour en HAD est fait d’une suite de séquences de soins, elles-mêmes décomposées en sous-séquences. Selon cette définition, l’entièreté des RAPSS d’un séjour non terminé et/ou non commencé dans l’année n’est pas contenue dans le fichier RAPSS d’une seule année.

La durée de séjour :

* pour les séjours non tronqués (i.e. le dernier RAPSS du séjour a été transmis), la durée de séjour est celle indiquée dans le RAPSS retenu. Cette durée a été calculée automatiquement lors de l’anonymisation comme la différence entre la date de sortie et la date d’entrée du séjour. Le caractère non tronqué est défini par les indicateurs de dernière séquence du séjour et dernière sous séquence de la séquence simultanément à 1 (=oui) ou encore, à partir de 2010, dernière sous séquence du séjour à 1 (=oui). Ces indicateurs sont calculés automatiquement au moment de l’anonymisation. La cohérence de ces indicateurs est contrôlée depuis 2010.
* Pour les séjours tronqués (i.e. le dernier RAPSS du séjour n’est pas encore disponible, en pratique l’indicateur dernière sous séquence de la séquence à 2 (=non) ou dernière sous séquence du séjour à 2 (=non)), la durée de séjour nécessite certains calculs supplémentaires via le nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour, le nombre de journées entre le début de la sous séquence et le début de la séquence ainsi que le nombre de journées de la sous séquence.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libellé  | Début | Fin | Taille | Description |
| Numéro FINESS de l’entité juridique | 1 | 9 | 9 |  Répertoire national des établissements sanitaires et sociaux <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| Numéro de version du format de RAPSS | 10 | 12 | 3 | H26 (inscrit par PAPRICA) |
| Numéro FINESS de l’établissement (code géographique) | 13 | 21 | 9 |  Répertoire national des établissements sanitaires et sociaux <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| Numéro séquentiel d'entrée | 22 | 26 | 5 | Calculé par PAPRICANuméro séquentiel de séjour en HAD (différent du numéro de séjour généré par l’établissement de santé) ;  |
| N° séquentiel de facture | 27 | 31 | 5 | Calculé par PAPRICAIl s’agit du numéro de la facture saisi dans l’enregistrement « A » Début de facture du RSF associé au RPSS. Présent uniquement pour les ex-OQN. A vide pour les ex-DGF |
| Séjour facturable à l'assurance maladie | 32 | 32 | 1 | Pour les ex-OQN uniquement :

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | Non. Séjour non facturable à l’assurance maladie |
| 1 | Oui. Séjour facturable à l’assurance maladie |
| 2 | En attente de décision quant au taux de prise en charge du patient |
| 3 | En attente de décision quant aux droits du patient |

 |
| Motif de la non facturation à l'assurance maladie | 33 | 33 | 1 |  Elle doit être renseignée lorsque la variable Séjour facturable à l’assurance maladie est codée « 0 » (séjour non facturable à l’assurance maladie).

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Patient bénéficiant de l’aide médicale de l’État (AME) |
| 2 | Patient bénéficiant d’une convention internationale |
| 3 | Patient payant |
| 4 | Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles) |
| 9 | Autres situations |

  |
| Âge en années | 34 | 36 | 3 | calculé par PAPRICA : A partir du 01/01/2012, ce n’est plus la date d’entrée qui est utilisée pour le calcul de l’âge mais la date de début de la sous-séquence

|  |  |
| --- | --- |
| 3 espaces vides | « Date de début de sous-séquence moins Date de naissance » (en années complètes) =0 |
| Date d’entrée moins Date de naissance  | « Date de début de sous-séquence moins Date de naissance » (en années complètes) >0 |

  |
| Âge en jours | 37 | 39 | 3 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 3 espaces vides | « Date de début de sous-séquence moins Date de naissance » (en années complètes) >= 1**Ou** « Date de début de sous-séquence moins Date de naissance » (en nombre de jours) = 0 |
| « 000 » | « Date de début de sous-séquence moins Date de naissance » (en années complètes) = 0**ET**« Date de début de sous-séquence moins Date de naissance » (en nombre de jours) = 0 |
| Date de début de sous-séquence moins Date de naissance  (en nombre de jours) | « Date de début de sous-séquence moins Date de naissance » (en années complètes) = 0  |

  |
| Sexe du patient | 40 | 40 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | Homme |
| 1 | Femme |

  |
| Code géographique | 41 | 45 | 5 | calculé par PAPRICA en fonction du code postal du domicile du patient, ou du lieu des soins si le patient reçoit les soins ailleurs qu’à son domicile (chez l’un de ses enfants par exemple) ; le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés |
| Type de lieu de domicile du patient | 46 | 46 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Domicile personnel du patient |
| 2 | Autre domicile |
| 3 | Janvier à Août : Établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)A partir de septembre (M9), deux types d’hébergement :* ES : Etablissement social
* EMS : Etablissement médico-social incluant les EHPAD.

Notice technique PMSI 2013 incluant une partie sur le recueil de l’HAD 2012 :<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E0002CFF> |

Un changement de type de lieu de domicile impose un changement de sous séquence. |
| Numéro FINESS EHPA | 47 | 55 | 9 |

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS de l’établissement | type domicile = 3  |
| 9 espaces | type domicile ≠ 3 |

 |
| Nombre de journées dans le séjour | 56 | 59 | 4 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 4 espaces à vide | Dates incorrectes **OU** date de sortie moins date d’entrée +1 <= 0 |
| date de sortie moins date d’entrée +1 | date de sortie moins date d’entrée +1 > 0 |

 |
| Mode d’entrée | 60 | 60 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | Mutation |
| 7 | Transfert |
| 8 | Domicile |

Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Provenance | 61 | 61 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Entrée par transfert ou par mutation de MCO |
| 2 | Entrée par transfert ou par mutation de SSR |
| 3 | Entrée par transfert ou par mutation d’une unité de soins longue durée |
| 4 | Entrée par transfert ou par mutation de PSY |
| 6 | Entrée par transfert ou par mutation de HAD |
| 7 | mode d’entrée « domicile » d’une structure d'hébergement médicosociale |
| 8 | mode d’entrée « domicile » et prise en charge par un SSIAD |
| espace | Autres situations de mode d’entrée « domicile » |

Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Mode de sortie | 62 | 62 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | Mutation |
| 7 | Transfert |
| 8 | Domicile |
| 9 | Décès |

Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Destination | 63 | 63 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | sorties par transfert ou par mutation vers MCO |
| 2 | sorties par transfert ou par mutation vers SSR |
| 3 | sorties par transfert ou par mutation vers une unité de soins de longue durée |
| 4 | sorties par transfert ou par mutation vers PSY |
| 6 | sorties par transfert ou par mutation vers HAD |
| 7  | mode de sortie « domicile » vers une structure d'hébergement médicosociale |
| 8 | mode de sortie « domicile » et prise en charge par un SSIAD |
| espace | * Autres situations de mode de sortie « domicile »
* mode de sortie « Décès »
* mode de sortie non renseigné
 |

Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Mois de la date de sortie du séjour | 64 | 65 | 2 |

|  |  |
| --- | --- |
| 2 espaces | Séjour non terminé |
| 01 à 12 | Séjour terminé |

  |
| Année de la date de sortie du séjour | 66 | 69 | 4 |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 espaces | Séjour non terminé |
| « AAAA » | Séjour terminé |

  |
| Numéro de la séquence dans le séjour | 70 | 73 | 4 | calculé par PAPRICAIl s’agit d’un numéro séquentiel initialisé à 1 à chaque nouveau séjour et qui s’incrémente de « 1 » à chaque séquence |
| Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour | 74 | 77 | 4 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 4 espaces | Dates incorrectes **OU** « Date de début de séquence moins Date d’entrée » < 0 |
| « date de début de séquence moins date d’entrée » | « Date de début de séquence moins Date d’entrée » >= 0 |

  |
| Nombre de journées dans la séquence  | 78 | 81 | 4 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 4 espaces | Dates incorrectes **OU** « date de fin de séquence moins date de début de séquence +1 » <= 0 |
| « date de fin de séquence moins date de début de séquence +1 » | « date de fin de séquence moins date de début de séquence +1 » > 0 |

  |
| Dernière séquence | 82 | 82 | 1 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | « date de fin de séquence = date de sortie » et« date de fin de séquence » différent de blanc |
| 2 | « date de fin de séquence != date de sortie » ou« date de fin de séquence » = blanc |

  |
| Mois de la date de fin de la séquence | 83 | 84 | 2 |

|  |  |
| --- | --- |
| 2 espaces | Séquence  non terminé |
| 01 à 12 | Séquence  terminé |

  |
| Année de la date de fin de la séquence | 85 | 88 | 4 |

|  |  |
| --- | --- |
| 4 espaces | Séquence  non terminé |
| « AAAA » | Séquence  terminé |

  |
| Mode de prise en charge principal | 89 | 90 | 2 |  De 01 à 24. Le mode de prise en charge principal (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments.Cf. [Annexe 2 Référentiel « Mode de prise en charge »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Mode de prise en charge associé | 91 | 92 | 2 |  De 00 à 25 (le 22 est interdit). Si le patient a bénéficié d’un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé (MPA). S’il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.L’association MPP x MPA doit être autorisée.Cf. [Annexe 2 Référentiel « Mode de prise en charge »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Mode de prise en charge associé documentaire 1 | 93 | 94 | 2 |  De 00 à 28. Si le patient a bénéficié de plus de deux modes de prise en charge, ceux qui ne sont pas retenus comme principal et associé peuvent être enregistrés comme modes de prise en charge documentaires (MPD) Il est possible de renseigner jusqu’à 5 MPD. S’il en existe davantage, il convient de les renseigner par ordre décroissant en termes de consommation de ressources.Cf. [Annexe 2 Référentiel « Mode de prise en charge »](#_Annexe_2_Référentiel_1)    |
| Mode de prise en charge associé documentaire 2 | 95 | 96 | 2 |
| Mode de prise en charge associé documentaire 3 | 97 | 98 | 2 |
| Mode de prise en charge associé documentaire 4 | 99 | 100 | 2 |
| Mode de prise en charge associé documentaire 5 | 101 | 102 | 2 |
| Cotation dépendance selon Karnofsky (indice de Karnofsky) | 103 | 105 | 3 |  de 010 à 100. L’indice de Karnofsky (IK) est un indicateur d’état de santé global qui s’apparente à une échelle synthétique de qualité de vie. L’IK mesure sur une échelle de 0 (décès) à 100 % (autonomie complète) la dépendance fonctionnelle du sujet selon l’aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu’il requiert. Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %)IK doit être inférieur au seuil maximal défini pour la combinaison MPP x MPA.IK doit être supérieur au seuil minimal défini pour la combinaison MPP x MPACf. [Annexe 5. Référentiel « Indice Karnofsky »](#_Annexe_3._Référentiel) |
| Filler | 106 | 110 | 5 |  5 espaces |
| Confirmation de codage | 111 | 111 | 1 |  <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00026FF> |
| Nombre de diagnostics liés au MPP (n1) | 112 | 112 | 1 |  <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00026FF> |
| Nombre de diagnostics liés au MPA (n2) | 113 | 113 | 1 |  <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00026FF> |
| Nombre de diagnostics associés (n3) | 114 | 115 | 2 |   |
| Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette | 116 | 116 | 1 |   Score de dépendance aux activités de la vie quotidienne.

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | indépendance vis-à-vis de tiers |
| 2 | supervision ou arrangement par un tiers |
| 3 | assistance partielle par un tiers |
| 4 | assistance totale par un tiers (détail de la cotation en annexe des guides méthodologiques de production du PMSI) |

     |
| Cotation dépendance AVQ, locomotion | 117 | 117 | 1 |
| Cotation dépendance AVQ, alimentation | 118 | 118 | 1 |
| Cotation dépendance AVQ, continence | 119 | 119 | 1 |
| Cotation dépendance AVQ, comportement | 120 | 120 | 1 |
| Cotation dépendance AVQ, relation | 121 | 121 | 1 |
| Numéro de sous séquence | 122 | 125 | 4 | Il s’agit d’un numéro séquentiel initialisé à « 1 » à chaque nouvelle séquence et qui s’incrémente de 1 à chaque sous séquence. Il est généré par le logiciel de saisie des informations. |
| Mois de sortie de la sous séquence | 126 | 127 | 2 | calculé par PAPRICAà partir de la date de fin de la sous-séquence dans le RPSS |
| Année de sortie de la sous séquence | 128 | 131 | 4 | calculé par PAPRICAà partir de la date de fin de la sous-séquence dans le RPSS |
| Nombre de journées entre le début de la sous séquence et le début de la séquence | 132 | 135 | 4 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 4 espaces | Dates incorrectes **OU** « Date de début de sous séquence moins Date d’entrée de début de séquence » < 0 |
| « Date de début de sous séquence moins Date d’entrée de début de séquence » | « Date de début de sous séquence moins Date d’entrée de début de séquence » >= 0 |

  |
| Nombre de journées de la sous séquence | 136 | 139 | 4 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 4 espaces | Dates incorrectes **OU** « Date de fin de sous séquence moins Date de début de sous séquence +1 » <= 0 |
| « Date de fin de sous séquence moins Date de début de sous séquence +1 » | « Date de fin de sous séquence moins Date de début de sous séquence +1 » > 0 |

  |
| Dernière sous séquence de la séquence | 140 | 140 | 1 | calculé par PAPRICA

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | « Date de fin de sous séquence » = « Date de séquence » et « Date de fin de sous séquence » différent de blanc |
| 2 | « Date de fin de sous séquence » != « Date de séquence » ou « Date de fin de sous séquence » = blanc |

  |
| Dernière sous séquence du séjour | 141 | 141 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | « Date de fin de sous séquence » = « Date de séjour » et « Date de fin de sous séquence » différent de blanc |
| 2 | « Date de fin de sous séquence » != « Date de séjour » ou « Date de fin de sous séquence » = blanc |

 La valeur est celle du RPSS |
| Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa) | 142 | 144 | 3 |   |
| Diagnostic n°1 lié au MPP |   |   | 6 | Diagnostics codés en CIM-10. (Cf. [Nomenclature CIM10](http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=456))Les diagnostics associés comprennent les affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux…) coexistant avec le diagnostic principal et pris en charge par l’équipe d’HAD. Ils sont codés selon la plus récente mise à jour de la CIM–10.A noter que certains DA comptent huit caractères, les 7e et 8e ne sont pas exportés dans le RAPSS dont le format est limité à 6, les informations ne sont donc connues que de l'établissement HAD et exploitables que par lui.…  |
| Diagnostic n°2 lié au MPP |   |   | 6 |
|  … |   |   | 6 |
| Diagnostic n° n1 lié au MPP |   |   | 6 |
| Diagnostic n° 1 lié au MPA |   |   | 6 |
|  … |   |   | 6 |
| Diagnostic n° n2 lié au MPA |   |   | 6 |
| Diagnostic associé n° 1 |   |   | 6 |
| … | … | … | … |
| Diagnostic associé n° n3 |   |   | 6 |
| Acte CCAM n° 1 | Délai depuis le début de la sous séquence |   |  | 4 |

|  |  |
| --- | --- |
|  4 espaces | Date de réalisation de l’acte non renseignéeouDate de début de sous séquence non renseignée |
| « Date de réalisation de l’acte moins Date de début de sous séquence » | Date de réalisation de l’acte renseignéeetDate de début de sous séquence renseignée |

