

Manuel d'utilisation

GENRSA 15.x.x.x

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)



DECEMBRE
2019

Service Architecture et production informatiques

Pôle Logiciels des établissements de santé

<http://www.atih.sante.fr>

Support utilisateurs

Téléphone : 0 820 77 1234 (0,019 euros TTC/min)

Foire aux questions : <https://applis.atih.sante.fr/agora>

Courriel : support@atih.sante.fr

Sommaire

1	Présentation générale.....	4
2	Évolution des formats pour l'année 2019	4
2.1	Format de RSS	4
2.2	Format de ANO-HOSP	4
3	Fonctionnalités	5
3.1	Période de traitement	5
3.2	Fichiers de traitement	5
3.3	Gestion des unités médicales	5
3.4	Saisie manuelle des autorisations d'UM.....	6
3.5	La validation des unités médicales	6
3.6	Importation du fichier d'information des unités médicales (méthode conseillée)	7
3.7	Fichiers complémentaires facultatifs	7
3.8	Options pour la saisie des médicaments	8
3.9	Nouveaux recueils DATEXP	8
3.10	Fichier HOSP-PMSI	8
4	Informations sur les versions disponibles.....	9
5	Formats des fichiers d'entrée de traitement de GENRSA (Hors DATEXP)	10
5.1	Format de RSS groupé 119 (le format RSS 119 est accepté avant le 1 ^{er} mars 2019)	10
5.2	Format ANO-HOSP V013 (obligatoire à partir du M6 2019)	14
5.3	Format ANO-HOSP V012 (accepté jusqu'au M5 2019 inclus)	17
5.4	Détail des codes retour du fichier ANO-HOSP	19
5.5	Format d'importation du fichier d'information des UM (utilisé par GENRSA)	23
5.5.1	Codage Type d'autorisation de l'unité médicale	24
5.6	Format du fichier HOSP-PMSI	26
5.7	Format générique des fichiers complémentaires	26
5.8	Format FICHCOMP IVG.....	27

5.9	Formats spécifiques pour les fichiers des médicaments hors ATU (type 06), sous ATU (type 09) ou thrombolytique (type 10)	27
6	Format des fichiers DATEXP d'entrée de traitement	28
6.1	Format des fichiers CAR-T cells d'entrée de traitement	28
6.2	Format du fichier Recueil MRC d'entrée de traitement	32
7	Formats anonymisés de sortie de traitement de GENRSA	40
7.1	Format de RSA 225 (format 2019)	40
7.2	Fichier ANO de chaînage	47
7.3	Formats des fichiers complémentaires anonymisés	56
7.4	Format du fichier STA	59
7.5	Format du Fichier LEG	59
7.6	Formats des fichiers DATEXP anonymisés	60
7.6.1	Formats des fichiers CAR-T cells anonymisés	60
7.6.2	Format du fichier Recueil MRC anonymisé	62
8	Les erreurs de la Fonction Groupage du fichier LEG	65
8.1	Liste des intitulés des codes erreurs de la Fonction Groupage	65
8.2	Liste détaillée des codes erreurs de contrôles	69
	Groupe : 90Z00Z	84
8.2.1	Liste détaillée des codes erreurs de groupage	88
8.2.2	Liste détaillée des codes erreurs d'implémentation	90

1 Présentation générale

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge, normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions des articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique, qui s'appliquent aux établissements de santé, publics et privés, en matière d'analyse de leur activité.

Les recueils d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI). Le logiciel GENRSA permet l'anonymisation et le chaînage des données de Résumés de sortie standardisé (RSS). Ce recueil d'informations est transmis par les établissements de santé MCO ex-DGF.

La production des informations traitées par le logiciel GENRSA est décrite dans le Guide méthodologique MCO disponible sur le site de l'ATIH : www.atih.sante.fr.

2 Évolution des formats pour l'année 2019

2.1 Format de RSS

Le traitement GENRSA accepte en entrée les RSS au format 118 **avant mars 2019** et au format 119 **avant et après mars 2019**.

2.2 Format de ANO-HOSP

Le logiciel accepte le nouveau format ANOHOSP V013 de 2019 (MAGIC 5.2.0.0) et V012 pour 2018 (MAGIC 5.1.x.x). Le format V012 de 2018 est accepté jusqu'au M5 inclus.

3 Fonctionnalités

La fenêtre principale de GENRSA est la suivante :

Les différentes zones de saisie et fonctionnalités du logiciel sont décrites ci-après.

3.1 Période de traitement

Elle consiste à renseigner la période et l'année des données à traiter. Il est désormais possible de traiter vos données pour une période dite de test disponible au niveau de la plate-forme e-PMSI.

3.2 Fichiers de traitement

La fenêtre principale de GENRSA permet de sélectionner plusieurs types de fichiers. Les fichiers nécessaires pour effectuer un traitement GENRSA sont le fichier des RSS groupés et le fichier ANO-HOSP. La gestion des unités médicales est une étape obligatoire avant le lancement du traitement GENRSA.

3.3 Gestion des unités médicales

La fenêtre de Gestion des unités médicales s'affiche lorsque vous cliquez sur le bouton {1 – Gestion des unités médicales}. Certains suppléments de facturation dépendent du type d'activité de l'unité médicale de séjour des

patients. À cet effet, une table d'information permet de renseigner la nature des UM de l'établissement. Le renseignement de cette fenêtre peut être effectué soit manuellement, par saisie, soit automatiquement, à partir d'un fichier d'autorisations des UM.

Pour chaque unité médicale, il faut renseigner les informations suivantes :

- Numéro de l'unité médicale
- Le numéro FINESS géographique
- Le type d'autorisation pour cette unité médicale
- La date de début d'autorisation
- Le nombre de lits autorisés
- Le mode d'hospitalisation (C pour complet, P pour partiel ou M pour mixte).

Le type d'autorisation 88 (unité supprimée) peut être utilisé, en cas de suppression définitive d'une unité médicale de l'établissement.

3.4 Saisie manuelle des autorisations d'UM

L'utilisateur devra saisir les informations pour toutes les unités médicales déclarées dans le fichier de séjour.

La fenêtre de gestion des Unités médicales se présente comme suit :

Renseignements des données sur les unités médicales

Numéro de l'unité médicale :

Numéro FINESS géographique :

Types d'activités autorisées :

Date de début d'effet d'autorisation : (au format jjmmaaaa)

Nombre de lits autorisés : Mode d'hospitalisation :

	UM	N° FINESS géo.	Type d'autorisation	Date de début d'effe	Nombre de lits	Mode hospitalisation
	0400	991300211	29 - Autres spécialités	27/01/2012	010	P
▶	2228	991300211	53 - Autre chirurgie adu	01/01/2011	030	C

3.5 La validation des unités médicales

Cette étape est obligatoire. Un contrôle d'exhaustivité est effectué par GENRSA. Toutes les UM du fichier de RSS doivent apparaître au moins une fois, tous les numéros FINESS géographiques doivent être renseignés et

tous les modes d'hospitalisation également. Par ailleurs, un récapitulatif est fourni. Pour chaque association « unité médicale- type d'autorisation », vous devez renseigner les informations suivantes :

- N° FINESS Géographique qui doit être rattaché au FINESS d'inscription PMSI
- Date de début d'effet d'autorisation : premier jour à partir duquel l'autorisation prend effet
- Nombre de lits autorisés
- Mode d'hospitalisation

L'ensemble des données validées constituera le fichier d'information sur les autorisations d'UM. Ce fichier sera anonymisé et exporté par GENRSA.

3.6 Importation du fichier d'information des unités médicales (méthode conseillée)

Le format de ce fichier est indiqué en annexe (« Format d'importation du fichier d'information des UM »). Cette fonctionnalité est pratique si l'on traite plusieurs établissements puisqu'elle dispense les saisies fastidieuses.

Quelle que soit la méthode utilisée, la table ainsi créée doit être éditée et/ou validée par le DIM.

Chaque date de début d'effet doit être unique au sein d'une même unité médicale

Il est important de répertorier l'historique des changements de type d'autorisation pour chaque unité médicale. Ainsi, une unité médicale peut avoir un type d'autorisation de soins intensifs à un moment donné puis, pendant un certain temps aucune autorisation et enfin bénéficier d'une autorisation de réanimation.

Si vous n'avez pas importé ou saisi toutes les UM, une liste des unités médicales non répertoriées sera affichée sur cette même page

3.7 Fichiers complémentaires facultatifs

Les fichiers suivants peuvent être transmis vers la plate-forme e-PMSI (les formats sont indiqués en annexe au niveau de « Format des fichiers supplémentaires ») :

- Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments hors ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation). Le libellé correspondant est MED hors ATU
- Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments sous ATU, si l'option J'ai deux fichiers pour distinguer... est cochée. Le libellé correspondant est MED ATU
- Le fichier de suivi de consommation par patient des DMI
- Le fichier des prestations complémentaires (prélèvement d'organes)
- Le fichier des prestations inter-établissements PIE
- Le fichier des activités de dialyse péritonéales
- Le fichier des IVG
- Le fichier des admissions en provenance de maison de naissance
- Les fichiers DATEXP

3.8 Options pour la saisie des médicaments

Options

☐ Je ne déclare pas de médicaments ATU

☐ Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier pour les deux

☒ J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments

Vous devez saisir l'une des 3 options de la boîte de dialogue ci-dessus :

Option 1 : vous ne déclarez pas de médicaments ATU. Dans ce cas, 1 seul fichier peut être renseigné. Seuls les médicaments hors ATU et les thrombolytiques pourront être renseignés dans ce fichier.

Option 2 : vous déclarez des médicaments sous ATU, et que ces médicaments sont déclarés dans le même fichier que les médicaments hors ATU et les thrombolytiques. Dans ce cas, 1 seul fichier peut être renseigné dans l'interface, dans lequel les 3 types de médicaments pourront être déclarés.

Option 3 : vous déclarez des médicaments sous ATU dans un fichier séparé. Dans ce cas, 2 fichiers peuvent être saisis dans l'interface : le 1er premier contenant les médicaments hors ATU et les thrombolytiques, et le second contenant les médicaments sous ATU.

3.9 Nouveaux recueils DATEXP

Dans cette zone, le champ Répertoire recueils DATEXP permet de sélectionner un dossier. Les fichiers de type DATEXP présents dans ce répertoire seront traités par GENRSA.

Remarque importante : les fichiers DATEXP doivent impérativement avoir une première ligne d'en-tête, qui correspond aux différents champs du fichier DATEXP concerné. Un contrôle est effectué sur les noms des variables de cette ligne d'en-tête. Seuls sont retenus les fichiers qui ont une ligne d'en-tête correspondant à la description du fichier.

3.10 Fichier HOSP-PMSI

Le fichier HOSP-PMSI est facultatif, pour le traitement de GENRSA. Si ce fichier n'est pas renseigné au niveau de l'interface GENRSA, il est généré automatiquement, à partir des informations du fichier RSS. Vous retrouvez la description de ce fichier dans le format RSS :

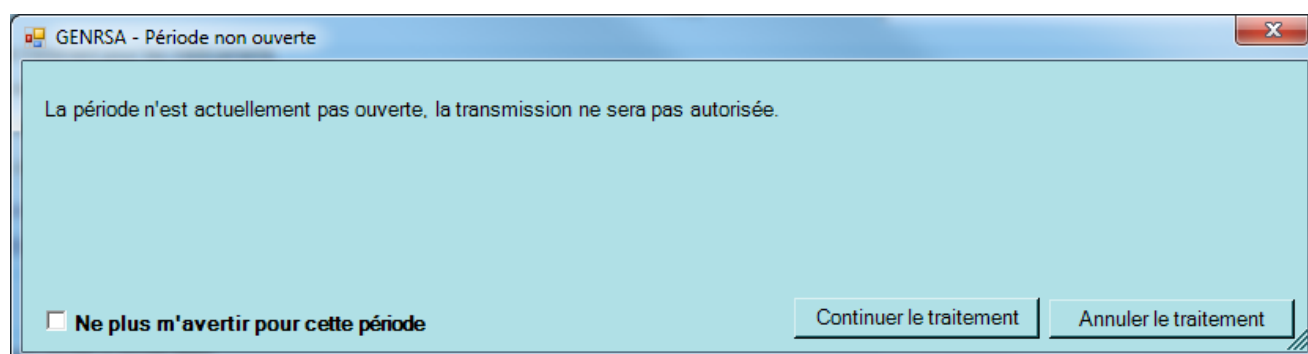
N° de RSS		28-47	20
N° Administratif local de séjour	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP)	48-67	20

Pour rappel, voici la description du fichier HOSP-PMSI qui est fournie, en annexe de ce document :

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° de RSS	20	1-20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21-40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

4 Informations sur les versions disponibles

Le logiciel GENRSA effectue un contrôle des versions logicielles disponibles, pour la période de traitement. Si la période de transmission n'est pas ouverte au niveau du serveur e-PMSI, la fenêtre suivante est affichée :



Vous pouvez choisir de continuer le traitement. Ce message n'est pas bloquant pour le traitement.

