



Société Française de Médecine d'Urgence

Président : Patrick Goldstein



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Résumé de Passage aux Urgences (RPU)

Juin 2006

La production d'un résumé de passage aux urgences (RPU) à l'issue d'un séjour dans un service d'urgences apporte des informations essentielles tant pour les dispositifs de veille régionaux (observatoires régionaux des urgences, agences régionales d'hospitalisation), que pour les dispositifs nationaux (Ministère, Institut de Veille Sanitaire) ou les professionnels des établissements de santé pour le pilotage de leur service.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Dhos), la Société Française de Médecine Urgentiste (SFMU) et l'institut de veille sanitaire (InVS) ont travaillé ensemble et abouti à un consensus sur un RPU « socle de base » qui est issu des travaux de l'Observatoire Régional des Urgences de Midi Pyrénées (Orumip) et de l'InVS. Ce RPU représente un format de données à transmettre et doit pouvoir être extrait des systèmes informatiques déployés dans les services d'urgences. A ce titre, il devra constituer une fonctionnalité impérative. Ce RPU pourra être enrichi par les régions ou les professionnels pour des besoins d'exploitations complémentaires.

Vous trouverez ci joint le format de ce RPU.

FORMAT RPU NATIONAL

BALISE	FORMAT	DEFINITION
<CP>	Numérique	Code postal de résidence
<Commune>	Champs textuel	Nom de la commune de résidence
<NAISSANCE>	JJ/MM/AAAA	Date de naissance (vide correspond à incertain)
<SEXE>	M / F / I	Sexe (I pour indéterminé)
<ENTREE>	JJ/MM/AAAA HH:MM	Date et heure d'entrée
<MODE_ENTREE>	6 / 7 / 8	Mode d'entrée PMSI
<PROVENANCE>	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 8	Provenance PMSI
<TRANSPORT>	PERS / AMBU / VSAB / SMUR / HELI / FO/	Mode de transport
<TRANSPORT_PEC>	MED/ PARAMED/ AUCUN	Mode de prise en charge durant le transport
<MOTIF>	THESAURUS SFMU	Motif du recours aux urgences SFMU
<GRAVITE>	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / P / D	Classification CCMU modifiée
<DP>	Code CIM10	Diagnostic principal
<LISTE_DA> <DA></DA>	Code CIM10	Diagnostics associés
<LISTE_ACTES> <ACTE></ACTE>	Code CCAM	Actes réalisés aux urgences
<SORTIE>	JJ/MM/AAAA HH:MM	Date et heure de sortie
<MODE_SORTIE>	6 / 7 / 8 / 9	Mode de sortie PMSI
<DESTINATION>	1 / 2 / 3 / 4 / 6 / 7	Destination PMSI
<ORIENT>	FUGUE / SCAM / PAS / REO / SC / SI / REA / UHCD / MED / CHIR / OBST / HDT / HO	Orientation précision

COMMENTAIRES

CODE POSTAL

- + Si le code postal précis est inconnu : le numéro du département suivi de 999
- + Pour les malades résidant hors de France : 99 suivi du code INSEE du pays
- + Si le département ou le pays de résidence est inconnu : 99999

COMMUNE

- + Dénomination de la commune de résidence du patient

DATE DE NAISSANCE

Le champ est laissé à vide dans les cas suivants :

- + Date de naissance non fiable ou méconnue
- + Patient admis aux urgences et demandant à garder l'anonymat conformément aux dispositions légales
- + Droit CNIL exprimé par le patient pour supprimer les informations le concernant

MODE D'ENTREE

- + « **6** » **Mutation** : le malade vient d'une autre unité médicale de la même entité juridique
Pour les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) Cf annexe, si le patient provient d'un autre établissement de la même entité juridique le mode d'entrée à utiliser est le 7 (Cf ci-dessous)
- + « **7** » **Transfert** : le malade vient d'une autre entité juridique (sauf cas particulier décrit ci-dessus).
- + « **8** » **Domicile** : le malade vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médico-social. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique. Le code 8 du mode d'entrée est à utiliser en cas de naissance d'un nouveau-né quelque soit la situation d'hospitalisation ou de non hospitalisation de la mère.

PROVENANCE

En cas d'entrée par mutation ou transfert

- + « **1** » En provenance d'une unité de soins de courte durée (MCO)
- + « **2** » En provenance d'une unité de soins de suite ou de réadaptation
- + « **3** » En provenance d'une unité de soins de longue durée
- + « **4** » En provenance d'une unité de psychiatrie

En cas d'entrée à partir du domicile :

- + « **5** » Prise en charge aux urgences autres que pour des raisons organisationnelles

+ « **8** » ¹Prise en charge aux urgences pour des raisons organisationnelles

- patient re-convoqué par le même service d'urgence pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination)

- patient déjà attendu avant sa prise en charge aux urgences dans un autre service et transitant aux urgences pour faciliter l'enregistrement administratif ou la réalisation des premiers examens complémentaires à la prise en charge qui va suivre.