  |
| Code de l'acte |   |  | 7 | Cf. [AMELI : Consultation CCAM](http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/consultation-par-chapitre.php)(sept caractères alphanumériques)A chaque libellé de la CCAM correspond un code à 7 caractères : les 4 premiers sont signifiants (topographie, action, mode d'accès et/ou technique), les 3 derniers constituent un compteur aléatoire.Les actes médicotechniques sont enregistrés dans le RPSS sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Tous doivent être répertoriés s'ils sont effectués pendant le séjour quel que soit le lieu de leur réalisation (domicile, cabinet médical libéral, établissement de santé public ou privé en "externe" ou en hospitalisation de jour ou de nuit). |
| Code de la phase |   |  | 1 | La phase est presque toujours « 0 » (seul un petit nombre d’actes connaissent une réalisation en phases distinctes).Pour info : certains actes obligent à recourir à des épisodes successifs et complémentaires les uns des autres, réalisés à des moments différents. Chacun est un élément de la réalisation de l’acte global désigné par le libellé ; il est dénommé phase de traitement. Chaque phase est repérée par un code supplémentaire indiqué devant le sous libellé correspondant au geste pratiqué lors de cet épisode. [Page 27 / 90 de la Mise à jour du Guide de lecture et de codage de la CCAM](http://www.atih.sante.fr/?id=0003200020FF) |
| Code de l'activité |   |  | 1 | Le code Activité de 1 à 5 souligne la nature du geste, il permet de repérer la part incombant à chacun des professionnels participant à la réalisation d’un acte ou d’un geste complémentaire. Il s’agit d’un code numérique sur un caractère. Il est constant et de renseignement obligatoire.Cf. [Annexe 6. Référentiel « Activité d’un acte CCAM »](#_Annexe_12._Référentiel) |
| Extension documentaire |   |  | 1 | Code alphanumérique sur une position, il permet de fournir un niveau de détail supplémentaire sur les modalités d’exécution de l’acte, dans la mesure où celles-ci ne modifient pas les moyens mis en œuvre. Il n’existe que pour certains libellés.Sa saisie est facultative. Ces codes ne sont pas utilisables pour les gestes d’anesthésie, qui ont leurs propres codes d’Extension documentaire. Qu’ils soient repérés par le code Activité 4 ou par un code de geste complémentaire, tous les gestes d’anesthésie générale ou locorégionale autorisent en effet l’adjonction d’un des codes d’Extension documentaire suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | anesthésie générale |
| 2 | anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale |
| 3 | anesthésie locorégionale subarachnoïdienne [rachianesthésie] |
| 4 | anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire |
| 5 | anesthésie locorégionale intraveineuse |
| 6 | anesthésie générale avec anesthésie locorégionale |

  |
| Nombre de réalisations |   |  | 2 |  le nombre de réalisations de l’acte pendant la séquence |
| Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sous séquence |   |  | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

 |
| … |   | … |  | … | … |
| Acte CCAM n° NbZa | Délai depuis le début de la sous séquence |   |  | 4 |   |
| Code de l'acte |   |  | 7 |   |
| Code de la phase |   |  | 1 |   |
| Code de l'activité |   |  | 1 |   |
| Extension documentaire |   |  | 1 |   |
| Nombre de réalisations |   |  | 2 |   |
| Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sous séquence |   |  | 1 |  |
| Numéro de version du format du RPSS |   |   | 3 |  H04 non groupé ou H14 groupé |
| Groupage établissement : version de la classification |   |   | 2 | peut être vide |
| Groupage établissement : code retour |   |   | 3 | peut être vide |
| Groupage établissement : n° du GHPC |   |   | 4 | peut être vide |
| Groupage établissement : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4) |   |   | 1 | peut être vide |
| Groupage établissement : n° du GHT |   |   | 2 |  peut être vide |
| Groupage établissement : nombre de jours |   |   | 3 |  peut être vide |
| … | … | … | … |   |
| Groupage établissement : n° du GHT |   |   | 2 |  peut être vide |
| Groupage établissement : nombre de jours |   |   | 3 |  peut être vide |
| Groupage PAPRICA : version de la classification |   |   | 2 | inscrit par PAPRICA05 |
| Groupage PAPRICA : code retour |   |   | 3 | inscrit par PAPRICACf. [Annexe 3 Référentiel « Codes erreurs de groupage et complémentaires»](#_Annexe_3_Référentiel_2) |
| Groupage PAPRICA : n° du GHPC |   |   | 4 | inscrit par PAPRICAPar groupage, on entend le classement du RPSS dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC)Cf. [Guide Méthodologique : Appendice C – Caractéristiques des groupes homogènes de prise en charge](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120007_0001_p000.pdf)« 9999 » : Si erreur détectée par la Fonction de Groupage |
| Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4) |   |   | 1 | inscrit par PAPRICA peut-être vide {1, 2, 3, 4}La classification des GHT prend en compte la durée de prise en charge au sein d’une séquence de soins, sous la forme de tranches de durée de prise en charge.

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Du 1er au 4e jour |
| 2 | Du 5e au 9e jour |
| 3 | Du 10e au 30e jour |
| 4 | Au-delà du 30e jour |

  |
| Groupage PAPRICA : n° du GHT |   |   | 2 | inscrit par PAPRICA 01 à 31 Par groupage*,* on entend le classement de chacune des journées de la sous séquence dans un groupehomogène de tarifs (GHT)« 99 » : Si erreur détectée par la Fonction de Groupage |
| Groupage PAPRICA : nombre de jours |   |   | 3 | inscrit par PAPRICA |
| … | … | … | … | …  |
| Groupage PAPRICA : n° du GHT |   |   | 2 | inscrit par PAPRICA |
| Groupage PAPRICA : nombre de jours |   |   | 3 | inscrit par PAPRICA |

## ANO

Ce fichier nommé « ANO » qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l’assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP et le fichier de chainage anonyme.

Le chaînage anonyme repose sur la génération d’un numéro non signifiant, elle se fait localement dans les établissements à partir d’informations disponibles au cours des soins (n° d’assuré social de l’ouvrant droit, date de naissance et sexe du patient), et automatiquement au moyen d’un logiciel intégrant la fonction d’occultation des informations nominatives et mis à disposition des établissements. Cette information est transmise avec les fichiers PMSI.

La jointure de la clé de chaînage et du numéro de séjour aux résumés PMSI se fait en utilisant les informations n° FINESS et numéro séquentiel PMSI, ce par année et champ PMSI, le numéro séquentiel étant spécifique à ces deux dernières informations. Le chaînage permet de relier entre eux les résumés PMSI anonymes correspondant à un même patient. L’utilisation de ce fichier permet des études sur des trajectoires de soins pour une population ou pour une pathologie, et sur la consommation de médicaments ou l’implantation de dispositifs médicaux.

Le fichier RAPSS contient autant de lignes que de sous-séquences, alors que le fichier de chaînage est composé d’une seule ligne pour l’ensemble des RAPSS composant un séjour d’un patient dans l’année.

*Cas particulier : des jumeaux de même sexe, qu’ils soient ou non monozygotes, car nés le même jour avec le même ayant droit et donc, par construction, avec le même numéro anonyme (0,7% des naissances).*

Il conviendra d’en tenir compte lors de l’analyse des trajectoires.