5 Formats des fichiers d'entrée de traitement de GENRSA (Hors DATEXP)

5.1 Format de RSS groupé 119 (le format RSS 119 est accepté avant le 1^{er} mars 2019)

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire [1]	Type [2]	Cadrage/Remplissage [3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	
Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	119
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS d'inscription ePMSI		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	019
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	N	NA/NA	

Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel	2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles	8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM	2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	136	137	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)	8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2	3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS	1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
Type de machine en radiothérapie	1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2
Type de dosimétrie	1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Numéro d'innovation	15	163	177	F	A	Gauche/Espace	
Conversion hospitalisation complète	1	178	178	F	N	NA/NA	1 : conversion après prise en charge HP 2 : pas de conversion
Prise en charge RAAC	1	179	179	F	N	NA/NA	1 : conversion après prise en charge en HP 2 : pas de prise en charge RAAC RAAC : récupération améliorée après chirurgie

Filler		10	180	189	F	N	Gauche/Espace	Changement de taille
Zone réservée		3	190	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1		8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	A	...	
DA n° nDA		8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1		8			F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	...		
DAD n° nDAD		8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...		*29		
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	

							ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	
Phase	1			O	N	NA/NA	
Activité	1			O	N	NA/NA	
Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)

[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique

[3] NA signifie "non applicable"

5.2 Format ANO-HOSP V013 (obligatoire à partir du M6 2019)

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
N° anonyme individuel	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	97	97
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)"	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114

Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	117	117
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	118	118
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	119	119
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	120	120
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	121	121
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	122	122
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	123	123
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	124	124
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	125	125
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	126	126
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	140	140
Code grand régime	2	141	142
Code gestion	2	143	144
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	145	145
Code de prise en charge du forfait journalier	1	146	146
Nature d'assurance	2	147	148
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	149	150
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	151	151
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	152	152
Facturation du 18 euro	1	153	153
Nombre de venues de la facture	4	154	157
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	158	167
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	168	177
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	178	187
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	188	191
Montant base remboursement	10	192	201
Taux de remboursement	5	202	206

Patient bénéficiaire de la CMU	1	207	207
N° administratif de séjour de la mère	20	208	227
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	228	228
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	229	229
Date de l'hospitalisation	8	230	237
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	238	247
Date de naissance du bénéficiaire	8	248	255
Sexe du bénéficiaire	1	256	256
Code participation assuré	1	257	257
N° d'entrée	9	258	266
Rang de naissance	1	267	267
Rang du bénéficiaire	3	268	270
N° caisse gestionnaire	3	271	273
N° centre gestionnaire	4	274	277
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	278	278
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	279	287
N° d'organisme complémentaire	10	288	297
Nature de la pièce justificative des droits	1	298	298
Prise en charge établie le	8	299	306
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	307	314
Délivrée par	3	315	317
Régime de prestation de l'assuré	3	318	320
Top éclatement des flux par l'établissement	1	321	321
Date d'entrée	8	322	329
Date de sortie	8	330	337
Montant total du séjour facturé au patient	8	338	345
Rejet AMO	1	346	346
Date de facturation AMO	8	347	354
Date de facturation AMC	8	355	362
Date de facturation patient	8	363	370
Date de paiement AMO	8	371	378
Date de paiement AMC	8	379	386
Date de paiement patient	8	387	394
Statut FT AMO	1	395	395
Statut FT AMC	1	396	396
Statut FT patient	1	397	397
Pays d'assurance social	3	398	400
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	401	420
Filler	50	421	470
Empreinte numérique	32	471	502
Zone chiffrée	344	503	846

5.3 Format ANO-HOSP V012 (accepté jusqu'au M5 2019 inclus)

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
N° anonyme individuel	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	97	97
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)"	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun "	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire "	1	117	117
Code retour contrôle " N° FINESS d'inscription e-PMSI "	1	118	118
Code retour contrôle " N° immatriculation individuel "	1	119	119
Code retour contrôle " Nature de la pièce justificative des droits "	1	120	120
Code retour contrôle " Prise en charge établie le "	1	121	121

Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	122	122
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	123	123
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	124	124
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	125	125
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	126	126
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code grand régime	2	140	141
Code gestion	2	142	143
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	144	144
Code de prise en charge du forfait journalier	1	145	145
Nature d'assurance	2	146	147
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	148	149
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	150	150
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	151	151
Facturation du 18 euro	1	152	152
Nombre de venues de la facture	4	153	156
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	157	166
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	167	176
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	177	186
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	187	190
Montant base remboursement	10	191	200
Taux de remboursement	5	201	205
Patient bénéficiaire de la CMU	1	206	206
N° administratif de séjour de la mère	20	207	226
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	227	227
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	228	228
Date de l'hospitalisation	8	229	236
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	237	246
Date de naissance du bénéficiaire	8	247	254
Sexe du bénéficiaire	1	255	255
Code participation assuré	1	256	256
N° d'entrée	9	257	265
Rang de naissance	1	266	266
Rang du bénéficiaire	3	267	269
N° caisse gestionnaire	3	270	272
N° centre gestionnaire	4	273	276
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	277	277

Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	278	286
N° d'organisme complémentaire	10	287	296
Nature de la pièce justificative des droits	1	297	297
Prise en charge établie le	8	298	305
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	306	313
Délivrée par	3	314	316
Régime de prestation de l'assuré	3	317	319
Top éclatement des flux par l'établissement	1	320	320
Date d'entrée	8	321	328
Date de sortie	8	329	336
Montant total du séjour facturé au patient	8	337	344
Rejet AMO	1	345	345
Date de facturation AMO	8	346	353
Date de facturation AMC	8	354	361
Date de facturation patient	8	362	369
Date de paiement AMO	8	370	377
Date de paiement AMC	8	378	385
Date de paiement patient	8	386	393
Statut FT AMO	1	394	394
Statut FT AMC	1	395	395
Statut FT patient	1	396	396
Pays d'assurance social	3	397	399
Filler	50	400	449
Empreinte numérique	32	450	481
Zone chiffrée	344	482	825

5.4 Détail des codes retour du fichier ANO-HOSP

« Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour oui laisser à vide sinon)

« Code Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun »

0 : RAS

1 : Valeur non alphanumérique

« Code N° d'organisme complémentaire »

0 : RAS

1 : Valeur non alphanumérique

« N° immatriculation assuré »

0 : RAS

1 : format incorrect

2 : utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)

3 : n° non conforme suite au contrôle de la clé

« Date de naissance »

0 : RAS

1 : format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)

2 : utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

« Sexe »

0 : RAS

1 : Valeur non autorisée (1 : Masculin, 2 : Féminin)

2 : utilisation de la valeur manquante (« X »)

« N° d'identification administratif de séjour »

0 : RAS

1 : Non renseigné (20 caractères espace)

« Code grand régime »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 2 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « XX » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code Gestion »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

« Code justification d'exonération du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 9 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code de prise en charge du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 16 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Nature d'assurance »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
XX	Pas d'information
10	Maladie
13	Maladie régime local Alsace-Moselle
30	Maternité
41	Accident du travail
90	Prévention maladie

« Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
2 espaces	Pas d'information
85	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire)
87	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire)
88	Aide à la mutualisation (panier de bien = panier CMUC)
89	Bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
0	Non
1	Oui
2	En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
3	En attente de décision sur les droits du patient

« Facturation du 18 euro »

0 : RAS

1 : Valeur non autorisée (0 : Non, 1 : Oui)

« Nombre de venues de la facture »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant base remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Taux de remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Motif de la non facturation à l'assurance maladie »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Cette variable permet de préciser la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » lorsqu'elle vaut 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie). Elle doit être renseignée avec le caractère « espace » lorsque « Séjour facturable à l'assurance maladie » est différent de 0. Sinon, les valeurs autorisées sont listées dans le tableau ci-dessous :

Code	Libellé
1	Patient en AME
2	Patient sous convention internationale
3	Patient payant
4	Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
5	Patient hospitalisé dans un autre établissement
6	Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
9	Autres situations

« Patient bénéficiaire de la CMU »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information)

« N° administratif de séjour de la mère »

0 ou 9 : RAS

1 : non renseigné alors que « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »=1

« Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour oui laisser à vide sinon)

« Hospitalisation pour prélèvement d'organe »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour oui laisser à vide sinon)

« Date de l'hospitalisation »

0 : RAS

1 : format incorrect

2 : utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

3 : non renseignée (8 caractères espace)

« Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Code participation assuré»

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 9 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou laisser à vide si pas d'information)

« N° d'entrée»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Rang de naissance»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Rang du bénéficiaire»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« N° caisse gestionnaire»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« N° centre gestionnaire»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Note :

Le cahier des charges « norme B2 juin 2005 » peut être téléchargé sur le site www.ameli.fr dans la section « Documentation technique ».

5.5 Format d'importation du fichier d'information des UM (utilisé par GENRSA)

Libellé	Taille	Position début	Position fin	Remarques
N° de l'unité médicale	4	1	4	Notation identique à celle du fichier RSS. A partir de M3 2013, consignes particulières pour les types 30 et 60 (cf. note ci-dessous)
N° FINESS Géographique	9	5	13	Obligatoire depuis 2012
Type d'autorisation	3	14	16	Cadré à gauche. La nomenclature utilisée sera diffusée ultérieurement. Exemple : pour réanimation hors pédiatrie : mettre « 01_ », où _ signifie « blanc ».
Date d'effet de l'autorisation	8	17	24	Format de date jjmmaaaa
Nombre de lits	3	25	27	3 caractères « espace » si pas d'autorisation, sinon au format « 000 » (par exemple pour un chiffre 2, écrire « 002 »)
Mode d'hospitalisation	1	28	28	=C : HC =P : HP =M : Mixte

Note importante : « N° de l'unité médicale »

A partir de M1 2014, pour les établissements bénéficiant d'une autorisation 30 (« Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires ») ou 60 (« Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée »), il faudra créer dans le fichier « IUM », une unité fictive portant le n° « \$\$\$1 » pour le type 30 et « \$\$\$2 » pour le type 60. Les consignes de remplissage des autres variables demeurent identiques.

5.5.1 Codage Type d'autorisation de l'unité médicale

Racine code UM	spéc	Code concaténé	Classification de l'unité médicale fonctionnelle	Mode d'hospitalisation	Rattachement à la discipline SAE
01	A	01A	Réanimation adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
01	B	01B	Réanimation adulte grands brûlés	HC	Médecine
02	A	02A	Soins intensifs en cardiologie =USIC	HC	Médecine
02	B	02B	Autres soins intensifs (hors UNV,USIC, néonatalogie)	HC	Médecine
03	A	03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
03	B	03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés	HC	Médecine
04		04	Néonatalogie sans SI	HC	Médecine
05		05	Soins intensifs en néonatalogie	HC	Médecine
06		06	Réanimation néonatale	HC	Médecine
07	A	07A	UHCD strutures des urgences générales	HC	Urgences
07	B	07B	UHCD strutures des urgences pédiatriques	HC	Urgences
08		08	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (unité de soins palliatifs)	HC	Médecine
13	A	13A	Réanimation pédiatrique hors grand brûlés	HC	Médecine
13	B	13B	Réanimation pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
14	A	14A	Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés	HC	Médecine
14	B	14B	Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
16		16	Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	HC	Médecine
17		17	UNV hors SI	HC	Médecine
18		18	Soins intensifs en UNV	HC	Médecine
19		19	Unité d'addictologie de recours et de référence	HP /HC /mixte	Médecine
20		20	Traitement des grands brûlés (hors réanimation et surveillance continue grands brûlés)	HC/HP	Chirurgie

21		21	Hémodialyse en centre pour adulte	HP	Dialyse
22		22	Hémodialyse en centre pour enfant	HP	Dialyse
23		23	Hémodialyse en unité médicalisée	HP	Dialyse
34		34	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse	HP	Dialyse
35		35	Hémodialyse à domicile	HP	Dialyse
36		36	Dialyse péritonéale à domicile	HP	Dialyse
37		37	Unité de dialyse saisonnière	HP	Dialyse
26		26	Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI	HC	Médecine
40		40	Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale	HP /HC /mixte	Médecine
41		41	Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale	HP /HC /mixte	Chirurgie
42		42	Unité de radiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
43		43	Unité de chimiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
50		50	Chirurgie cardiaque	HP /HC /mixte	Chirurgie
51		51	Neurochirurgie	HP /HC /mixte	Chirurgie
52		52	Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée pédiatrique)	HP /HC /mixte	Chirurgie
53		53	Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adulte)	HP /HC /mixte	Chirurgie
61		61	Unité de prise en charge de la douleur chronique	HP /HC /mixte	Médecine
27		27	Médecine gériatrique	HP /HC /mixte	Médecine
28		28	Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non)	HP /HC /mixte	Médecine
29		29	Autres spécialités médicales adultes (non classées ailleurs) ou unité de médecine indifférenciée	HP /HC /mixte	Médecine
70		70	Gynécologie seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
71		71	Obstétrique seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
72		72	Interruption volontaire de grossesse (supprimée à partir du 1 ^{er} mars 2019)	HP /HC /mixte	Gynéco obs
73		73	Gynécologie obstétrique indifférenciée	HP /HC /mixte	Gynéco obs
30		30	Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires		
60		60	Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée	HP /HC /mixte	
88		88	Unité supprimée	HP /HC /mixte	

5.6 Format du fichier HOSP-PMSI

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° de RSS	20	1-20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21-40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

5.7 Format générique des fichiers complémentaires

Format générique pour tous les types de prestations recueillis par FICHCOMP (Excepté le format des fichiers de médicaments et IVG, type 06, 09,10 et 53) :

Libellé	Début	Fin	Taille
N° FINESS	1	9	9
Type de prestation	10	11	2
N° Identifiant de séjour	12	31	20
N° de RUM	32	41	10
Date de début (JJMMAAAA)	42	49	8
Date de fin (JJMMAAAA)	50	57	8
Code	58	72	15
Nombre	73	82	10
Montant payé	83	92	10

Particularités de codage en fonction du type de prestation

	DMI (LPP)	Prélèvements d'organes	Prestations inter établissements	Dialyse Péritonéale (suppléments DIP)	IVG
Type de prestation	02	03	04	07	99
N° Identifiant de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° RSS
N° de RUM	NA	NA	NA	NA	N° RUM
Date de début	Date de pose	Date de réalisation du prélèvement d'organe	Date de début de la prestation	Date de début de séjour	NA
Date de fin	NA	NA	Date de fin de la prestation	Date de fin de séjour	NA
Code	Code LPP	PO1-PO2-PO3-PO4-PO5-PO6-PO7-PO8-PO9-POA	Prestation REA, SRC, REP, STF, NN1, NN2, NN3	DIP	Code CIM 10
Nombre	Nombre posé (10+0)	Egal à 1	Nombre de suppléments payés (10+0)	Nombre de suppléments DIP	NA
Montant	Prix d'achat par le nombre posé (7+3)	NA	NA	NA	NA

NA : Non Appliqué. Cette information n'est pas utilisée

5.8 Format FICHCOMP IVG

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	53
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'entrée du séjour	8	32	39	
Date sortie du séjour	8	40	47	
Nombre IVG antérieures	2	48	49	
Année de la dernière IVG	4	50	53	Format AAAA
Nombre de naissances vivantes antérieures	2	54	55	
Filler	30	56	85	Pour un usage futur

5.9 Formats spécifiques pour les fichiers des médicaments hors ATU (type 06), sous ATU (type 09) ou thrombolytique (type 10)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	Hors ATU : 06 et sous ATU : 09
N° administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Indication	7	76	82	Obligatoire au 1 ^{er} septembre 2018, pour les Hors ATU
Filler	23	83	105	Réservé à un usage futur

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	Thrombolytique : 10
N° administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

6 Format des fichiers DATEXP d'entrée de traitement

6.1 Format des fichiers CAR-T cells d'entrée de traitement

Datexp Car T-Cells (csv
séparateur point virgule)