TRANSPORT

+ « **PERSO** » : pour moyen personnels (à pied, en taxi, en voiture personnelle,...)

+ « **AMBU** » : ambulance publique ou privée

+ « **VSAB** » : véhicule de secours et d'aide au blessés

+ « **SMUR** » : véhicule de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

+ « **HELI** » : hélicoptère

+ « **FO** » : force de l'ordre (police, gendarmerie)

PRISE EN CHARGE DURANT LE TRANSPORT

+ « **MED** » : médicalisée

+ « **PARAMED** » : para médicalisée

+ « **AUCUN** » : sans prise en charge médicalisée ou para médicalisée

MOTIF DE RECOURS

Le thésaurus des motifs de recours aux urgences est en cours d'élaboration par la SFMU dans l'attente de sa publication le renseignement de cet item n'est pas exigible.

GRAVITE

Utilisation de la Classification Clinique des Malades aux Urgences CCMU enrichie.

+ « **1** » : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le premier examen clinique éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lits du malade, abstention d'actes complémentaires ou de thérapeutique

+ « **P** » : Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable.

+ « **2** » : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lits du malade et / ou d'actes thérapeutiques

+ « **3** » : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital

+ « **4** » : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences

¹ Ce code ne fait pas partie des codes du PMSI. Il a été créé spécifiquement pour le RPU. Néanmoins, une demande d'intégration de ce code dans le guide du PMSI est en cours de traitement par la mission PMSI du Ministère.

+ « **5** » : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences

+ « **D** » : Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Utilisation de la CIM10 (sauf pour les codes interdits en diagnostic principal).

DIAGNOSTICS ASSOCIES

Utilisation de la CIM10. Tous les codes sont utilisables pour ces diagnostics, le nombre de diagnostics associés n'est pas limité.

ACTES

Utilisation de la CCAM. Le format doit au moins contenir les 7 premiers caractères.

Les actes CCAM ne sont exigibles que si leur remontée dans le RPU n'implique pas une re-saisie sur un autre logiciel que celui déjà utilisé pour alimenter la facturation du patient.

SORTIE

La date et l'heure de sortie sont celles de la sortie de la zone d'accueil et de soins des urgences.

MODE DE SORTIE

+ « **6** » **Mutation** : le malade est hospitalisé vers une autre unité médicale de la même entité juridique

Dans les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) mentionné en annexe de ce document, si le patient provient d'un autre établissement de la même entité juridique, le mode de sortie à utiliser est le 7 (Cf ci-dessous)

+ « **7** » **Transfert** : le malade est hospitalisé dans une autre entité juridique (sauf cas particulier décrit ci-dessus).

+ « **8** » **Domicile** : le malade retourne au domicile ou son substitut, tel une structure d'hébergement médico-social.

+ « **9** » **Décès** : le malade décède aux urgences

DESTINATION

En cas de sortie par mutation ou transfert

+ « **1** » Hospitalisation dans une unité de soins de courte durée (MCO)

+ « **2** » Hospitalisation dans une unité de soins de suite ou de réadaptation

+ « **3** » Hospitalisation dans une unité de soins de longue durée

+ « **4** » Hospitalisation dans une unité de psychiatrie

En cas de sortie au domicile

- + « **6** » Retour au domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile
- + « **7** » Retour vers une structure d'hébergement médico-social

ORIENTATION

Précise le devenir ou les circonstances associées

En cas de sortie par mutation ou transfert

- + « **HDT** » hospitalisation sur la demande d'un tiers
- + « **HO** » hospitalisation d'office
- + « **SC** » hospitalisation dans une unité de Surveillance Continue
- + « **SI** » hospitalisation dans une unité de Soins Intensifs
- + « **REA** » hospitalisation dans une unité de Réanimation

- + « **UHCD** » hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée
- + « **MED** » hospitalisation dans une unité de Médecine hors SC, SI, REA
- + « **CHIR** » hospitalisation dans une unité de Chirurgie hors SC, SI, REA
- + « **OBST** » hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC, SI, REA

En cas de sortie au domicile

- + « **FUGUE** » sortie du service à l'insu du personnel soignant
- + « **SCAM** » sortie contre avis médical
- + « **PSA** » partie sans attendre prise en charge
- + « **REO** » réorientation directe sans soins (ex vers consultation spécialisée ou lorsque le service d'accueil administratif est fermée)

ANNEXE

PRECISIONS SUR LES MODE D'ENTREE ET DE SORTIE

Article L162-22-6 Modifié par Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 25 I JORF 19 décembre 2003 en vigueur le 1er octobre 2004.

Un décret en Conseil d'Etat , pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements suivants :

- a) Les établissements publics de santé, à l'exception des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;
- b) Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ;

c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation ;

e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

CITE : Code de la santé publique L6111-2, L6141-2, L6141-5, L6113-7, L6113-8.