Une aide à l’utilisation des informations du chaînage est disponible en ligne <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009700001FF>

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libellé | **Début** | **Fin** | **Taille** | **Description** |
| N° FINESS de l'entité juridique | 1 | 9 | 9 |  Répertoire national des établissements sanitaires et sociaux <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| N° FINESS de l'établissement (code géographique) | 10 | 18 | 9 |  Répertoire national des établissements sanitaires et sociaux <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp>Le FINESS 2 existe pour permettre aux établissements publics de renseigner le FINESS géographique |
| N° format | 19 | 21 | 3 |   |
| N° format VID-HOSP | 22 | 24 | 3 |   |
| Mois de sortie | 25 | 26 | 2 | Le mois (01 à 12) et l’année (AAAA) sont ceux d’entrée pour l’HAD |
| Année de sortie  | 27 | 30 | 4 |
| Code retour contrôle « n° immatriculation assuré  » | 31 | 31 | 1 |  Résultat du contrôle de la variable " n° de sécurité sociale ".

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | RAS |
| 1 | Format incorrect |
| 2 | Utilisation de la valeur manquante (« XXXXXXXXXXXXX ») |
| 3 | N° non-conforme suite au contrôle de clé |

  |
| Code retour contrôle « date de naissance » | 32 | 32 | 1 |  Résultat du contrôle de la variable " date de naissance ".

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | RAS |
| 1 | format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) |
| 2 | Utilisation de la valeur manquante (« XXXXXXXX ») |

  |
| Code retour contrôle « sexe » | 33 | 33 | 1 |  Résultat du contrôle de la variable " sexe ". Les valeurs possibles

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | RAS |
| 1 | valeur non autorisée (*1 masculin, 2 féminin*) |
| 2 | Utilisation de la valeur manquante (« X ») |

  |
| Code retour contrôle « n° d’identification administratif de séjour » | 34 | 34 | 1 |  Résultat du contrôle de la variable " n° d’identification administratif de séjour ".

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | RAS |
| 1 | non renseigné (20 caractères espace) |

  |
| Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI » | 35 | 35 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | pas de problème à signaler |
| 1 | présence d’une erreur A20 ou A20B |
| 2 | présence d’une erreur C10 |
| 3 | présence d’une erreur (A20 OU A20B) ET C10 |

  |
| Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI » | 36 | 36 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 0 | pas de problème à signaler |
| 1 | présence d’une erreur A10 ou A10B |

  |
| Code retour contrôle « date de référence» (date d’entrée) | 37 | 37 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
|  0 | pas de problème à signaler |
| 1 | erreur dans le format de la date de référence |
| 2 | date de référence inutilisable car trop ancienne (*antérieure à 1990*) |

  |
| N° anonyme | 38 | 54 | 17 | Le numéro anonyme ou clé de chaînage est le résultat du hachage du numéro de sécurité sociale, date de naissance et sexe de chaque patient pris en charge. En cas d’absence de jointure avec les résumés médicaux, la clé de chaînage est forcée à la valeur xxxxxxxxxxxxxxxx. Dans tous les autres cas, y compris ceux où des anomalies sur les informations à l’origine de la clé de chaînage sont détectées, un numéro anonyme ou clé de chaînage figure dans les fichiers. Il convient donc, pour les calculs statistiques utilisant le numéro anonyme, de ne prendre en compte que les clés de chaînage pour lesquelles les 6 premiers « codes retour » sont à 0 (= absence d’anomalie) Il conviendra en outre de vérifier la cohérence de l’âge et du sexe pour les numéros anonymes figurant sur les résumés PMSI associés pour analyse statistique. |
| N° de séjour | 55 | 59 | 5 | Le numéro de séjour est le délai en jours entre une date de référence fictive déduite de la clé de chaînage issue du premier hachage et le début de séjour. N'est pas calculé si erreur sur 6e et 7e code retour et dans ce cas XXXXX. La date de référence est constante pour une même clé de chaînage. Permet d'ordonner chronologiquement les séjours qui sont associés à une même clé, ce dans la mesure où l’ensemble des 7 codes retours n’indique pas d’anomalie.Pour un patient admis lors d’une année antérieure, le « numéro de séjour » correspond au jour d’admission.<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009700001FF> |
| N° séquentiel de séjour HAD/Numéro séquentiel d'entrée | 60 | 64 | 5 | Le numéro séquentiel renvoie au numéro séquentiel figurant dans les résumés de PMSI anonymes de séjours, semaines ou séquences. Les logiciels d’anonymisation des résumés remplacent le numéro administratif de séjour par un numéro d’ordre, le numéro séquentiel PMSI, qui permet de relier des fichiers complémentaires aux résumés PMSI médicaux. L’anonymisation étant réalisée par chaque établissement, séparément pour chaque champ PMSI, et pour une période d’activité limitée à une année civile, le numéro séquentiel PMSI est par conséquence relatif à ces trois éléments. Ainsi pour joindre l'information de chaînage aux résumés PMSI anonymes, il conviendra de combiner cette information au numéro FINESS, ce séparément pour chaque champ PMSI et année d'activité. |

## FICHCOMPA Ex-DGF

L’anonymisation de FICHCOMP est à l’origine du fichier FICHCOMPA. La production de FICHCOMPA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l’information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – PAPRICA – que celui qui est à l’origine du *résumé anonyme par sous séquence.* Les fichiers FICHCOMPA sont transmis mensuellement à l’agence régionale de santé.

Fichier de suivi de consommation par patient des médicaments :

* Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP) hors ATU (Autorisation Temporaire d’Utilisation) =>seul le format 06 est accepté.

### Médicament (extension de fichier .med)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libellé des variables | Début | Fin | Taille | Description |
| N° FINESS | 1 | 9 | 9 | Répertoire national des établissements sanitaires et sociaux <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| Type de prestation | 10 | 11 | 2 | 06 |
| Année période | 12 | 15 | 4 | AAAA (Année de traitement du fichier) |
| N° période (mois) | 16 | 17 | 2 | 01 à 12 (Mois de traitement du fichier) |
| Numéro séquentiel de séjour d'HAD | 18 | 22 | 5 |  calculé par PAPRICA, numéro séquentiel de séjour en HAD (différent du numéro de séjour généré par l’établissement de santé) |
| Numéro de la séquence dans le séjour | 23 | 26 | 4 | Calculé par PAPRICAIl s’agit d’un numéro séquentiel initialisé à 1 à chaque nouveau séjour et qui s’incrémente de « 1 » à chaque séquence |
| Numéro de sous-séquence | 27 | 30 | 4 | Il s’agit d’un numéro séquentiel initialisé à « 1 » à chaque nouvelle séquence et qui s’incrémente de 1 à chaque sous séquence. Il est généré par le logiciel de saisie des informations. |
| Nombre de séjours impliqués | 31 | 36 | 6 |  Nombre de séjours d’un patient enregistré sous un même numéro administratif dans un même établissementLes variables nombre administré (46-55) et prix d’achat (56-65) doivent être divisés par le nombre de séjours impliqués (31-36) car elles sont répétées pour chaque RAPSS ayant le même numéro administratif. |
| Code UCD | 37 | 45 | 9 | Les spécialités pharmaceutiques rétrocédées par les pharmacies hospitalières et celles facturées en sus de la TAA sont identifiés par un code UCD.(Médicaments codés en unités communes de dispensation (UCD) délivrés en établissements de santé)Cf. [Liste des Codes UCD](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it/index_tele_ucd.php?p_site=AMELI) |
| Nombre administré éventuellement fractionnaire | 46 | 55 | 10 | 7+3 |
| Prix d'achat multiplié par le nombre administré | 56 | 65 | 10 | 7+3 |
| Mois de la date d'administration | 66 | 67 | 2 | 01 à 12 (La date d’administration est supérieure à la date d’entrée du séjour)  |
| Année de la date d'administration | 68 | 71 | 4 | AAAA (La date d’administration est supérieure à la date d’entrée du séjour) |
| Délai entre la date d’entrée du séjour et la date de dispensation | 72 | 75 | 4 | La date de dispensation est supérieure à la date d’entrée du séjour |
| Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence | 76 | 76 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

Conformément à l'article L. 162-22-7 du CSS « la prise en charge des médicaments orphelins [...] est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés » |
| Filler | 77 | 106 | 30 | 30 espaces. Réservé à un usage futur |

# ANNEXES

## Annexe 1 Référentiel « GHPC »

GROUPES HOMOGÈNES DE PRISE EN CHARGE

## Annexe 2 Référentiel « Mode de prise en charge »

(Cf. [Guide Méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l’HAD](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120007_0001_p000.pdf))

Une séquencede soins est définie par une combinaison singulière de chacune des trois variables nommées mode de prise en charge principal (**MPP**), mode de prise en charge associé (**MPA**) et indice de Karnofsky (IK).