Fichier 1/2 (patient)

Section	Libellé	Nom variable	Commentaires
Entête	N° FINESS géographique	<i>finess_geo</i>	9 caractères
	N° IPP	<i>ipp</i>	
	ID Exp	<i>id_exp</i>	N9903
	N°ordre	<i>id_ord</i>	1
N° du traitement	N° traitement	<i>notrait</i>	En cas de nouveau traitement pour le même patient (numérique)
Décision de traitement	UCD spécialité	<i>specialite</i>	Code UCD
	Indication Thérapeutique	<i>indication</i>	Lymphome non Hodgkinien (1) Leucémie aiguë Lymphoblastique (2) Autres (3)
Traitement (s) ligne(s) précédente(s)	Nb de lignes	<i>nb_lignes</i>	1 (1)/2 (2)/3 ou plus (3)/ Aucune(8)/Inconnu(9) Numérique
	allogreffe de cellules souches	<i>allo_greffe</i>	O/N
	greffe autologue de cellules souches	<i>auto_greffe</i>	O/N
Statut maladie avant lymphodéplétion	Statut de la maladie avant la lymphodéplétion pour les lymphomes	<i>lymphome_avt_lymphodepl</i>	Rémission complète (1) Réponse partielle (2) stable (3) Rechute (4) Progression (5) Statut inconnu (9)
	Statut de la maladie avant la lymphodéplétion pour les leucémies	<i>leucemie_avt_lymphodepl</i>	Réfractaire (1) Rémission complète moléculaire (2) rémission complète hématologique (3) Rémission incomplète (4) Rechute (5) Statut inconnu (9)
	Pourcentage de blastes médullaires	<i>pct_blaste</i>	% de blastes
	Envahissement extra-médullaire	<i>envahissement_extra_med</i>	O/N
Traitement CAR-T	Date commande au fournisseur	<i>date_comm_cart</i>	JJMMAAAA

	Echelle de performance utilisée (ECOG / IK)	<i>ech_perf_util</i>	ECOG (1)/IK (2)
	Valeur de l'ECOG ou de l'IK avant traitement	<i>ech_perf_comm</i>	Numérique
	traitement injecté au patient	<i>tt_inj</i>	O/N
	Date administration de la poche	<i>date_admin_cart</i>	JJMMAAAA
	Cause de non réinjection	<i>cause_non_reinj</i>	Décès (1) Progression de la maladie (2) Autre (3)
	Médicament conforme	<i>medict_conforme</i>	O/N
	Date de l'aphérèse	<i>date_apherese</i>	JJMMAAAA
	Dose de cellules car-T administrées	<i>cart_nbcell</i>	Numérique
	Pourcentage de viabilité cellulaire	<i>viab_cellul</i>	%
	Valeur de l'ECOG ou de l'IK après traitement	<i>ech_perf_trait</i>	Numérique
Autre traitement	Recours tt de contrôle	<i>tt_controle</i>	O/N
	Tocilizumab	<i>tolicizumab_inj</i>	O/N
	Si oui, nb de mg	<i>tolici_mg</i>	numérique
	Si oui, Type de traitement	<i>tolici_inj_type</i>	curatif (1) préventif (2)
Modalité du suivi	Le patient est-il suivi dans le même établissement	<i>suivi_etab</i>	O/N

Datexp Car T-Cells (csv
séparateur point virgule)

Fichier 2/2(suivi)

Section	Libellé	Nom variable	Commentaires
Entete	N° FINESS géographique	<i>finess_geo</i>	9 caractères
	N° IPP	<i>IPP</i>	
	ID Exp	<i>id_exp</i>	N9903
	N°ordre	<i>id_ord</i>	2
	N° du traitement	<i>notrait</i>	Numérique

Suivi	Identification du suivi	<i>id_suivi</i>	M1 à M6+
	date du suivi	<i>date_suivi</i>	JJMMAAAA
	Décès	<i>suivi_dc</i>	O/N
	Date du décès	<i>dc_date</i>	JJMMAAAA (Date du décès)
	Cause décès	<i>dc_cause</i>	O (si toxicité Cart) /N
	Rémission complète	<i>remission_compl</i>	O/N
	Date de rémission complète	<i>remission_compl_date</i>	JJMMAAAA
	Rémission partielle	<i>remission_partielle</i>	O/N
	Date de rémission partielle	<i>remission_partielle_date</i>	JJMMAAAA
	Progression de la maladie	<i>progres_mdie</i>	O/N
	Effet indésirable ou complications	<i>suivi_complic</i>	O/N
Effets indésirables ou complications	Transfert en réanimation	<i>rea</i>	O/N
	Syndrome de relargage des cytokines	<i>cytokin</i>	O/N/Non évalué
	Syndrome ayant nécessité une réanimation	<i>cytok_tt_rea</i>	O/N
	Syndrome ayant nécessité un traitement par catécholamines	<i>cytok_cathec</i>	O/N
	Syndrome ayant nécessité une ventilation mécanique	<i>cytok_ventil</i>	O/N
	Neurotoxicité	<i>neurotox</i>	O/N/Non évalué
	Neurotoxicité ayant nécessité une réanimation	<i>neurotox_rea</i>	O/N
	Neurotoxicité ayant nécessité une ventilation mécanique	<i>neurotox_ventil</i>	O/N
	Cytopénies retardées	<i>cytopen</i>	O/N/Non évalué
	Neutropénie ou thrombocytopénie de grade 3/4 au-delà des 30 jours suivants l'injection d'un des médicaments définis au I de la présente annexe	<i>cytopen_neutro_thrombo</i>	O/N/Non évalué

	Anémie de grade 3/4 au-delà des 30 jours suivants l'injection d'un des médicaments définis au I de la présente annexe	<i>cytopen_anemie</i>	O/N/Non évalué
	Cytopénie ayant nécessité un recours à des transfusions	<i>cytopen_transfusions</i>	O/N
	Cytopénie ayant nécessité un recours à des facteurs de croissance	<i>cytopen_fctr_crois</i>	O/N
	Œdème cérébral	<i>oedeme_cerv</i>	O/N/Non évalué
	Toxicité d'organes	<i>toxi_org</i>	O/N/Non évalué
	Syndrome de lyse tumorale	<i>lyse_tumorale</i>	O/N/Non évalué
	AVC hémorragique	<i>avc_hemo</i>	O/N/Non évalué
	Aplasie médullaire	<i>aplasie_med</i>	O/N/Non évalué
	Hypogammaglobulinémie	<i>hypo_glob</i>	O/N/Non évalué
	Mutagénèse insertionnelle	<i>mutagenes</i>	O/N/Non évalué
	Infection grade 3-4	<i>infection</i>	O/N/Non évalué
	Cancer secondaire	<i>Cancer_2nd</i>	O/N/Non évalué
	Apparition maladie auto-immune	<i>mdie_autoimm</i>	O/N/Non évalué
	Si oui, clinique	<i>mdie_autoimm_clinique</i>	O/N
	Autre effet indésirable ou complication	<i>autre</i>	O/N
Traitement	Tocilizumab	<i>ttsuivi_tocli</i>	O/N
	Si oui, dose Tocilizumab en mg	<i>ttsuivi_tocli_mg</i>	Numérique
	Siltuximab	<i>ttsuivi_siltu</i>	O/N
	Immunoglobulines Polyvalentes	<i>ttsuivi_immuno</i>	O/N

6.2 Format du fichier Recueil MRC d'entrée de traitement

Datexp MRC (csv séparateur point virgule)	Fichier 1/1						
Recueil Patient MRC							
Domaine	Libellés	Variables	Type (C: caractère, N: Numérique)	Longueu r	Modalités	Libellés des modalités	Commentaires
Données administratives	FINESS géographique	<i>finess_geo</i>	C	9			Obligatoire (établissement qui facture les forfaits FPC MRC)
	Identifiant Permanent Patient (IPP)	<i>ipp</i>	C	Maximum 20			Obligatoire
	Numéro d'enquête	<i>IDENQUET E</i>	C	5	N9904		Obligatoire (modalité par convention)
	Numéro de fichier	<i>NUMFICHI ER</i>	C	1	1		Obligatoire (modalité par convention)
	FINESS juridique	<i>finess_jur</i>	C	9			
	Date de naissance	<i>ddn</i>	C [JJMMAAAA]	8			Date
	Sexe	<i>sex</i>	C	1	1 2	(1) Masculin (2) Féminin	
	Date de début de la prise en charge dans le parcours	<i>date_debut</i>	C [JJMMAAAA]	8			Date

	Date de fin la prise en charge dans le parcours	<i>date_fin</i>	C [JJMMAAAA]	8			Date
	Mode de sortie du patient du parcours	<i>mode_sortie</i>	C	1	1 2 3 4 7 8 9	(1) Suppléance - hémodialyse ; (2) Suppléance - dialyse péritonéale ; (3) Suppléance - transplantation (4) Adressage équipe spécialisée soins palliatifs ; (7) Décès ; (8) Perdu de vue ; (9) Autre.	

	Patient bénéficiant de la CMU-c ou de l'ACS, puis de la "Complémentaire santé solidaire"	<i>assu_sant</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
Caractéristiques patients	Etiologie de la pathologie rénale : Hypertension artérielle	<i>patho_hta</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Etiologie de la pathologie rénale : Néphropathie diabétique	<i>patho_diab</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Etiologie de la pathologie rénale : Glomérulonéphrite primitive	<i>patho_glom</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Etiologie de la pathologie rénale : Polykystose	<i>patho_kyst</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Etiologie de la pathologie rénale : Pyélonéphrite	<i>patho_pyelo</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Etiologie de la pathologie rénale : Vasculaire	<i>patho_vasc</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Etiologie de la pathologie rénale : Inconnue	<i>patho_inco</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Stade de la MRC au 1er semestre	<i>stade_mrc_s1</i>	C	1	4 5	(4) Stade 4 de la maladie (5) Stade 5 de la maladie	

	DFG au 1er semestre	<i>dfg_s1</i>	C	1	0 1 2 3 4 5 6	(0) ≥ 30 ml/min; (1) [25 ; 30[ml/min ; (2) [20 ; 25[ml/min ; (3) [15 ; 20[ml/min; (4) [10 ; 15[ml/min ; (5) [5 ; 10[ml/min ; (6) [0 ; 5[ml/min.	
	Date DFG au 1er semestre	<i>date_dfg_s1</i>	C [JJMMAAAA]	8			Date
	Test protéinurie des 24h au 1er semestre	<i>prot_u_s1</i>	C	1	1 2 3 4	(1) <0,5 g/24h; (2) [0,5; 1[g/24h; (3) [1; 3[g/24h; (4) ≥ 3 g/24h.	Test protéinurie des 24h ou test « spot » sur protéinurie/créatininurie au 1er semestre
	Test spot au 1er semestre	<i>spot_u_s1</i>	C	1	1 2 3 4	(1) <20mg /mmol (2) [20 ; 30[mg/mmol (3) [30 ; 3500[mg/mmol (4) ≥ 3500 mg/mmol	

	Stade de la MRC au 2e Semestre	<i>stade_mrc_s2</i>	C	1	4 5	(4) Stade 4 de la maladie (5) Stade 5 de la maladie	
	DFG au 2e semestre	<i>dfg_s2</i>	C	1	0 1 2 3 4 5 6	(0) ≥ 30 ml/min; (1) [25 ; 30[ml/min ; (2) [20 ; 25[ml/min ; (3) [15 ; 20[ml/min; (4) [10 ; 15[ml/min ; (5) [5 ; 10[ml/min ; (6) [0 ; 5[ml/min.	
	Date DFG au 2e semestre	<i>date_dfg_s2</i>	C [JJMMAAAA]	8			Date
	Test protéinurie des 24h au 2e semestre	<i>prot_u_s2</i>	C	1	1 2 3 4	(1) <0,5 g/24h; (2) [0,5; 1[g/24h; (3) [1; 3[g/24h; (4) ≥ 3 g/24h.	Test protéinurie des 24h ou test « spot » sur protéinurie/créatinurie au 1er semestre
	Test spot au 2e semestre	<i>spot_u_s2</i>	C	1	1 2 3 4	(1) <20mg /mmol (2) [20 ; 30[mg/mmol (3) [30 ;	

						3500[mg/mmol (4) ≥3500 mg/mmol	
	Présence d'au moins une complication ou comorbidité	<i>com_pres</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	Liste de complications et comorbidités à cocher
	Diabète	<i>com_diab</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Tabac	<i>com_tab</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Insuffisance respiratoire chronique ou BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	<i>com_resp</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Syndrome d'apnée du sommeil	<i>com_sas</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Oxygénothérapie ou assistance ventilatoire à domicile	<i>com_o2</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Insuffisance cardiaque	<i>com_card</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Insuffisance coronarienne	<i>com_coro</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Infarctus du myocarde	<i>com_idm</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	<i>com_ryth</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Anévrysme de l'aorte abdominale	<i>com_aa</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	

	Artérite des membres inférieurs	<i>com_aomi</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Accident vasculaire cérébral (AVC)	<i>com_avc</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Accident ischémique transitoire (AIT)	<i>com_ait</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Cancer ou hémopathie évolutif	<i>com_canc</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	AgHBS positif	<i>com_hb</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	PCR VHC positif	<i>com_hc</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Cirrhose	<i>com_cirr</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Séropositivité HIV (hors SIDA)	<i>com_hiv</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	SIDA	<i>com_sida</i>	C	1	0 1	(0) NON (1) OUI	
	Autres	<i>com_autr</i>	C	Maximum 600		CIM 10	
	Mobilité selon la classification ABM	<i>mob_abm</i>	C	1	1 2 3	(1) Incapacité totale à marcher (2) Aide d'une tierce personne requise pour	Codes CIM-10 des diagnostics, avec extensions, sans point, séparés par des points-virgules

						les déplacements (3) Marche autonome (même assistée d'une canne ou d'un déambulateur)	
Activité	Nombre de consultations de néphrologue	<i>cs_nephro</i>	N	2			
	Nombre de séances avec un diététicien	<i>cs_diet</i>	N	2			
	Nombre de séances avec un IDE pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie	<i>cs_ide</i>	N	2			
	Nombre d'entretiens avec une assistance sociale	<i>cs_so</i>	N	2			
	Nombre de séances avec un psychologue	<i>cs_psy</i>	N	2			

7 Formats anonymisés de sortie de traitement de GENRSA

7.1 Format de RSA 225 (format 2019)

Libellé		Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS e-PMSI		9	1	9	
Numéro de version du format du RSA		3	10	12	225
N° d'index du RSA		10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"		3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs		3	26	28	
Groupage lu : version de la classification		2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32	
	Type	1	33	33	
	Numéro	2	34	35	
	Complexité	1	36	36	
Groupage lu : code-retour		3	37	39	
Groupage GENRSA : version de la classification		2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43	
	Type	1	44	44	
	Numéro	2	45	46	
	Complexité	1	47	47	
Groupage GENRSA : code-retour		3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (Nb RUM)		2	51	52	
Age en années		3	53	55	
Age en jours		3	56	58	
Sexe		1	59	59	
Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO		1	60	60	

Provenance	1	61	61	
Mois de sortie	2	62	63	
Année de sortie	4	64	67	
Mode de sortie du champ PMSI-MCO	1	68	68	
Destination	1	69	69	
Type de séjour	1	70	70	
Durée totale du séjour dans le champ du PMSI	4	71	74	
Code géographique de résidence	5	75	79	
Poids d'entrée (en grammes)	4	80	83	
Age gestationnel retenu pour le groupage	2	84	85	
Délai de la date des dernières règles par rapport à la date d'entrée	3	86	88	
Nombre de séances	2	89	90	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	91	94	
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	95	98	
Type de séjour inférieur à la borne extrême basse	1	99	99	
Nb journées EXB	3	100	102	
Top Admission Maison de Naissance	1	103	103	0 : non, 1 : oui
Top Radiation partielle Avastin	1	104	104	0 : non, 1 : oui
Top Radiation partielle Alimta	1	105	105	0 : non, 1 : oui
Top UHCD	1	106	106	
Top GHS minoré	1	107	107	0 : non, 1 : oui
Confirmation du codage du séjour	1	108	108	
Nombre d'autorisations d'unités médicales à portée globale valides (Nb_AutPGV)	1	109	109	
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	110	112	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	113	115	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	116	118	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	119	121	

Nombre d'actes menant dans le GHS 9615	3	122	124	9615(aphérèse sanguine)
Nombre de suppléments radiothérapie pédiatrique	3	125	127	
Nombre de suppléments antepartum	3	128	130	
Nombre de zones de suppléments de radiothérapie (Nb_Rdth)	1	131	131	
Top valves aortiques percutanées	1	132	132	1 si date sortie >=15/08/2012 + type autorisation UM 60 + acte pose, blanc sinon
Type de génération automatique du RSA	1	133	133	0 : pas de génération automatique, 1 : FFM, ATU, SE 2 : médecin salariés, 3 : dialyse
GHS si non prise en compte de l'innovation	4	134	137	
Filler	8	138	145	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	146	148	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	149	149	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	150	152	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	153	155	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	156	158	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	159	161	
Nombre de suppléments NN1	3	162	164	
Nombre de suppléments NN2	3	165	167	
Nombre de suppléments NN3	3	168	170	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	171	173	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	174	174	
Type de machine en radiothérapie	1	175	175	
Type de dosimétrie	1	176	176	
Numéro d'innovation	15	177	191	
Supplément défibrillateur cardiaque	1	192	192	0 : non, 1 : oui
Conversion hospitalisation complète	1	193	193	1 : conversion en hospitalisation complète ou mixte après prise en charge en HP, 0 : pas de conversion, blanc : non concerné
Prise en charge RAAC	1	194	194	1 : prise en charge RAAC, 0 : pas de prise en charge RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie)
Filler	1	195	195	

Séjour éligible au forfait diabète	1	196	196	0: non, 1 : oui
Filler	4	197	200	
N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP	2	201	202	
Diagnostic principal (DP)	6	203	208	
Diagnostic relié (DR)	6	209	214	
Nombre de diagnostics associés dans ce RSA	4	215	218	
Nombre de zones d'actes dans ce RSA	5	219	223	
Filler	15	224	238	
Type d'autorisation à portée globale valide n° 1	2	239	240	
...	...			
Type d'autorisation à portée globale valide n° Nb_AutPGV	2			
Zone de suppléments de radiothérapie n° 1	Code du supplément (n° GHS)	4		
	Nombre de suppléments	3		
...
Zone de suppléments de radiothérapie n° Nb_Rdth	Code du supplément (n° GHS)	4		
	Nombre de suppléments	3		
Informations RUM n°1	N° séquentiel de RUM	2		
	Filler	3		
	Numéro FINESS géographique	9		
	DP	6		
	DR	6		
	IGS2	3		
	Age gestationnel du RUM	2		
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_1)	2		
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_1)	3		
	Durée séjour partielle	4		
	Premier type d'autorisation d'UM	4		

	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de supplément pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
...
Informations RUM n° Nb RUM	N° séquentiel de RUM	2			
	Filler	3			
	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Age gestationnel du RUM	2			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_NbRUM)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_NbRUM)	3			
	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de supplément pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
DA n° 1 du RUM n° 1		6			
...	

DA n° Nb_DA_R_1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° 1 du RUM n° NbRUM		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_NbRUM du RUM n° NbRUM		6			
Zone acte n° 1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non

Zone acte n° Nb_Act_R_1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			

	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non
...
Zone acte n° 1 du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non
...
Zone acte n° Nb_Act_R_NbRUM du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non

7.2 Fichier ANO de chaînage

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° format	3	10	12	
N° format VID-HOSP	3	13	15	013
Mois de la date d'entrée du séjour	2	16	17	
Année de la date d'entrée du séjour	4	18	21	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	22	22	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	23	23	
Code retour contrôle « sexe »	1	24	24	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	25	25	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	26	26	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	27	27	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	28	28	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	29	29	Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	30	30	Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A
N° anonyme	17	31	47	
N° anonyme individuel	17	48	64	
Délai à la date d'entrée	5	65	69	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	70	79	
Date d'entrée du séjour PMSI	8	80	87	(*)
Date de sortie du séjour PMSI	8	88	95	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	96	96	
Code retour contrôle « code gestion »	1	97	97	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	98	98	

Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	99	99	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	100	100	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	101	101	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	102	102	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	103	103	
Code retour contrôle « ticket modérateur forfaitaire »	1	104	104	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	105	105	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	106	106	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	107	107	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	108	108	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	109	109	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	110	110	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	111	111	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	112	112	
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	113	113	
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	114	114	
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	115	115	
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	116	116	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	117	117	
Code retour contrôle « Code participation assuré »	1	118	118	
Code retour contrôle « N° d'entrée »	1	119	119	
Code retour contrôle « Rang de naissance »	1	120	120	
Code retour contrôle « Rang du bénéficiaire »	1	121	121	
Code retour contrôle « N° caisse gestionnaire »	1	122	122	
Code retour contrôle « N° centre gestionnaire »	1	123	123	
Code retour contrôle "Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents"	1	124	124	
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	125	125	

Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	126	126	
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	127	127	
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	128	128	
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	129	129	
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	130	130	
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	131	131	
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	132	132	
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	133	133	
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	134	134	
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	135	135	
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	136	136	
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	137	137	
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	138	138	
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	139	139	
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	140	140	
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	141	141	
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	142	142	
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	143	143	
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	144	144	
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	145	145	
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	146	146	
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	147	147	
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	148	148	
Code retour contrôle " N° d'identification permanent du patient"	1	149	149	
Code grand régime	2	150	151	Type 2 CP positions 49-50
Code gestion	2	152	153	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	154	154	cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2 {0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}

Code de prise en charge du forfait journalier	1	155	155	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	156	157	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2
				10 : Maladie
				13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle)
				30 : Maternité
				41 : Accident du travail
				90 : Prévention maladie
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	158	159	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	160	160	0 : non
				1 : oui
				2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
				3 : en attente de décision sur les droits du patient
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	161	161	
Facturation du ticket modérateur forfaitaire	1	162	162	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	163	166	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	167	176	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	177	186	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	187	196	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	197	200	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	201	210	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	211	215	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	216	216	
N° anonyme mère-enfant	32	217	248	Eventuellement vide
N° chaînage mère-enfant	32	249	280	Eventuellement vide
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	281	281	
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	282	282	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	283	290	

Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	291	300	8+2 : montant en centimes d'euro
Code participation assuré	1	301	301	
Identifiant de première hospitalisation	5	302	306	
CR Identifiant de première hospitalisation	1	307	307	
Filler	3	308	310	
Rang de naissance	1	311	311	
Rang du bénéficiaire	3	312	314	
N° caisse gestionnaire	3	315	317	
N° centre gestionnaire	4	318	321	
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	322	322	
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	323	331	Type 2 CP positions 86-94
N° d'organisme complémentaire	10	332	341	Type 2 CP positions 119-128
Nature de la pièce justificative des droits	1	342	342	
Prise en charge établie le	8	343	350	
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	351	358	
Délivrée par	3	359	361	
Régime de prestation de l'assuré	3	362	364	
Top éclatement des flux par l'établissement	1	365	365	
Date d'entrée	8	366	373	(*)
Date de sortie	8	374	381	(*)
Montant total du séjour facturé au patient	8	382	389	Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	390	390	Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	391	398	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	399	406	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC

Date de facturation patient	8	407	414	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	415	422	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	423	430	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	431	438	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	439	439	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	440	440	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	1	441	441	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet

Pays d'assurance social	3	442	444	Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Ou bien code ISO 3166-1 Alpha-3. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine). Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre...). De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
N° d'identification permanent du patient anonymisé	44	445	488	valable pour un Finess PMSI, dans tous les champs d'hospitalisation; vide si IPP non renseigné ; à 44 X si IPP égal à 20 X.
Filler	18	489	506	
Empreinte numérique	64	507	570	
Zone chiffrée	344	571	914	

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

Le N° de séjour est un numéro permettant de séquencer les différentes hospitalisations du patient.

Le code retour du chaînage, permet de suivre le processus (MAGIC – « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI » – « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »).

Détail des codes retour :

« n° de sécurité sociale »

cf. format ANO-HOSP.

« date de naissance »

cf. format ANO-HOSP.

« **sexe** »

cf. format ANO-HOSP.

« **n° d'identification administratif de séjour** »

cf. format ANO-HOSP.

« **fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI** »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A20 ou A20B

2 : présence d'une erreur C10

1 : présence d'une erreur (A20 OU A20B) ET C10

« **fusion ANO-PMSI et fichier PMSI** »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A10 ou A10B

« **date de référence** »

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)

« **code grand régime** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Code Gestion** »

cf. format ANO-HOSP

« **code justification d'exonération du ticket modérateur** »

cf. format ANO-HOSP.

« **code de prise en charge du forfait journalier** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Nature d'assurance** »

cf. format ANO-HOSP.

« **type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Séjour facturable à l'assurance maladie** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Facturation du 18 euros** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Nombre de venues** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant à facturer au titre du ticket modérateur** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant à facturer au titre du forfait journalier** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant lié à la majoration au parcours de soin** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant base remboursement** »

cf. format ANO-HOSP.

« **taux de remboursement** »

cf. format ANO-HOSP.

7.3 Formats des fichiers complémentaires anonymisés

Médicament (*.med)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	06
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Nombre de séjours impliqués	6	37	42	
Code UCD	13	43	55	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	56	65	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	66	75	7+3
Mois de la date d'administration	2	76	77	
Année de la date d'administration	4	78	81	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	82	85	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	86	86	
Top transcodage UCD13 auto	1	87	87	1=où, 2=non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	7	88	94	Voir Remarque 1 ci-dessous
Filler	18	95	112	

DMI (*.dmip)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	02
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Code LPP	9	37	45	
Nombre posé	10	46	55	
Prix d'achat multiplié par le nombre posé	10	56	65	7+3
Mois de la date de pose	2	66	67	
Année de la date de pose	4	68	71	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de pose	4	72	75	

Prélèvements d'organes (*.porg)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	03
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Code PO	3	37	39	PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9
Mois de la date de réalisation du prélèvement d'organe	2	40	41	
Année de la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	42	45	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	46	49	

Prestations interétablissements (*.pie)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	04
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Code Prestation	9	37	45	
Mois de la date de début de la prestation	2	46	47	
Année de la date de début de la prestation	4	48	51	
Nombre de suppléments payés	10	52	61	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de début de la prestation	4	62	65	
Durée de la prestation	4	66	69	

Forfaits de dialyses péritonéales (*.diap)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	05
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Code Prestation	3	37	39	
Nombre de semaines facturées	10	40	49	

Médicament avec ATU (*.medatu)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	09
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Nombre de séjours impliqués	6	37	42	
Code UCD	13	43	55	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	56	65	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	66	75	7+3
Mois de la date d'administration	2	76	77	
Année de la date d'administration	4	78	81	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	82	85	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	86	86	
Top transcodage UCD13 auto	1	87	87	1=oui, 2=non
Filler	25	88	112	

Médicament anti-thrombotique (*.medthrombo)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1

Type de prestation	2	19	20	10
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Nombre de séjours impliqués	6	37	42	
Code UCD	13	43	55	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	56	65	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	66	75	7+3
Mois de la date d'administration	2	76	77	
Année de la date d'administration	4	78	81	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	82	85	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	86	86	
Top transcodage UCD13 auto	1	87	87	1=ooui, 2=non
Filler	25	88	112	

IVG (*.ivg)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	53
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Mois du séjour	2	37	38	
Année du séjour	4	39	42	
Nombre d'IVG antérieures	2	43	44	
Année de la dernière IVG	4	45	48	
Nombre de naissances vivantes antérieures	2	49	50	
Filler	30	51	80	

UM (*.ium)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° format	2	10	11	90
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° FINESS géographique	9	18	26	
N° UM	4	27	30	
Type d'autorisation	4	31	34	
Date de début d'effet	8	35	42	
Nombre de lits	3	43	45	

7.4 Format du fichier STA

Format de fichier de signatures applicable à compter du 1er janvier 2009.