La séquence reste la même tant que la valeur des trois variables ne change pas ; la séquence change aussitôt que l’une au moins des trois variables est modifiée. MPP, MPA et IK doivent être évalués au moins une fois par semaine.

Si le patient a bénéficié de plus de deux modes de prise en charge, ceux qui ne sont pas retenus comme principal et associé peuvent être enregistrés comme modes de prise en charge supplémentaires.

Il est possible de renseigner jusqu’à 5 modes de prise en charge documentaires (**MPD**).

S’il en existe d’avantage, il convient de privilégier l’enregistrement de ceux qui ont engendré le plus de consommation de ressources.

Les MPD sont de nature descriptive, ils n’interviennent pas dans la tarification.

### Liste des codes MPP, MPA, MPD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Code | Libellé | Description | Mode de prise en charge |
| 00 | Absence de MPA |  | MPA |
| 01 | Assistance respiratoire | Ce MP concerne des patients dont l’autonomie respiratoire est réduite : Il comporte le suivi médico–infirmier du patient, la maintenance des appareillages, et également les soins éducatifs du patient et de l’entourage. | MPP, MPA, MPD |
| 02 | Nutrition parentérale | Ce MP fait référence à l’administration au patient de solutions binaires ou ternaires. | MPP, MPA, MPD |
| 03 | Traitement intraveineux | Il s’agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral, ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, par voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l’évaluation et les réajustements thérapeutiques. * Chez l’adulte, elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour.
* Chez l’enfant le MP n° 03 peut ne justifier qu’un passage infirmier quotidien, à condition qu’il soit le fait d’une infirmière puéricultrice ; dans ce cas, il doit toujours être complété par le MP documentaire n° 26 *Traitement intraveineux, un seul passage quotidien*.
 | MPP, MPA, MPD |
| 04 | Soins palliatifs | Il s’agit de la prise en charge d’un patient et de son entourage par l’ensemble de l’équipe médicale, sociale et soignante, pour une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. | MPP, MPA, MPD |
| 05 | Chimiothérapie anticancéreuse | La notion de chimiothérapie anticancéreuse s’entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée. Celle-ci peut ne pas être une tumeur. Le codage avec la CIM–10 de la maladie est donc essentiel.La prise en charge comporte : * l’examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l’administration de la chimiothérapie
* l’administration de la chimiothérapie (ou de l’immunothérapie à visée antinéoplasique)
* la surveillance médicosoignante des thérapeutiques administrées
* le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant au(x) jour(s) d’administration de la chimiothérapie.
 | MPP, MPA, MPD |
| 06 | Nutrition entérale | Ce MP concerne des patients porteurs de sonde nasogastrique, de gastrostomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l’HAD. | MPP, MPA, MPD |
| 07 | Prise en charge de ladouleur | Ce MP comporte l’évaluation médicosoignante de la douleur, la mise en place du traitement, l’évaluation et les réajustements des thérapeutiques. | MPP, MPA, MPD |
| 08 | Autres traitements | Il s’agit de prises en charge de patients nécessitant un suivi médicosoignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents. Seules peuvent être concernées les prises en charge ne pouvant pas être décrites, même sous une forme dégradée, par aucun des autres modes de prise en charge.Remarque : la réalisation isolée de saignées thérapeutiques ne justifie pas une prise en charge en HAD. | MPP, MPA, MPD |
| 09 | Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | Ce MP concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus…) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention de l’équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne sur la durée de la prise en charge. Il inclut le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la Haute Autorité de santé. | MPP, MPA, MPD |
| 10 | Post – traitement chirurgical | Surveillance des sutures, des pansements et/ou de la cicatrice à la suite immédiate d’une chirurgie et pour une durée limitée. | MPP, MPA, MPD |
| 11 | Rééducation orthopédique | Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l’équipe de rééducation avec élaboration d’un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique. Le nombre de passages minimum est fixé à 5 par semaine lorsque ce MP est codé en tant que principal et à 3 par semaine lorsque ce MP est codé en tant qu’associé. | MPP, MPA, MPD |
| 12 | Rééducation neurologique | Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l’équipe de rééducation avec élaboration d’un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique. Le nombre de passages minimum est fixé à 5 par semaine\* lorsque ce MP est codé en tant que principal et à 3 par semaine lorsque ce MP est codé en tant qu’associé. | MPP, MPA, MPD |
| 13 | Surveillance postchimiothérapieanticancéreuse | La prise en charge comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médicosoignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d’une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière : soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle. Ce MP correspond à la surveillance après administration d’une chimiothérapie anticancéreuse ou de thérapeutiques ciblées.La notion de chimiothérapie anticancéreuse s’entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée. Celle-ci peut ne pas être une tumeur. | MPP, MPA, MPD |
| 14 | Soins de nursing lourds | Ce MP comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky ≤ supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence de l’équipe soignante, quel que soit son effectif. | MPP, MPA, MPD |
| 15 | Éducation du patient et/ou de son entourage | Suivi médicosoignant quasi quotidien et éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires…) formalisé sous forme d’un projet dans le dossier du patient. | MPP, MPA, MPD |
| 17 | Surveillance de radiothérapie | La prise en charge comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d’une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle. | MPP, MPA, MPD |
| 18 | Transfusion sanguine | La transfusion sanguine est assurée directement par l’équipe médicosoignante de la structure d’HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d’un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment | MPP, MPA, MPD |
| 19 | Surveillance de grossesse à risque | Prise en charge de la femme enceinte dans les conditions recommandées par la Haute Autorité de santé. | MPP, MPA, MPD |
| 20 | Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) | Prise en charge de la mère consécutive à une sortie anticipée (à J+1 ou J+2 si accouchement par voie basse, jusqu’à J+3 après césarienne) d’un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO). | MPP, MPA, MPD |
| 21 | *Postpartum* pathologique | Prise en charge de la mère consécutive à des suites pathologiques de l’accouchement. | MPP, MPA, MPD |
| 22 | Prise en charge du nouveau-né à risque | Il ne peut s’agir que d’un mode de prise en charge principal concernant le nouveau-né (âge inférieur ou égal à 28 jours). | MPP |
| 24 | Surveillance d’aplasie | La prise en charge comporte :* la surveillance médicosoignante de l’aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique
* le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion…)
 | MPP, MPA, MPD |
| 25 | Prise en charge psychologique ou sociale | Il s’agit du soutien psychologique ou social du malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux). | MPA,MPD |
| 26 | Traitement intraveineux, un seulpassage quotidien | Il s’agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, **par voie veineuse**. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l’évaluation et les réajustements thérapeutiques. Elle nécessite un passage infirmier par jour. | MPD |
| 27 | Éducation du patient et/ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins de 18 ans | Suivi médicosoignant quasi quotidien et éducation du patient et de sa famille, visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires, stomies, surchargespondérales, épilepsie, Sida...). | MPD |
| 28 | Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans. | Il s’agit du soutien psychologique ou social du jeune malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux). | MPD |

### Mode de prise en charge principal (MPP)

C’est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de

Médicaments …

### Mode de prise en charge associé (MPA)

Si le patient a bénéficié d’un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième mode est **le mode de prise en charge associé (MPA)**. S’il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

En l’absence de MPA, la zone de saisie ne doit pas être laissée vide, le code « 00 » doit y être porté.

La mention d’un MPA suppose celle d’un diagnostic en rapport, car une prise en charge est toujours motivée par un problème de santé.

Tous les modes de prise en charge ne sont pas autorisés lorsque l’HAD intervient dans un établissement d’hébergement pour personnes âgées (EHPA) bénéficiant de l’autorisation prévue au 4e alinéa de l’article L. 313-3 du code de l’action sociale et des familles. Dans cette circonstance, sont seuls autorisés :

|  |  |
| --- | --- |
| MPP | 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18, 24 |
| MPA | 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24 |

## Annexe 3 Référentiel « Codes erreurs de groupage et complémentaires»

Synthèse des erreurs de groupage et des erreurs complémentaires.

En complément des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage, PAPRICA met en œuvre quatre types de vérifications « inter-RPSS » qui peuvent donner lieu à un classement en erreurs bloquantes et entrainer une non valorisation des RPSS incriminés (groupage en GHPC 9999 et GHT 99).

*NOTE* ***:*** *le classement en erreurs bloquantes ne s’appliquera qu’aux RPSS dont la date de fin est postérieure au 28/02/2012. Autrement dit, ces erreurs ne seront que des alertes pour les RPSS des mois de janvier et février*.

Les erreurs issues des contrôles complémentaires de PAPRICA commencent par S (erreurs de stabilité), E (erreurs d’enchaînement) ou R (erreurs de cohérence du recueil) ; celles issues des contrôles de la fonction groupage commencent par C (erreurs de contrôle du groupage).

|  |  |
| --- | --- |
| Contrôles de la fonction de Groupage |  |
| Code | Champ | Description | Bloquant | Type |
| 001 | Numéro de séjour en HAD | Absent | Oui | C |
| 002 | Date de naissance | Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950) | Oui | C |
| 003 | Date de naissance | Improbable par rapport à la date d’entrée | Oui | C |
| 004 | Date d’entrée | Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950) | Oui | C |
| 005 | Date d’entrée | Postérieure à la date de début de séquence | Oui | C |
| 006 | Date d’entrée | Postérieure à la date de début de sous séquence | Oui | C |
| 007 | Date de début de séquence | Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950) | Oui | C |
| 009 | Date de début de séquence | Postérieure à la date de début de sous séquence | Oui | C |
| 010 | Date de début de séquence | Postérieure à la date de sortie si celle-ci est renseignée | Oui | C |
| 011 | Date de début de séquence | Postérieure à la date de fin de séquence si celle-ci est renseignée | Oui | C |
| 012 | Date de début de séquence | Postérieure à la date de fin de sous séquence | Oui | C |
| 013 | Date de début de sous séquence | Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950) | Oui | C |
| 016 | Date de début de sous séquence | Postérieure à la date de sortie si celle-ci est renseignée | Oui | C |
| 017 | Date de début de sous séquence | Postérieure à la date de fin de séquence si celle-ci est renseignée | Oui | C |
| 018 | Date de début de sous séquence | Postérieure à la date de fin de sous séquence | Oui | C |
| 019 | Date de fin de sous séquence | Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950) | Oui | C |
| 023 | Date de fin de sous séquence | Postérieure à la date de sortie si celle-ci est renseignée | Oui | C |
| 024 | Date de fin de sous séquence | Postérieure à la date de fin de séquence si celle-ci est renseignée | Oui | C |
| 025 | Mode de prise en charge principal | Le MPP n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 026 | Dépendance appréciée selon l’indice de Karnofsky | L’IK n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 028 | Date de sortie | Format incorrect, non renseignée ou incohérente (exemple : 02/14/2009) alors que le mode de sortie est renseigné (différent de blanc). | Oui | C |
| 029 | N° FINESS EHPA | N° FINESS EHPA non présent dans le fichier de convention "HAD-EHPA" La FG HAD signale un RPSS avec type de domicile 3 et un N°FINESS EHPA qui n’est pas mentionné dans le fichier de convention "HAD-EHPA". | Oui | C |
| 030 | Mode de prose en charge principal | MPP non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins. La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, pour un EHPA avec forfait de soins et un mode de prise en charge principal non autorisé en EHPA. | Oui | C |
| 031 | Mode de prise en charge associé | MPA non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins. La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, pour un EHPA avec forfait de soins et un MPA non autorisé en EHPA (si celui-ci est renseigné). | Oui | C |
| 032 | Fichier de convention HAD-EHPA | Non renseigné ou introuvable | Oui | C |
| 033 | Convention HAD-EHPA | Format incorrect | Oui | C |
| 034 | Convention HAD-EHPA | Période avec date au format incorrect, non renseignée ou incohérente | Oui | C |
| 035 | Convention HAD-EHPA | Code forfait soins n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 036 | Convention HAD-EHPA | Périodes de convention non disjointes | Oui | C |
| 040 | Numéro de FINESS entité juridique | Format incorrect (ou non renseigné) | Oui | C |
| 041 | Numéro de FINESS code géographique | Format incorrect (ou non renseigné) | Oui | C |
| 042 | Code sexe | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 043 | Mode d’entrée | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 044 | Provenance | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 045 | Date de sortie | Renseignée et format incorrect ou date incohérente (exemple : 02/14/1950) | Oui | C |
| 046 | Date de sortie | Renseignée et antérieure à la date de fin de séquence | Oui | C |
| 047 | Date de fin de séquence | Format incorrect ou date incohérente (exemple : 02/14/1950) | Oui | C |
| 050 | Mode de sortie | Renseigné et n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées | Oui | C |
| 051 | Destination | Renseignée et n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées | Oui | C |
| 053 | Diagnostic principal | N’est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n’est pas renseigné | Oui | C |
| 056 | Mode de prise en charge associé | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 060 | AVQ-Habillage ou toilette | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 061 | AVQ-Déplacement et locomotion | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 062 | AVQ-Alimentation | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 063 | AVQ-Continence | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 064 | AVQ-Comportement | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 065 | AVQ-Relation et communication | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Oui | C |
| 066 | Type de lieu de domicile du patient | Type de lieu de domicile non renseigné ou différent des valeurs autorisées La FG HAD signale un RPSS dans lequel le type de domicile n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc. Voici la liste des codes autorisés pour le type de domicile est la suivante :

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | domicile du patient |
| 2 | autre type de domicile |
| 3 | patient hébergé en EHPA |