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
N° d'index du RSA	10	10	19	
Signature FG	5	20	24	
Signature RSS	20	25	44	
Signature Contrôle	8	45	52	

7.5 Format du Fichier LEG

Liste d'erreurs de groupage
FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Nb d'erreurs Nberr
CR 1
...
CR Nberr
Fichier avec séparateur " ; "

LES ERREURS DANS CE FICHIER LEG SONT DE PLUSIEURS TYPE

1. **ERREUR DE GROUPAGE** : l'erreur de groupage commence par la lettre G et un nombre composé de 3 chiffres, (exemple : G002, INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL)
2. **ERREUR DE CONTROLE** : l'erreur de contrôle commence par la lettre C et un nombre composé de 3 chiffres.
3. **ERREUR D'IMPLEMENTATION** : l'erreur d'implémentation est moins fréquente et il commence par la lettre I suivie par un nombre composé de 3 chiffres.
4. **ERREUR DANS UN ENREGISTREMENT FICHCOMP PIP** (prothèses PIP): l'erreur commence par les 2 lettres **PI** et un nombre composé de 2 chiffres (exemple : PI01, un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même administratif local de séjour)
5. **ERREUR DANS UN ENREGISTREMENT FICHCOMP PORG** (prélèvements d'organes): l'erreur commence par les 2 lettres **PG** et un nombre composé de 2 chiffres (exemple : PG01, Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même administratif local de séjour)

7.6 Formats des fichiers DATEXP anonymisés

7.6.1 Formats des fichiers CAR-T cells anonymisés

DATEXP CAR-T-cells (csv séparateur point-virgule)	
Fichier numéro 1/2	n99031.datexp
N° FINESS e-PMSI	
N° enquête expérimentale	N9903
N° de fichier	1
Année période	
Mois période	
N° d'identification permanent du patient anonymisé	IPP anonymisé sur 44 caractères
N° FINESS géographique	
N° de traitement	En cas de nouveau traitement pour le même patient (numérique)
spécialité UCD	Code UCD
Indication Thérapeutique	Lymphome non Hodgkinien (1) Leucémie aiguë Lymphoblastique (2) Autres (3)
Nombre de lignes de traitement reçues avant indication CAR-T	1 (1)/2 (2)/3 ou plus (3)/ Aucune(8)/Inconnu(9) Numérique
Le patient a déjà reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques	O/N
Le patient a déjà reçu une greffe autologue de cellules souches hématopoïétiques	O/N
Statut de la maladie avant la lymphodéplétion pour les lymphomes	Rémission complète (1) Réponse partielle (2) stable (3) Rechute (4) Progression (5) Statut inconnu (9)
Statut de la maladie avant la lymphodéplétion pour les leucémies	Réfractaire (1) Rémission complète moléculaire (2) rémission complète hématologique (3) Rémission incomplète (4) Rechute (5) Statut inconnu (9)
Pourcentage de blastes médullaires	numérique
Envahissement extra-médullaire	O/N
Date de commande au fournisseur	MMAAAA
Echelle de performance utilisée (ECOG / IK)	ECOG (1)/IK (2)
Valeur de l'ECOG ou de l'IK au moment de la commande	Numérique
traitement injecté au patient	O/N
Date administration de la poche	MMAAAA
Cause de non réinjection	Décès (1) Progression de la maladie (2) Autre (3)
Médicament conforme	O/N
Date de l'aphérèse	MMAAAA
Dose de cellules car-T administrées	Numérique
Pourcentage de viabilité cellulaire	numérique
Valeur de l'ECOG ou de l'IK au moment de l'injection	Numérique
Recours traitement de contrôle	O/N
Tocilizumab	O/N
dose Tocilizumab en mg	numérique
Type de traitement Tocilizumab	curatif (1) préventif (2)
Le patient est-il suivi dans le même établissement	O/N

DATEXP CAR-T-cells (csv séparateur point-virgule)	
Fichier numéro 2/2	n99032.datexp
N° FINESS e-PMSI	
N° enquête expérimentale	N9903
N° de fichier	2
Année période	
Mois période	
N° d'identification permanent du patient anonymisé	IPP anonymisé sur 44 caractères
N° FINESS géographique	
N° du traitement	Numérique
Identification du suivi	M1 à M6+
date du suivi	MMAAAA
Décès	O/N
Date du décès	MMAAAA (mois année du décès)
Décès lié à la toxicité du CAR-T cell	O/N
Rémission complète	O/N
Date de rémission complète	MMAAAA
Rémission partielle	O/N
Date de rémission partielle	MMAAAA
Progression de la maladie	O/N
Effet indésirable ou complications	O/N
Transfert en réanimation	O/N
Syndrome de relargage des cytokines	O/N/Non évalué
Syndrome de relargage des cytokines ayant nécessité une réanimation	O/N
Syndrome de relargage des cytokines ayant nécessité un traitement par catécholamines	O/N
Syndrome de relargage des cytokines ayant nécessité une ventilation mécanique	O/N
Neurotoxicité	O/N/Non évalué
Neurotoxicité ayant nécessité une réanimation	O/N
Neurotoxicité ayant nécessité une ventilation mécanique	O/N
Cytopénies retardées	O/N/Non évalué
Neutropénie ou thrombocytopénie de grade 3/4 au-delà des 30 jours suivants l'injection d'un des médicaments définis au I de la présente annexe	O/N/Non évalué
Anémie de grade 3/4 au-delà des 30 jours suivants l'injection d'un des médicaments définis au I de la présente annexe	O/N/Non évalué
Cytopénie ayant nécessité un recours à des transfusions	O/N
Cytopénie ayant nécessité un recours à des facteurs de croissance	O/N
Œdème cérébral	O/N/Non évalué
Toxicité d'organes	O/N/Non évalué
Syndrome de lyse tumorale	O/N/Non évalué
AVC hémorragique	O/N/Non évalué
Aplasie médullaire	O/N/Non évalué
Hypogammaglobulinémie	O/N/Non évalué
Mutagenèse insertionnelle	O/N/Non évalué
Infection grade 3-4	O/N/Non évalué
Cancer secondaire	O/N/Non évalué
Apparition maladie auto-immune	O/N/Non évalué
Maladie auto-immune clinique	O/N
Autre effet indésirable ou complication	O/N

Tocilizumab	O/N
dose Tocilizumab en mg	Numérique
Siltuximab	O/N
Immunoglobulines Polyvalentes	O/N

7.6.2 Format du fichier Recueil MRC anonymisé

Fichier numéro 1/1	noms des colonnes	
N° FINESS e-PMSI	<i>finess_pmsi</i>	
N° enquête expérimentale	<i>id_exp</i>	N9904
N° de fichier	<i>id_ord</i>	1
Année période	<i>annee_periode</i>	
Mois période	<i>mois_periode</i>	
N° d'identification permanent du patient anonymisé	<i>ipp</i>	IPP anonymisé sur 44 caractères
N° FINESS géographique	<i>finess_geo</i>	
FINESS juridique	<i>finess_jur</i>	
Age en années au 1er janvier de l'année de transmission	<i>age_annee</i>	différence en années entre date de naissance et 1er janvier de l'année de transmission (égale à XXX si la date de naissance est au mauvais format)
Sexe	<i>sex</i>	(1) Masculin (2) Féminin
mois année de début de la prise en charge dans le parcours	<i>moisannee_debut</i>	MMAAAA
mois année de fin la prise en charge dans le parcours	<i>moisannee_fin</i>	MMAAAA
Mode de sortie du patient du parcours	<i>mode_sortie</i>	(1) Suppléance - hémodialyse ;(2) Suppléance - dialyse péritonéale ;(3) Suppléance - transplantation;(4) Adressage équipe spécialisée soins palliatifs;(7) Décès ;(8) Perdu de vue ;(9) Autre.
Patient bénéficiant de la CMU-c ou de l'ACS, puis de la "Complémentaire santé solidaire"	<i>assu_sant</i>	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Hypertension artérielle	<i>patho_hta</i>	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Néphropathie diabétique	<i>patho_diab</i>	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Glomérulonéphrite primitive	<i>patho_glom</i>	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Polykystose	<i>patho_kyst</i>	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Pyélonéphrite	<i>patho_pyelo</i>	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Vasculaire	<i>patho_vasc</i>	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Inconnue	<i>patho_inco</i>	(0) NON (1) OUI
Stade de la MRC au 1er semestre	<i>stade_mrc_s1</i>	(4) Stade 4 de la maladie; (5) Stade 5 de la maladie
DFG au 1er semestre	<i>dfg_s1</i>	(0) ≥ 30 ml/min; (1) [25 ; 30[ml/min ; (2) [20 ; 25[ml/min ; (3) [15 ; 20[ml/min; (4) [10 ; 15[ml/min ; (5) [5 ; 10[ml/min ; (6) [0 ; 5[ml/min.

mois année DFG au 1er semestre	<i>moisannee_dfg_s1</i>	MMAAAA
Test protéinurie des 24h au 1er semestre	<i>prot_u_s1</i>	(1) <0,5 g/24h; (2) [0,5; 1[g/24h; (3) [1; 3[g/24h; (4) ≥ 3 g/24h.
Test spot au 1er semestre	<i>spot_u_s1</i>	(1) <20mg /mmol (2) [20 ; 30[mg/mmol (3) [30 ; 3500[mg/mmol (4) ≥3500 mg/mmol
Stade de la MRC au 2e Semestre	<i>stade_mrc_s2</i>	(4) Stade 4 de la maladie;(5) Stade 5 de la maladie
DFG au 2e semestre	<i>dfg_s2</i>	(0) ≥30 ml/min; (1) [25 ; 30[ml/min ; (2) [20 ; 25[ml/min ; (3) [15 ; 20[ml/min; (4) [10 ; 15[ml/min ; (5) [5 ; 10[ml/min ; (6) [0 ; 5[ml/min.
mois année DFG au 2e semestre	<i>moisannee_dfg_s2</i>	MMAAAA
Test protéinurie des 24h au 2e semestre	<i>prot_u_s2</i>	(1) <0,5 g/24h; (2) [0,5; 1[g/24h; (3) [1; 3[g/24h; (4) ≥ 3 g/24h.
Test spot au 2e semestre	<i>spot_u_s2</i>	(1) <20mg /mmol (2) [20 ; 30[mg/mmol (3) [30 ; 3500[mg/mmol (4) ≥3500 mg/mmol
Présence d'au moins une complication ou comorbidité	<i>com_pres</i>	(0) NON (1) OUI
Diabète	<i>com_diab</i>	(0) NON (1) OUI
Tabac	<i>com_tab</i>	(0) NON (1) OUI
Insuffisance respiratoire chronique ou BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	<i>com_resp</i>	(0) NON (1) OUI
Syndrome d'apnée du sommeil	<i>com_sas</i>	(0) NON (1) OUI
Oxygénothérapie ou assistance ventilatoire à domicile	<i>com_o2</i>	(0) NON (1) OUI
Insuffisance cardiaque	<i>com_card</i>	(0) NON (1) OUI
Insuffisance coronarienne	<i>com_coro</i>	(0) NON (1) OUI
Infarctus du myocarde	<i>com_idm</i>	(0) NON (1) OUI
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	<i>com_ryth</i>	(0) NON (1) OUI
Anévrysme de l'aorte abdominale	<i>com_aa</i>	(0) NON (1) OUI
Artérite des membres inférieurs	<i>com_aomi</i>	(0) NON (1) OUI
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<i>com_avc</i>	(0) NON (1) OUI
Accident ischémique transitoire (AIT)	<i>com_ait</i>	(0) NON (1) OUI
Cancer ou hémopathie évolutif	<i>com_canc</i>	(0) NON (1) OUI
AgHBS positif	<i>com_hb</i>	(0) NON (1) OUI
PCR VHC positif	<i>com_hc</i>	(0) NON (1) OUI
Cirrhose	<i>com_cirr</i>	(0) NON (1) OUI
Séropositivité HIV (hors SIDA)	<i>com_hiv</i>	(0) NON (1) OUI
SIDA	<i>com_sida</i>	(0) NON (1) OUI
Autres	<i>com_autr</i>	code CIM 10

Mobilité selon la classification ABM	<i>mob_abm</i>	(1) Incapacité totale à marcher (2) Aide d'une tierce personne requise pour les déplacements (3) Marche autonome (même assistée d'une canne ou d'un déambulateur)
Nombre de consultations de néphrologue	<i>cs_nephro</i>	
Nombre de séances avec un diététicien	<i>cs_diet</i>	
Nombre de séances avec un IDE pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie	<i>cs_ide</i>	
Nombre d'entretiens avec une assistance sociale	<i>cs_so</i>	
Nombre de séances avec un psychologue	<i>cs_psy</i>	

8 Les erreurs de la Fonction Groupage du fichier LEG

8.1 Liste des intitulés des codes erreurs de la Fonction Groupage

C010	RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
C011	NUMÉRO DE RSS ABSENT
C013	DATE DE NAISSANCE ABSENTE
C014	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
C015	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
C016	CODE SEXE ABSENT
C017	CODE SEXE ERRONÉ
C019	DATE D'ENTRÉE ABSENTE
C020	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
C021	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
C023	RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
C024	MODE D'ENTRÉE ABSENT
C025	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
C026	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
C027	RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
C028	DATE DE SORTIE ABSENTE
C029	DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
C030	DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
C032	RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE DATE D'ENTRÉE
C033	MODE DE SORTIE ABSENT
C034	MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
C035	MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
C036	NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
C037	RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
C039	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
C040	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
C041	CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C042	CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C043	CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM
C045	RSS MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
C046	RSS MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
C049	RSS MULTIUNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
C050	DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT
C051	CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C052	NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
C053	PROVENANCE ABSENTE
C054	DESTINATION ABSENTE
C055	NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT
C056	NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
C057	NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
C058	NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE

C059 FORMAT DE RUM INCONNU
 C062 UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
 C064 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
 C065 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
 C066 NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMLABLE
 C067 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
 C068 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
 C070 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
 C071 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
 C076 NUMÉRO FINESS DE FORMAT INCORRECT
 C077 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
 C073 ACTE N'AYANT JAMAIS EXISTE DANS LA CCAM
 C078 DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
 C079 DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
 C080 CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
 C081 CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
 C082 POIDS D'ENTREE NON NUMÉRIQUE
 C083 ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
 C084 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMLABLE CAR RARE
 C085 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
 C086 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
 C087 DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
 C088 CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION
 C090 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMLABLE CAR RARE
 C091 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
 C092 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
 C093 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS
 C094 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
 C095 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
 C096 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMLABLE CAR RARE
 C097 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
 C098 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
 C099 DIAGNOSTIC RELÉ IMPRÉCIS
 C100 TYPE D'AUTORISATION D'UNITE MEDICALE NON ACCEPTEE
 C101 TYPE D'AUTORISATION DE LIT DEDIE NON ACCEPTE
 C102 DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE
 C103 CODE D'ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE
 C110 ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR UN ACTE CCAM
 C111 CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM
 C112 GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
 C113 CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRECIS
 C114 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
 C115 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
 C116 CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRECIS
 C117 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
 C118 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
 C119 CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT

C120 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE
 C121 CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT
 C122 CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT
 C123 CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT
 C124 CONFIRMATION DU RSS NON NECESSAIRE ET PRESENTE
 C125 AGE GESTATIONNEL NON NUMERIQUE
 C126 AGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT
 C127 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT
 C128 POIDS D'ENTREE SUR UN OU DEUX CARACTERES NON AUTORISE
 C129 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D'ENTREE
 C130 DP EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
 C131 DR EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
 C132 DA EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
 (Note : Pour les contrôles C130 à C132, si l'âge est ≤ 10 ans, alors l'erreur sera générée.)
 C133 DP EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
 C134 DR EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
 C135 DA EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
 (Note : Pour les contrôles C133 à C135, si l'âge est ≥ 2 ans, alors l'erreur sera générée.)
 C142 DATE DE REALISATION DE L'ACTE D'ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNEE OU INCOHERENTE
 C143 MODE DE SORTIE INCOHERENT PAR RAPPORT AU DP
 C145 NOMBRE DE SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES
 C146 NOMBRE DE SEANCES INCOHERENT PAR RAPPORT A LA DUREE DE SEJOUR
 C147 DONNEES INCOMPATIBLES AVEC LE DP P95
 C148 ACTE INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
 C149 ACTE INCOMPATIBLE AVEC L'AGE INDIQUÉ
 C150 DP DE SEANCES NON AUTORISE DANS UN RSS MULTIUNITÉ
 C151 CODE DE CONVERSION DU RSS INCORRECT
 C152 VARIABLE CONVERSION RENSEIGNEE A OUI ET UM DE TYPE HP
 C153 CONDITION DE CONVERSION PRESENTE ET VARIABLE MISE A NON
 C154 CONDITION DE CONVERSION POSSIBLE ET VARIABLE A VIDE
 C160 DATE DES DERNIERES REGLES NON NUMERIQUE
 C161 DATE DES DERNIERES REGLES INCOHERENTE
 C162 DATE DES DERNIERES REGLES REQUISE ABSENTE
 C163 DATE DES DERNIERES REGLES INCONSTANTE
 C164 DATE DES DERNIERES REGLES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
 C165 DATE DES DERNIERES REGLES POSTERIEURE A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
 C166 DATE DES DERNIERES REGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
 C167 ACTIVITE 1 OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
 C168 POIDS D'ENTREE REQUIS PAR RAPPORT A L'AGE
 C169 IGS NON NUMÉRIQUE
 C170 EXTENSION DOCUMENTAIRE OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
 (Note : En 2013, seule l'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie (type d'activité = '4') est obligatoire)
 C173 EXTENSION DOCUMENTAIRE D'UN ACTE CCAM ERRONEE
 C174 AGE GESTATIONNEL INCOHÉRENT PAR RAPPORT À LA PRÉSENCE D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
 C179 GHM 14Z08Z : ABSENCE D'ACTE CCAM INDIQUANT SI L'IVG EST MEDICAMENTEUSE OU INSTRUMENTALE
 C180 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT

C181 DIAGNOSTIC RELIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT
 C182 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT
 C184 CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
 C185 ACTE CCAM : FORMAT INCORRECT DE L'EXTENSION ATIH
 C186 ACTE CCAM : EXTENSION ATIH NON ACCEPTÉE
 C187 DIAGNOSTIC RELIÉ REQUIS ABSENT
 C192 ACTE CCAM DONT L'EXTENSION ATIH EXISTE MAIS N'EST PAS RENSEIGNÉE
 C223 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE
 G002 INCOMPATIBILITE SEXE DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 G003 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
 G004 TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE
 G005 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
 G006 NOMBRE DE SEANCES STRICTEMENT SUPERIEUR A ZERO ET DP N'EST PAS UN MOTIF DE SEANCES
 G007 POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
 G080 SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
 G200 ERREUR TABLES : ACTE NON TROUVÉ
 G201 ERREUR TABLES : DIAGNOSTIC NON AFFECTÉ À UNE RACINE MÉDICALE
 G202 ERREUR TABLES : AUTRE
 G203 DIALYSE PÉRITONÉALE AVEC UNE DURÉE DE SÉJOUR DE 0 JOUR
 G204 DP D'ACCOUCHEMENT HORS D'UN ÉTABLISSEMENT INCOMPATIBLE AVEC MENTION D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
 G205 DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT SANS ACTE D'ACCOUCHEMENT
 G206 ACTE D'ACCOUCHEMENT SANS DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT
 G207 ACTE D'AVORTEMENT SANS DIAGNOSTIC EN RAPPORT
 G208 DIAGNOSTIC D'ENTRÉE D'ANTE PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT LE POST PARTUM
 G209 DIAGNOSTIC D'ENTRÉE DU POST PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT L'ANTE PARTUM
 G210 AUCUN DES DIAGNOSTICS NE PERMET DE GROUPE
 G211 DP DE LA PÉRIODE PÉRinataLE, INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE OU LE MODE D'ENTRÉE
 G212 DP DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION AVEC UN NOMBRE DE SÉANCE À 0
 G213 INCOMPATIBILITÉ POIDS À L'ENTRÉE DANS L'UNITÉ MÉDICALE ET ÂGE GESTATIONNEL
 G214 MANQUE ACTE DE DIALYSE OU EXTENSIONS DES CODES DIAGNOSTICS
 G215 MANQUE ACTE DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION
 G216 MANQUE ACTE D'IRRADIATION
 G222 SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
 I004 TABLES ENDOMMAGÉES
 I008 CORRUPTION D'UNE TABLE
 I009 TABLE INTROUVABLE
 I500 FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ
 I501 FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU
 I502 DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES
 PI01 Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n° administratif local de séjour
 PG01 Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même n° administratif local de séjour
 PG02 Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4 n'est pas associé à un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA

PG03	Un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA n'est pas associé à un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4
PG04	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3 est déclaré alors que la fonction groupage n'en trouve pas.
PG05	Pas de PO déclaré alors que la fonction groupage en trouve
PI01	Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour

8.2 Liste détaillée des codes erreurs de contrôles

Ces codes commencent par la lettre C dans le fichier LEG.

010 : RSS multi-unité avec numéro de RSS inconstant

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : le tableau de RUM passé à la FG doit être cohérent : chaque RUM du RSS doit comporter le même numéro. Dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui, le premier dans l'ordre de lecture, présente un numéro de RSS différent du précédent.

011 : Numéro de RSS absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le numéro de RSS est à blanc.

013 : Date de naissance absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance à blanc.

014 : Date de naissance non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de naissance comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

015 : Date de naissance improbable par rapport à l'année d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans deux situations distinctes :

- la date de naissance est postérieure à la date d'entrée ;
- la date naissance précède la date d'entrée de plus de 140 ans.

016 : Code sexe absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone sexe est à blanc.

017 : Code sexe erroné

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone sexe contient une valeur différente de 1 (masculin) ou 2 (féminin).

019 : Date d'entrée absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est à blanc.

020 : Date d'entrée non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

021 : Date d'entrée incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date d'entrée non interprétable, comme 12001994 (mois=00).

023 : RSS multi-unité : chaînage date d'entrée - date de sortie

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : la FG considère comme erroné, dans un RSS multi-unité, un RUM dont la date d'entrée n'est pas égale à la date de sortie du RUM précédent. Ce contrôle est exécuté sur tous les RUM du RSS multi-unité, sauf le premier

024 : Mode d'entrée absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode d'entrée est à blanc.

025 : Mode d'entrée erroné, ou provenance erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.

026 : Mode d'entrée incorrect ou provenance incorrecte pour commencer un RSS

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : la FG considère comme erroné le RUM initial d'un RSS multi-unité, ou le RUM unique d'un RSS mono-unité si la combinaison mode d'entrée-provenance mentionnée n'est pas compatible avec une entrée directe dans le champ du PMSI. Cette erreur est également détectée dans le cas d'une prestation interétablissement, dont le RUM de l'établissement prestataire mentionne 0 alors que le mode de sortie mentionne autre chose que 0, ou l'inverse. Dans ce cas, l'erreur 35 sera également détectée.

Mode d'entrée	Provenance	Contrôle 25	Contrôle 26 1 ^{er} RUM	Contrôle 27 RUM de suite
8	Espace	Ok	Ok	Erreur

8	5	Ok	Ok	Erreur
8	7	Ok	Ok	Erreur
8	Autre	Erreur	Erreur	Erreur
7	6	Ok	Ok	Erreur
7	4	Ok	Ok	Erreur
7	3	Ok	Ok	Erreur
7	2	Ok	Ok	Erreur
7	1	Ok	Ok	Erreur
7	R	Ok	Ok	Erreur
7	Autre	Erreur		
6	6	Ok	Ok	Erreur
6	4	Ok	Ok	Erreur
6	3	Ok	Ok	Erreur
6	2	Ok	Ok	Erreur
6	1	Ok	Erreur	Ok
6	Autre	Erreur		
0	4	Ok	Ok *	Ok *
0	3	Ok	Ok *	Ok *
0	2	Ok	Ok *	Ok *
0	1	Ok	Ok*	Ok*
0	R	Ok	Ok*	Ok*
0	Autre	Erreur		
Autre combinaison		Erreur		

L'astérisque dans ce tableau signale les cas où une erreur peut néanmoins être détectée si les deux extrémités du « séjour pour prestation » ou de la « suspension de séjour » ne concordent pas (l'un est codé 0 et pas l'autre).

027 : RSS multi-unité : mode d'entrée incorrect ou provenance incorrecte sur un RUM de suite

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : La FG considère comme erroné, dans un RSS multi-unité, le second RUM ou un RUM suivant si la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas compatible avec une mutation à l'intérieur du champ du MCO. Dans le cas apparent d'une « suspension de séjour » pour prestation inter établissement donnant lieu à la production de deux RUM distincts dans l'établissement demandeur (unité médicale de retour différente de celle de départ), cette erreur est détectée si le mode d'entrée du deuxième RUM ne concorde pas avec le mode de sortie du RUM précédent (les deux ne sont pas codés 0). Dans ce second cas, l'erreur 49 sera également détectée pour le RUM précédent.

028 : Date de sortie absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone date de sortie est à blanc.

029 : Date de sortie non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de sortie comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

030 : Date de sortie incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de sortie non interprétable, comme par exemple 30021994 (**30 février**).

032 : RUM avec incohérence entre date de sortie et date d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de sortie.

033 : Mode de sortie absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode de sortie est à blanc.

034 : Mode de sortie erroné, ou destination erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode de sortie-destination n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.

035 : Mode de sortie incorrect ou destination incorrecte pour clore un RSS

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné le RUM terminal d'un RSS multi-unité, ou le RUM unique d'un RSS mono-unité si la combinaison mode de sortie-destination mentionnée n'est pas compatible avec une sortie définitive du champ du PMSI. Elle signale aussi le RUM terminal d'un RSS apparemment réalisé à l'occasion d'une prestation interétablissement, mais dont une seule des extrémités est codée 0. Dans ce cas, l'erreur 26 est en outre détectée pour le RUM initial.

036 : Nombre de séances non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le nombre de séances comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

Mode de sortie	Destination	Contrôle 34	Contrôle 35 RUM final	Contrôle 49 RUM non-final
9	Autre	Erreur		
9	Espace	Ok	Ok	Erreur
8	Espace	Ok	Ok	Erreur
8	7	Ok	Ok	Erreur
8	Autre	Erreur	Erreur	Erreur
7	6	Ok	Ok	Erreur
7	4	Ok	Ok	Erreur
7	3	Ok	Ok	Erreur
7	2	Ok	Ok	Erreur
7	1	Ok	Ok	Erreur
7	Autre	Erreur		
6	6	Ok	Ok	Erreur
6	4	Ok	Ok	Erreur
6	3	Ok	Ok	Erreur
6	2	Ok	Ok	Erreur
6	1	Ok	Erreur	Ok
6	Autre	Erreur		
0	4	Ok	Ok *	Ok *

0	3	Ok	Ok *	Ok *
0	2	Ok	Ok *	Ok *
0	1	Ok	Ok *	Ok *
0	Autre	Erreur		
Autre combinaison		Erreur		

L'astérisque dans ce tableau signale les cas où une erreur peut néanmoins être détectée si les deux extrémités du « séjour pour prestation » ou de la « suspension de séjour » ne concordent pas (l'un est codé 0 et pas l'autre).

037 : RSS multi-unité : présence de séances sur un des RUM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM qui comporte une valeur non nulle de séance alors qu'il est compris dans un RSS multi-unité.

039 : Date de naissance incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance non interprétable, comme par exemple 34011950 (34 janvier).

040 : Diagnostic principal absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la zone diagnostic principal est à blanc.

041 : Code de diagnostic principal ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le diagnostic principal ne respecte pas le format de la CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc).

042 : Code de diagnostic associé ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format de variables du RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'un des diagnostics associés est à blanc ou ne respecte pas le format CIM-10 dans un RUM (cf. code 41).

043 : Code d'acte ne respectant pas le format de la CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format de variables du RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'un des actes est à blanc ou ne respecte pas le format d'acte CCAM.

045 : RSS multi-unité : date de naissance inconstante

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui présente une valeur de la variable date de naissance différente de celle du RUM qui le précède.

046 : RSS multi-unité : code sexe inconstant

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui présente une valeur de la variable sexe différente de celle du RUM qui le précède.

049 : RSS multi-unité : mode de sortie incorrect ou destination incorrecte pour un RUM autre que le dernier

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM non terminal d'un RSS multi-unité si la combinaison mode de sortie-destination mentionnée n'est pas compatible avec une mutation à l'intérieur du champ du PMSI (voir tableau du contrôle n°34 ci-dessus). Cette erreur signale également un séjour apparemment interrompu pour une prestation inter établissement, dont une extrémité est codée 0 et pas l'autre. Dans ce cas, l'erreur 27 sera mentionnée pour le RUM suivant.

050 : Délai de séjour incompatible avec le principe administratif de la prestation inter-établissement

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : En cas de prestation inter établissement, cette erreur est détectée si la « suspension de séjour » du demandeur dure plus d'une journée, ou si la durée totale du séjour chez le prestataire dure plus d'une journée.

051 : Code de diagnostic relié ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le diagnostic relié ne respecte pas le format de la CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc).

052 : Nombre de réalisations d'actes non numérique ou erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format et plages de valeur de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'un des champs d'acte contient un nombre nul de réalisations (ou est à blanc), ou un nombre comportant des caractères autres que des chiffres.

053 : Provenance absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence conditionnelle d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone provenance est à blanc alors que le mode d'entrée est 6 (mutation) ou 7 (transfert).

054 : Destination absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence conditionnelle d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone destination est à blanc alors que le mode de sortie est 6 (mutation) ou 7 (transfert).

055 : Nombre de diagnostics associés ou de données associées documentaires absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone nombre de DA ou nombre de DAD est à blanc.

056 : Nombre de diagnostics associés ou de données associées documentaires non numérique ou excessif

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format et plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont les zones nombre de diagnostics associés (DA) ou nombre de données associées documentaires comportent des caractères autres que des chiffres, ainsi que le RUM dont le nombre de DA excède 99.

057 : Nombre d'actes absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes est à blanc.

058 : Nombre d'actes non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes comporte des caractères autres que des chiffres.

059 : Format de RUM inconnu

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format général du RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le format ne correspond pas aux spécifications de format général décrites en annexe ou bien lorsque la longueur totale de l'enregistrement est non conforme (différente de la valeur fournie par les formules données en annexe).

062 : Unité médicale non renseignée

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone unité médicale est à blanc.

064 : Date système antérieure à la date d'entrée

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.

065 : Date système antérieure à la date de sortie

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date de sortie est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.

066 : Nombre de séances : valeur invraisemblable

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le nombre de séances est négatif ou strictement supérieur à 31. Dans le premier cas, la FG considère que le nombre de séances est 0.

067 : Diagnostic principal : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal n'existe pas dans la CIM-10.

068 : Diagnostic principal : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal a été supprimé de la CIM-10. Depuis 1999, il arrive à l'OMS de supprimer des codes de la CIM.

070 : Diagnostic associé : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent pas dans la CIM.

071 : Diagnostic associé : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent plus dans la CIM.

073 : Acte n'ayant jamais existé dans la CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code d'un ou plusieurs actes n'existe pas et n'a jamais existé dans la Classification Commune des Actes Médicaux.

076 : Numéro FINESS de format incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le numéro FINESS comporte des caractères autres que des chiffres (à l'exception de la Corse).

077 : Date d'entrée improbable car trop ancienne

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} janvier 1984. Pour les besoins du groupage elle est cependant conservée telle quelle.

078 : Date d'entrée du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est supérieure à la date de fin d'effet d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table d'actes CCAM).

079 : Date de sortie du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de sortie est inférieure à la date de début d'effet d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table d'actes CCAM).

080 : Code postal non renseigné

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : présence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone code postal comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes. Cette erreur n'a pas d'influence sur le groupage proprement dit, mais interdit la réalisation correcte du RSA par GENRSA

081 : Code postal non numérique

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone code postal comporte des caractères autres que des chiffres. Cette erreur interdit la réalisation correcte du RSA par GENRSA.

082 : Poids d'entrée non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone poids d'entrée n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres. Cela ne concerne que le premier RUM d'un RSS.

083 : Zone réservée non vide

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une zone du RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone réservée n'a pas été laissée à blanc.

084 : Diagnostic principal : invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

085 : Diagnostic principal : invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en raison de l'âge, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic). Ce dernier est calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision.

086 : Diagnostic principal incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

087 : Diagnostic principal imprécis

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal est imprécis, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

088 : Codes Z à éviter en DP car n'est habituellement pas un motif d'hospitalisation

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable du RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal débute par la lettre « Z » et dont l'utilisation en DP n'est pas vraisemblable, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

090 : Diagnostic associé : invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable compte tenu de sa rareté, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

091 : Diagnostic associé invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable en raison de l'âge (calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision), en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

092 : Diagnostic associé incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic associé n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

093 : Diagnostic associé imprécis

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic associé est imprécis en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

094 : Diagnostic relié : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié n'existe pas dans la CIM-10.

095 : Diagnostic relié : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié a été supprimé de la CIM-10.

096 : Diagnostic relié invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable compte tenu de sa rareté, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

097 : Diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge (calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision), en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

098 : Diagnostic relié incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic relié n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

099 : Diagnostic relié imprécis

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic relié est imprécis en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

100 : Type d'autorisation d'unité médicale non accepté

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable concernant les autorisations d'UM

Description : la FG signale un RUM avec un (ou plusieurs) type d'autorisation d'unité médicale non autorisé pour la période définie par la date de sortie du RSS. La FG vérifie chacun des types d'autorisations (différents de blanc ou 0) déclarés dans le fichier d'autorisation d'UM pour l'unité médicale de ce RUM.

101 : Type d'autorisation de lit dédié non accepté

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le type d'autorisation de lit dédié est renseigné mais n'est pas autorisé.

102 : Date de réalisation de l'acte CCAM incohérente

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format ou plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date de réalisation d'un ou plusieurs actes CCAM est renseignée mais possède l'une au moins des caractéristiques suivantes :

- la date comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces
- la date n'est pas interprétable (ex : 12002005)
- la date est antérieure à la date d'entrée du RUM
- la date est postérieure à la date de sortie du RUM.

103 : Code d'activité d'un acte CCAM non renseigné ou valeur erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code d'activité d'un ou plusieurs actes CCAM est à blanc ou est différent de ceux autorisés (1, 2, 3, 4 ou 5).

110 : Activité 4 inexistante pour un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'activité 4 d'un code d'un ou plusieurs actes n'existe pas dans la Classification Commune des Actes médicaux.

111 : Code d'activité autre que 4 inexistant pour un acte CCAM

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont l'activité (autre que 4) d'un code d'un ou plusieurs actes n'existe pas dans la Classification Commune des Actes médicaux.

112 : Geste complémentaire sans acte principal

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM ayant un geste complémentaire codé sans l'acte principal associé.

113 : Code interdit en DP car très imprécis

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DP est considéré comme imprécis. Ils correspondent en effet toujours à une information dont l'imprécision n'est pas acceptable dans un établissement de santé et dont l'exactitude peut et doit être améliorée. Les interdire en DP est nécessaire en raison des difficultés qu'ils engendrent pour le classement en GHM.

114 : Code interdit en DP parce qu'il s'agit d'une cause externe de morbidité (V, W, X, Y)

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DP est présent dans le chapitre XX de la CIM-10 (codes commençant par les lettres V, W, X et Y).

115 : Code interdit en DP parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : Par « catégorie non vide » de la CIM-10 on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé.

Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI.

La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DP.

116 : Code interdit en DR car très imprécis

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DR est considéré comme imprécis. Ils correspondent en effet toujours à une information dont l'imprécision n'est pas acceptable dans un établissement de santé et dont l'exactitude peut et doit être améliorée. Les interdire en DR est nécessaire en raison des difficultés qu'ils engendrent pour le classement en GHM.

117 : Code interdit en DR parce qu'il s'agit d'une cause externe de morbidité (V, W, X, Y)

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DR est présent dans le chapitre XX de la CIM-10 (codes commençant par les lettres V, W, X et Y).

118 : Code interdit en DR parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : Par « catégorie non vide » de la CIM-10 on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé.

Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI.

La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DR.

119 : Code interdit en DA parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : Par « catégorie non vide » de la CIM on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-

catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé.

Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI.

La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DA.

120 : Confirmation du RSS nécessaire mais absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : La fonction groupage considère comme erroné un RSS dans lequel le champ "Confirmation du codage du RSS" est différent de 1 alors que la confirmation est nécessaire.

Celle-ci est obligatoire dès lors que l'une des situations suivantes est vraie :

La durée totale de séjour est strictement inférieure à la borne propre à la racine du GHM (information donnée par la table RGHMINFO), la combinaison mode de sortie-destination du dernier RUM n'est pas '71' ni '9' ni '0'.

Si CMD est différente de la 14, et si la racine du GHM n'est pas dans la liste L1 (ci-dessous), et si dans le RSS il y a au moins un DA commençant par Z37 ou O80 ou O81 ou O82 ou O83 ou O84 ou si il y a au moins un acte d'accouchement

Liste L1 :

Toutes les CMD 12, 22, 25, 26,27 ajoutées des GHM suivant :

01C09

01C11

01C12

01C03

01C04

01C10

01C05

01C06

01M24

01M25

01M13

01M18

01M19

01K07

01M30

01M31

07C09

07C10

07C11

07C12

07C13

07C14

23Z02

121 : Code de confirmation du RSS incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de confirmation du codage du RSS est différent de blanc, 1 et 2.

122 : Code de type de machine de radiothérapie incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de type de machine de radiothérapie est différent de blanc, 1, 2,3 et 4.

123 : Code de dosimétrie incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de dosimétrie est différent de blanc, 1, 2, 3 et 4.

124 : Confirmation du RSS non nécessaire et présente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : La fonction groupage considère comme erroné un RSS dans lequel le champ "Confirmation du codage du RSS" est égal à 1 alors que la durée de séjour n'est pas « courte », et donc la confirmation n'est pas à faire.

125 : Age gestationnel non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone age gestationnel n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres.

126 : Age gestationnel requis absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont l'age gestationnel n'est renseigné correctement (c'est-à-dire pas à blanc, numérique et différent de zéro) sur aucun des RUM alors que l'on est dans un des deux cas suivants :

la date d'entrée du 1^{er} RUM est égale à la date de naissance

présence d'au moins un acte d'accouchement ou d'un DA commençant par Z37

127 : Age gestationnel incohérent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'age gestationnel est renseigné correctement (c'est-à-dire pas à blanc, numérique et différent de zéro), mais ne respectant pas l'ensemble des 2 règles suivantes :

l'age gestationnel doit toujours être ≤ 44 SA

si l'age gestationnel est < 22 SA et que l'âge en années est égal à zéro, alors le mode de sortie (du dernier RUM) doit être égal à 9

128 : Poids d'entrée sur un ou deux caractères non autorisé

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale indique une valeur en grammes < 100 et > 0 . Cela ne concerne que le premier RUM en cas de RSS multi-RUM.

129 : Age gestationnel incohérent par rapport au poids d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans l'une au moins des situations suivantes (AG = age gestationnel, SA = semaine d'aménorrhée):

- AG ≥ 37 SA et poids à l'entrée dans l'UM < 1000 g et DP différent de P95 (mort-nés)
- AG ≤ 32 SA et poids à l'entrée dans l'UM > 4000 g
- AG ≤ 28 SA et poids à l'entrée dans l'UM > 2500 g

130 : Diagnostic principal en O ou Z37 non autorisé par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en O ou commençant par Z37 alors que l'age est ≤ 10 ans.

131 : Diagnostic relié en O ou Z37 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en O ou commençant par Z37 alors que l'âge est ≤ 10 ans.

132 : Diagnostic associé en O ou Z37 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en O ou commençant par Z37 alors que l'âge est ≤ 10 ans.

133 : Diagnostic principal en P ou Z38 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est ≥ 2 ans.

134 : Diagnostic relié en P ou Z38 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est ≥ 2 ans.

135 : Diagnostic associé en P ou Z38 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est ≥ 2 ans.

142 : Date de réalisation de l'acte d'accouchement non renseignée ou incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format ou plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de réalisation d'un ou plusieurs actes CCAM d'accouchement n'est pas renseignée ou possède l'une des caractéristiques suivantes :

la date comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces

la date n'est pas interprétable (ex : 12002005)

la date est antérieure à la date d'entrée du RUM

la date est postérieure à la date de sortie du RUM.

143 : Mode de sortie incohérent par rapport au DP

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP commençant par P95 alors que le mode de sortie est différent de 9

145 : Nombre de séances a zéro avec DP motif de séances

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM remplissant toutes les conditions suivantes :

Le DP est un motif de séances

Le nombre de séances indiqué dans le RUM est zéro.

La durée de séjour est 0 jour.
Aucun acte ayant la caractéristique 44 :1 n'est présent.

146 : Nombre de séances a zéro avec DP motif de séances

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RUM remplissant toutes les conditions suivantes :

Le DP est un motif de séances

Le nombre de séances indiqué dans le RUM est >0.

Le nombre de séances indiqué dans le RUM est > durée de séjour +1

147 : Données incompatibles avec le DP P95

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP P95 et ne remplissant toutes les conditions suivantes :

Durée de séjour =0

Mode de sortie=9

Mode d'entrée =8

Age en jours =0

Age en années=0

Poids et âge gestationnel renseignés.

148 : Acte incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RUM ayant au moins un acte réservé aux patients dont le sexe est l'opposé de celui indiqué dans le RUM.

149 : Acte incompatible avec l'âge indiqué

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM ayant au moins un acte réservé aux patients dont l'âge est < 29 jours, alors que le RUM indique un âge >=29 jours et un poids >=3000 g.

150 : Diagnostic principal de séances non autorisé dans un RSS multiunité

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS multi-unité groupé en séances (CMD 28).

151 : Code de conversion du RSS incorrect

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Conversion hospitalisation complète » est différente de blanc, 1 ou 2.

152 : Variable conversion renseignée à oui et UM de type HP

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RUM avec la variable conversion égale à 1 alors que l'unité médicale est de type HP (hospitalisation partielle). Le « type » de l'unité médicale est défini dans le fichier d'autorisation médicale (ficum).

153 : Condition de conversion présente et variable mise à non

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS multiRUM dont le 1^{er} RUM est de type HP (avec durée de 0 j), et dont la valeur de la conversion dans le 2^{ème} RUM est égal à 2 (la valeur 2 signifie : non, ce n'est pas une conversion HP en HC).

154 : Condition de conversion possible et variable à vide

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS multiRUM dont le 1^{er} RUM est de type HP ou mixte (avec durée de 0 j), et dont la valeur de la conversion dans le 2^{ème} RUM est égal à blanc (= vide).

160 : Date des dernières règles non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date des dernières règles comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

161 : Date des dernières règles incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date des dernières règles non interprétable, comme par exemple 34012010 (34 janvier).

162 : Date des dernières règles requise absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont la date des dernières règles n'est renseignée correctement sur aucun des RUM alors que l'on est dans un des 3 cas suivants :
présence d'au moins un acte d'accouchement ou d'un DA commençant par Z37
séjour de la CMD 14 sauf les racines 14C04, 14M02

163 : Date des dernières règles inconstante

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont la date des dernières règles est renseignée plusieurs fois dans le RSS avec une valeur différente.