  | Oui | C |
| 068 | Mode de prise en charge associé documentaire | MPD inconnu La FG HAD signale un RPSS dans lequel le MPD n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées.(tout en étant différent de la chaîne " ")La liste des codes autorisés pour le MPD est la suivante : 01 à 15, 17 à 22, 24 à 25, 26 à 28 : si le MPD n’est pas renseigné, mettre 2 espaces. Cf. [Annexe 2 Référentiel « Mode de prise en charge »](#_Annexe_2_Référentiel_1) | Oui | C |
| 070 | Diagnostic associé | Nombre de diagnostics associés absents | Oui | C |
| 071 | Diagnostic associé | Nombre de diagnostics associes non numérique | Oui | C |
| 072 | Acte CCAM | Nombre d'actes CCAM absent | Oui | C |
| 073 | Acte CCAM | Nombre d'actes CCAM non numérique | Oui | C |
| 075 | Diagnostic associé | N’est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n’est pas renseigné ou est un code père | Oui | C |
| 079 | Acte CCAM | N'existe pas dans le catalogue de référence (ou n'est pas renseigné) | Oui | C |
| 081 | Acte CCAM | Nombre d'occurrence d'acte CCAM absent | Oui | C |
| 082 | Acte CCAM | Nombre d'occurrence d'acte CCAM non numérique ou égal à zéro | Oui | C |
| 083 | Sous séquence | Date de début de sous séquence incompatible avec utilisation d’un acte CCAM | Oui | C |
| 084 | Sous séquence | Date de fin de sous séquence incompatible avec utilisation d’un acte CCAM | Oui | C |
| 085 | Acte CCAM | Date de réalisation de l’acte CCAM incohérente, en dehors des dates du séjour HAD | Oui | C |
| 086 | Séquence | Numéro de séquence dans le séjour complet absent ou non numérique ou égal à zéro | Oui | C |
| 087 | Sous séquence | Numéro de sous séquence absent ou non numérique ou égal à zéro | Oui | C |
| 088 | Sous séquence | Indicateur de dernière sous séquence du séjour absent ou erroné | Oui | C |
| 089 | Sous séquence | Indicateur de dernière sous séquence incohérent avec les dates de sortie du séjour, de fin de séquence et de fin de sous séquence | Oui | C |
| 091 | Sous séquence | Date de fin de sous séquence non gérée par les tables binaires | Oui | C |
| 093 | Numéro d’entrée | Numéro d'entrée absent ou non numérique | Oui | C |
| 094 | Numéro de facture | Numéro de facture absent ou non numérique | Oui | C |
| 095 | Séjour facturable à l’assurance maladie | Code de séjour facturable a l'Assurance maladie : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné) | Oui | C |
| 096 | Séjour facturable à l’assurance maladie | Code du motif de la non facturation a l'Assurance maladie : incohérent ou n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées. | Oui | C |
| 100 | Nombre de diagnostics associés au MPP | absent, non numérique ou égal à zéro : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPP est absent (caractère espace), contient des caractères autres que numériques ou est égal à zéro. | Oui | C |
| 101 | Nombre de diagnostics associés au MPA | absent ou non numérique : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPA est absent (caractère espace) ou contient des caractères autres que numériques. | Oui | C |
| 102 | Diagnostic associé au MPP | n’appartient pas à la CIM-10 ou n’est pas renseigné : un RPSS dont le code d’un des diagnostics associés au MPP n’appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père. | Oui | C |
| 103 | Diagnostic associé au MPA | n’appartient pas à la CIM-10 ou n’est pas renseigné : un RPSS dont le code d’un des diagnostics associés au MPA n’appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père. | Oui | C |
| 104 | Code de confirmation de codage inconnu | un RPSS dont le code de confirmation de codage est différent de 1 ou de blanc. La valeur 1 signifie que le codage est confirmé. La valeur « blanc » signifie que le codage n’a pas à être confirmé. | Oui | C |
| 105 | Confirmation de codage requise mais absente | un RPSS dont la confirmation de codage n’a pas été effectuée (valeur égale à blanc), alors qu’elle doit l’être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à 1. | Oui | C |
| 106 | Confirmation de codage non requise mais présente | un RPSS dont la confirmation de codage a été effectuée (valeur égale à 1), alors qu’elle ne doit pas l’être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à blanc. | Oui | C |
| 500 | Date système | Antérieure à la date d’entrée | Non | C |
| 501 | Date système | Antérieure à la date de sortie | Non | C |
| 505 | Date d’entrée | Improbable car trop ancienne | Non | C |
| 514 | Code postal | N’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné) | Non | C |
| 517 | Mode de prise en charge associé | Association du MPP et du MPA non autorisée | Non | C |
| 524 | Indice de Karnofsky | IK inférieur au seuil minimal défini pour cette association MPP x MPA | Non | C |
| 524 | Indice de Karnofsky | IK supérieur au seuil maximal défini pour cette association MPP x MPA | Non | C |
| 529 | Numéro de FINESS EHPA | Existence de journées de prise en charge en HAD en dehors des dates de validité de la convention HAD-EHPA | Non | C |
| 530 | Association MPP x MPA | Association MPP x MPA inhabituelle | Non | C |
| 531 | MPA renseignée avec aucun diagnostic associé au MPA ni DA | un RPSS dans lequel le MPA est renseigné mais qu’aucun diagnostic associé au MPA ni DA n’est renseigné. Il faut au moins un diagnostic associé au MPA et/ou au moins un DA dans le cas ou le MPA est renseigné. | Non | C |
| **Contrôles PAPRICA de Stabilité** des informations au sein d’un même séjour | Il s’agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables tout au long du séjour le sont effectivement.*Pour chaque séjour, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de séquence et n° de sous séquence les plus élevés du séjour).* |
| Code | Champ | Description | Bloquant | Type |
| 600 | IPP | IPP différent de la référence | Oui | S |
| 601 | Date de naissance | Date de naissance différente de la référence | Oui | S |
| 602 | Sexe | Sexe différent de la référence | Oui | S |
| 603 | Date d'entrée du séjour | Date d'entrée du séjour différente de la référence | Oui | S |
| 604 | Mode d'entrée/provenance | Mode d'entrée/provenance différent de la référence | Oui | S |
| 605 | Date de sortie du séjour | Date de sortie du séjour différente de la référence | Oui | S |
| 606 | Mode de sortie/destination | Mode de sortie/destination différent de la référence | Oui | S |
| **Contrôles PAPRICA de Stabilité** des informations au sein d’une même séquence | Il s’agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables tout au long de la séquence le sont effectivement.*Pour chaque séquence, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de sous séquence le plus élevé de la séquence).* |
| Code | Champ | Description | Bloquant | Type |
| 650 | Date de début de séquence | Date de début de séquence différente de la référence | Oui | S |
| 651 | Date de fin de séquence | Date de fin de séquence différente de la référence | Oui | S |
| 652 | MPP | MPP différent de la référence | Oui | S |
| 653 | MPA | MPA différent de la référence | Oui | S |
| 654 | IK | IK différent de la référence | Oui | S |
| 655 | score AVQ | score AVQ différent de la référence | Oui | S |
| **Contrôles PAPRICA de cohérence des Enchaînements.** | Il s’agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables tout au long de la séquence le sont effectivement.*Pour chaque séquence, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de sous séquence le plus élevé de la séquence).* |
| Code | Champ | Description | Bloquant | Type |
| 700 | n° de séquence | Incohérence dans la numérotation du n° de séquence | Oui | E |
| 701 | Date de début de séquence | Problème d'enchaînement de la date de début de séquence avec la date de fin de la séquence précédente | Oui | E |
| 702 | Date de début de la première séquence | Date de début de la première séquence différente de la date d'entrée du séjour | Oui | E |
| 703 | Date de fin de la dernière séquence | Date de fin de la dernière séquence différente de la date de sortie du séjour | Oui | E |
| 704 | Date de fin de la dernière sous séquence du séjour | Date de fin de la dernière sous séquence du séjour différente de la date de fin séquence et/ou différente de la date de sortie du séjour | Oui | E |
| 705 | n° de sous séquence | Incohérence dans la numérotation du n° de sous séquence | Oui | E |
| 706 | Date de début de sous séquence | Problème d'enchaînement de la date de début de sous séquence avec la date de fin de la sous séquence précédente | Oui | E |
| 707 | Date de début de la première sous séquence | Date de début de la première sous séquence différente de la date de début de la séquence | Oui | E |
| 708 | Date de fin de la dernière sous séquence | Date de fin de la dernière sous séquence de la séquence différente de la date de fin de la séquence | Oui | E |
| **Autres Contrôles PAPRICA de Recueil.** | Il s’agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables tout au long de la séquence le sont effectivement.*Pour chaque séquence, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de sous séquence le plus élevé de la séquence).* |
| Code | Champ | Description | Bloquant | Type |
| 800 | Clé d'identification de la sous séquence | Clé d'identification de la sous séquence non unique | Oui | R |
| 801 | « Dernière sous séquence du séjour » | « Dernière sous séquence du séjour » positionnée à « oui » pour une sous séquence intermédiaire | Oui | R |
| 802 | Mode de sortie/destination | Mode de sortie/destination non renseigné pour la dernière sous séquence du séjour | Oui | R |
| 803 | Date de sortie du séjour | Date de sortie du séjour postérieure au dernier jour de la période de transmission | Non | R |
| 804 | Date de fin de séquence | Date de fin de séquence postérieure au dernier jour de la période de transmission | Non | R |
| 805 | Dernière sous séquence du séjour  | « Dernière sous séquence du séjour » positionnée à « non » alors que date de fin de sous séquence = date de sortie | Non | R |

## Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »

Au sein de la notion générale de transfert au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue la mutation et le transfert.

### Mode d’entrée

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Description |
| 6 | Mutation.Le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une unité médicale de la même entité juridique. L’emploi de ce code n’est donc possible que si la structure d’HAD fait partie de l’entité dans lequel le patient a été hospitalisé (par exemple, structure d’HAD faisant partie d’un centre hospitalier). |
| 7 | TransfertLe patient est pris en charge en HAD au terme d’une hospitalisation dans une autre entité juridique (par exemple, patient pris en charge par une structure associative d’HAD au terme d’un séjour dans un hôpital ou dans une clinique). |
| 8 | DomicileLa prise en charge d’HAD ne fait pas suite à une hospitalisation ; le patient vivait à son domicile (y compris structure d'hébergement médicosocial) avant la prise en charge (par exemple : prescription de l’HAD par le médecin traitant). |

### Mode de sortie

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Description |
| 6 | MutationLe patient sort d’HAD pour être hospitalisé dans une unité médicale de la même entité juridique. L’emploi de ce code n’est donc possible que si la structure d’HAD fait partie de l’entité dans lequel le patient est hospitalisé (par exemple, structure d’HAD faisant partie d’un centre hospitalier). |
| 7 | TransfertLe patient sort d’HAD pour être hospitalisé dans une unité médicale d’une autre entité juridique (par exemple, patient pris en charge par une structure associative d’HAD, sortant pour être hospitalisé dans un hôpital ou dans une clinique). |
| 8 | DomicileLe patient reste à son domicile (y compris structure d'hébergement médicosociale) à la fin de la prise en charge (par exemple, fin des soins pour le mode de prise en charge « retour précoce à domicile après accouchement ») |
| 9 | DécèsLa prise en charge cesse du fait du décès du patient. |

### Provenance

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Libellé |
| *Entrée par transfert ou par mutation* |
| 1 | En provenance de MCO |
| 2 | En provenance de SSR |
| 3 | En provenance de soins de longue durée |
| 4 | En provenance de PSY |
| 6 | En provenance de HAD |
| *Mode d ‘entrée « domicile »* |
| 7 | En provenance d’une structure d'hébergement médicosociale |
| 8 | Bénéficiait à domicile d’une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).  |
| espace | La provenance n’est pas renseignée dans les autres situations de mode d’entrée « domicile » |

### Destination

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Libellé |
| *Sorties par transfert ou par mutation* |
| 1 | Vers une unité de MCO |
| 2 | Vers une unité de SSR |
| 3 | Vers une unité de soins de longue durée |
| 4 | Vers une unité de psychiatrie |
| 6 | Vers une structure d’HAD |
| *Mode de sortie « domicile »* |
| 7 | Vers une structure d'hébergement médicosociale |
| 8 | Bénéficiera à domicile d’une prise en charge par un SSIAD.  |
| espace | La destination n’est pas renseignée dans les autres situations de mode de sortie « domicile », en cas de décès ou en cas de mode de sortie non renseigné |

## Annexe 5. Référentiel « Indice Karnofsky »

L’indice de Karnofsky (**IK**) est un indicateur d’état de santé global qui s’apparente à une échelle synthétique de qualité de vie.

Le recueil d’informations décrit l’état effectif du patient. La notion de seuil prise en compte dans la construction du tarif n’intervient pas : au début de chaque séquence, on saisit l’**IK** correspondant à la situation réelle du patient.

Par convention, lorsque la prise en charge concerne un nouveau-né, et que le mode de prise en charge est « prise en charge du nouveau-né à risque » (*MPP n° 22*), la cotation de l’**IK** est toujours 100.

Pour les autres modes de prise en charge d’un enfant, quel que soit son âge, cette convention ne s’applique pas.

L’**IK** doit être évalué au moins une fois par semaine.

L’IK mesure sur une échelle de 0 (décès) à 100% (autonomie complète) la dépendance fonctionnelle du sujet selon l’aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu’il requiert.

Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10% (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Codage | Situation correspondante | Cotation |
| 100 | Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie | 100% |
| 090 | Le patient est capable de réaliser les activités normales de lavie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie | 90% |
| 080 | Le patient est capable de réaliser les activités normales de lavie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signesmineurs | 80% |
| 070 | Le patient est capable de se prendre en charge, mais estincapable de mener une vie normale ou de travailler | 70% |
| 060 | Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peutprendre en charge la plupart des soins personnels | 60% |
| 050 | Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicauxFréquents | 50% |
| 040 | Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soinsParticuliers | 40% |
| 030 | Le patient est sévèrement handicapé | 30% |
| 020 | Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutienActif | 20% |
| 010 | Le patient est moribond, le processus fatal progressantrapidement | 10% |

## Annexe 6. Référentiel «  Activité d’un acte CCAM »

Il est important de souligner que le code Activité n’indique en rien la spécialité de l’acteur, mais la nature du geste qu’il effectue dans le cadre de la réalisation de l’acte global décrit par le libellé.

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Description |
| 1 | Un seul intervenant prend la totalité de l’acte en charge |
| 1, 2, 3 | Lorsque, dans les règles de l’art, un acte impose la collaboration de plusieurs praticiens, habituellement de disciplines différentes (actes à plusieurs équipes), la prestation de chacune des équipes est repérée par le code Activité adéquat :* pour les actes imposant habituellement une anesthésie générale ou locorégionale (actes de type
* chirurgical), le geste opératoire est repéré par le code Activité 1.pour les actes où la règle de l’art impose la collaboration de plusieurs praticiens pour la réalisation même du geste principal, le libellé de l’acte est subdivisé en autant de sous libellés que d’équipes obligatoires ; le code Activité correspondant est inscrit en face de chacun d’eux.
 |
| 4 | Pour les actes imposant habituellement une anesthésie générale ou locorégionale (actes de type chirurgical), le geste d’anesthésie par le code Activité 4.Il ne peut pas être utilisé pour coder une anesthésie locale, ou une anesthésie tronculaire ou radiculaire d’un nerf intrabuccal (par exemple, anesthésie du nerf alvéolaire inférieur) |
| 5 | surveillance d’une CEC |

## Texte(s) de référence

[GUIDE MÉTHODOLOGIQUE](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120007_0001_p000.pdf) DE PRODUCTION DES RECUEILS D’INFORMATIONS

STANDARDISÉS DE L’HOSPITALISATION À DOMICILE

[MANUEL DES GHM VERSION COMPLETE](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002500037FF)

[MANUEL DU LOGICIEL PAPRICA ex-DGF](http://dl2-atih.atih.sante.fr/4/10/1067/manuel_paprica1957.pdf)

[MANUEL DU LOGICIEL PAPRICA ex-OQN](http://dl2-atih.atih.sante.fr/0/2/1066/manuel_agraf.pdf)

[MANUEL DU LOGICIEL MAGIC](http://dl2-atih.atih.sante.fr/MCL/7/948/manuel_magic.pdf)

[CAHIER DES CHARGES NORME B2 JUIN 2005 et ANNEXES](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-b2/index.php)

[GUIDE DE LECTURE ET CODAGE DE LA CCAM](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0003200020FF)

[NOTICE TECHNIQUE (Nouveautés pour 2012 du PMSI)](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00024000B5FF)