164 : Date des dernières règles incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est renseignée alors que le sexe indiqué est 1 (masculin).

165 : Date des dernières règles supérieure à la date d'entrée du séjour

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement supérieure à la date d'entrée du séjour.

166 : Date des dernières règles trop ancienne par rapport à la date d'entrée du séjour

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement antérieure à la date d'entrée du séjour moins 305 jours (10 mois).

167 : Activité 1 obligatoire pour un acte CCAM mais absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM contenant un acte CCAM avec une activité différente de 1 sans que le même acte avec activité 1 soit déclaré au moins 1 fois. Néanmoins, il existe des actes pour lesquels la déclaration du même acte avec activité 1 n'est pas nécessaire (l'activité 1 est dite « fictive »). Ces actes sont ceux ayant la caractéristique 42 :6. Cas particulier : dans le cas où un acte a la caractéristique 42 :6 mais que l'activité déclarée n'est pas valable pour cet acte, alors la FG considère qu'il faut l'activité 1 même si il a la caractéristique 42 :6.

168 : Poids requis par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : compatibilité de 2 variables d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale n'est pas renseigné ou nul alors que l'âge est < 29 jours.

169 : IGS non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'IGS n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres

170 : Extension documentaire obligatoire pour un acte CCAM mais absente

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RSS contenant au moins un acte dont l'extension documentaire doit être renseignée. En 2013, seuls l'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie (type d'activité = '4') est obligatoire.

173 : Extension documentaire d'un acte CCAM erroné

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS contenant au moins un acte dont l'extension documentaire est renseignée mais dont la valeur n'est pas alphanumérique. Les valeurs 'O','o','I' et 'i' ne sont pas acceptées non plus.

174 : Age gestationnel incohérent par rapport à la présence d'un acte d'accouchement

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incohérence de 2 variables d'une variable d'un RSS

Description : la FG considère comme erroné un RSS contenant au moins un acte d'accouchement et dont l'âge gestationnel renseigné est strictement inférieur à 22 SA.

179 : GHM 14Z08Z : absence d'acte CCAM indiquant si l'IVG est médicamenteuse ou instrumentale

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RSS groupé en 14Z08Z (« Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours ») et qu'aucun acte d'interruption de grossesse n'est présent dans ce RSS.

180 : Diagnostic principal : code OMS réservé pour usage urgent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal n'est pas acceptable car il est réservé pour usage urgent.

181 : Diagnostic relié : code OMS réservé pour usage urgent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié n'est pas acceptable car il est réservé pour usage urgent.

182 : Diagnostic associé : code OMS réservé pour usage urgent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM contenant au moins un diagnostic associé non acceptable car réservé pour usage urgent.

184 : Code postal non renseigné

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : présence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone code postal comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes. Cette erreur n'a pas d'influence sur le groupage proprement dit, mais interdit la réalisation correcte du RSA par GENRSA.

185 : Acte CCAM : format incorrect de l'extension ATIH

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM contenant au moins un acte avec une extension ATIH renseignée mais ne respectant pas le format convenu (premier caractère = tiret suivi de 2 chiffres). Pour rappel, cette extension s'inscrit dans le cadre de la CCAM descriptive.

186 : Acte CCAM : extension ATIH non acceptée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont au moins un acte CCAM est renseigné avec une extension ATIH non acceptée (CCAM descriptive), ou avec une extension ATIH non renseignée alors qu'il en existe une.

187 : Diagnostic relié requis absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont le diagnostic relié est absent alors qu'il est obligatoire. Par exemple, le DR est obligatoire si CM=28 (séances), et DP = Z511 (« Séance de chimiothérapie pour tumeur »)

192 : Acte CCAM dont l'extension ATIH existe mais n'est pas renseignée

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont au moins un acte CCAM est renseigné sans extension ATIH alors qu'il en existe une. Exemple : JQGA002[3blanc] ou JQGA002-00 au lieu de JQGA002-11

223 : Confirmation de codage nécessaire et présente

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : La fonction groupage signale un RSS dont la confirmation de codage est nécessaire et est bien présente (le champ "Confirmation du codage du RSS" est bien égal à 1).

Cette confirmation est obligatoire dès lors que l'une des situations suivantes est vraie :

La durée totale de séjour est strictement inférieure à la borne propre à la racine du GHM (information donnée par la table RGHMINFO), et que la combinaison mode de sortie-destination du dernier RUM n'est pas '71' ni '9'. A noter qu'à partir de la FG 12, les RSS en PIE (prestations inter-établissements) sont exempts de confirmation (mode d'entrée du premier RUM = 0 et mode de sortie du dernier RUM = 0)

Naissance hors CMD 14 : si CMD est différente de la 14, et si la racine du GHM n'est pas dans la liste L* ci-dessous et si dans le RSS il y a au moins un DA commençant par Z37 ou O80 ou O81 ou O82 ou O83 ou O84 ou si il y a au moins un acte d'accouchement.

*Liste L :

Les CM 12, 22, 25, 26, 27

Les racines : 01C09, 01C11, 01C12, 01C03, 01C04, 01C10, 01C05, 01C06, 01M24, 01M25, 01M13, 01M18, 01M19, 01K07, 01M30, 01M31, 07C09, 07C10, 07C11, 07C12, 07C13, 07C14, 23Z02

8.2.1 Liste détaillée des codes erreurs de groupage

Ces codes commencent par la lettre G dans le fichier LEG. Il s'agit des codes erreurs renvoyés lors du parcours de l'arbre de groupage.

002 : Incompatibilité sexe-diagnostic principal

Groupe : 90Z01Z

Description : cette situation est détectée dans les CMD 12, 13 et 14 : le diagnostic principal relève spécifiquement du sexe masculin, ou du sexe féminin, mais le RSS mentionne le sexe opposé.

003 : Diagnostic principal incohérent

Groupe : 90Z01Z

Description : Certains codes de diagnostics ne sont pas acceptables en diagnostic principal. Par exemple, l'arbre de la CMD 14 peut détecter une aberration de codage (une grossesse ectopique en DP avec résultat d'accouchement en DA; un code relatif à l'accouchement en DP sans Z37.- en DA). Ces erreurs aboutissent au même résultat.

004 : Tables endommagées ou erreur dans le parcours de l'arbre

Groupe : 90Z02Z

Si vous obtenez cette erreur, merci de contacter l'ATIH.

005 : Diagnostic principal : code insuffisamment précis pour la classification des GHM

Groupe : 90Z01Z

Description : Le diagnostic principal codé ne contient pas d'information suffisante pour la classification en GHM.

006 : Nombre de séances > 0 et DP n'est pas un motif de séances

Groupe : 90Z01Z

Description : Le DP n'est pas un motif de séances et le champ nombre de séances est supérieur ou égal à 1.

007 : Poids incompatible pour un nouveau-né

Groupe : 90Z02Z

Description : le poids n'est pas mentionné dans le RSS, ou alors il est mentionné mais il n'entre pas dans les plages de poids compatibles pour un nouveau-né.

080 : Séjour avec acte opératoire mineur reclassant dans un GHM médical

Groupe : GHM médical normal de la classification

Description : une liste d'actes a été créée dans la version 6 des GHM répertoriant des actes opératoires plutôt « légers », auparavant responsables d'un classement dans les groupes *Actes sans relation avec le diagnostic principal*. Elle permet à un RSS antérieurement classé dans ces groupes de l'être dans le groupe médical correspondant à son DP si tous les actes classants opératoires du RSS font partie de la liste « Actes reclassant les RSS dans un GHM médical ». Lorsque ce dispositif est activé, le code 80 est signalé afin de permettre ensuite la sélection rapide des dossiers que cet artifice permet de grouper dans un GHM avec actes classant non opératoires ou dans un GHM médical.

200 : Erreur de Table : Acte non trouvé

Groupe : 90Z02Z

Description : les tables de la fonction groupage comportent une anomalie sur les listes d'actes. Merci de le signaler à l'ATIH.

201 : Erreur de Table : Diagnostic non affecté à une racine médicale

Groupe : 90Z02Z

Description : les tables de la fonction groupage comportent une anomalie sur les listes de diagnostics principaux conduisant dans une racine médicale. Merci de le signaler à l'ATIH.

202 : Erreur de Table : Autre

Groupe : 90Z02Z

Description : les tables de la fonction groupage comportent une anomalie portant sur des diagnostics conduisant dans une racine supprimée. Merci de le signaler à l'ATIH.

203 : Dialyse péritonéale avec une durée de séjour de zéro jour

Groupe : 90Z02Z

Description : la constitution d'un RSS d'une durée de 0 jour pour une séance de dialyse péritonéale n'est pas autorisée. La dialyse péritonéale en séance oriente dans un groupe erreur.

204 : DP d'accouchement hors d'un établissement incompatible avec mention d'un acte d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le cadre d'un séjour où l'accouchement se déroule sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la mention d'un acte d'accouchement dans le RSS avec un DP Z39.00 oriente le séjour en erreur.

205 : Diagnostic d'accouchement sans acte d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le cadre des séjours de la CMD 14, et hors cas des accouchements sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la présence d'un diagnostic d'accouchement sans mention d'un acte d'accouchement oriente le séjour dans un groupe erreur.

206 : Acte d'accouchement sans diagnostic d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le cadre des séjours de la CMD 14, et hors cas des accouchements sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la présence d'un acte d'accouchement sans mention d'un diagnostic d'accouchement oriente le séjour dans un groupe erreur.

207 : Acte d'avortement sans diagnostic en rapport

Groupe : 90Z02Z

Description : un séjour pour avortement doit comporter des diagnostics obligatoires en position de DP et de DA conformément au guide méthodologique de production et un acte d'avortement.

208 : Diagnostic d'entrée d'ante partum avec diagnostic indiquant le post partum

Groupe : 90Z02Z

Description : l'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.

209 : Diagnostic d'entrée du post partum avec diagnostic indiquant l'ante partum

Groupe : 90Z02Z

Description : l'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.

210 : Aucun des diagnostics ne permet de grouper

Groupe : 90Z02Z

Description : entrée dans la CMD 14, séjour sans accouchement sans aucun diagnostic permettant l'orientation dans une racine, par exemple des diagnostics non spécifiques de l'ante ou du post-partum.

211 : DP de la période périnatale, incompatible avec l'âge ou le mode d'entrée

Groupe : 90Z02Z

Description : lorsque le DP est spécifique de la naissance mais que le séjour n'est pas classé dans la CM 15 en raison de son âge, de son poids et de son mode d'entrée, il est orienté en erreur.

212 : DP de préparation à l'irradiation avec un nombre de séance à 0

Groupe : 90Z01Z

Description : par convention, les séjours de préparation à l'irradiation doivent mentionner un nombre de séances supérieur ou égal à 1 conformément au guide méthodologique de production.

213 : Incompatibilité poids à l'entrée dans l'unité médicale et âge gestationnel

Groupe : 90Z02Z

Description : le manuel contient une table des associations poids à l'entrée de l'unité médicale et âge gestationnel autorisées. Toute combinaison hors de ces bornes conduit le séjour en erreur.

214 : Manque acte de dialyse ou extensions des codes diagnostics

Groupe : 90Z02Z

Description : dans les séances de dialyse ou d'entraînement à la dialyse, toute omission de l'acte ou du code étendu de la CIM-10 conduit le RSS-séance en erreur

215 : Manque acte de préparation à l'irradiation

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le RSP, toute omission de l'acte de préparation ou de reprise de préparation conduit le séjour en erreur.

216 : Manque acte d'irradiation

Groupe : 90Z02Z

Description : dans les séances d'irradiation, toute omission d'un acte d'irradiation du chapitre 17 de la CCAM conduit le RSS-séance en erreur.

222 : Séjour avec acte opératoire non mineur reclassant dans un GHM médical

Groupe : GHM médical normal de la classification

Description : à partir de la version 11 de la classification, les séjours avec un acte opératoire « non mineur » (c'est-à-dire ne faisant pas partie de la liste concernée par le code retour 80) sans relation avec le diagnostic principal du RSS ne sont plus orientés, comme c'était le cas jusqu'à la version 10, dans les groupes 90H02Z et 90H03Z. La fonction groupage oriente le séjour dans un GHM avec actes classant non opératoires ou dans un GHM médical. Elle renvoie alors le code 222 pour signaler les RSS concernés.

8.2.2 Liste détaillée des codes erreurs d'implémentation

Ces codes commencent par la lettre I dans le fichier LEG.

004 : Tables endommagées

Groupe : 90Z03Z

Description : À bien distinguer du code 08, l'erreur codée 04 ne devrait théoriquement pas survenir si les contrôles d'intégrité des tables sont effectués à chaque ouverture de celles-ci grâce aux *checksums* (applicable uniquement dans le cas d'utilisation des tables binaires).

008 : Corruption d'une table

Groupe : 90Z03Z

Description : les *checksums* dont sont truffées les tables binaires permettent dès leur ouverture d'en contrôler l'intégrité. La FG12, après avoir détecté cette erreur, referme tous les fichiers de tables afin de pouvoir la détecter à nouveau au passage suivant.

009 : Table introuvable

Groupe : 90Z03Z

Description : dès sa première sollicitation, la FG tente d'ouvrir les tables dont elle a besoin. Si l'une d'elles n'est pas présente, elle retourne avec ce code. Notez que dans ce cas tous les fichiers de tables antérieurement ouverts sont refermés, afin que la même erreur soit détectée au passage suivant.

500 : Fichier d'autorisations des unités médicales non trouvé

Groupe : 90Z03Z

Description : Le fichier des autorisations d'unités médicales n'a pas pu être ouvert car il est introuvable. Son nom est celui passé en paramètre à la fonction groupage dans la variable « ficum » de la structure de type GRP_ENT (nouveau 2013, avant le nom était figé, égal à ficum.txt).

501 : Fichier d'autorisations des unités médicales corrompu

Groupe : 90Z03Z

Description : Le fichier d'autorisations des unités médicales passé en paramètre à la FG possède une signature qui garantit son intégrité. La FG vérifie cette clé préalablement à l'ouverture de ce fichier.

502 : Date de sortie du RSS non géré par les tables binaires

Groupe : 90Z03Z

Description : Chaque table binaire possède en interne différentes sous-tables. Celles effectivement utilisées par la FG sont choisies en fonction de la date de sortie du RSS. Lorsque, pour une table binaire donnée, aucune sous-table ne correspond à cette date de sortie du RSS, la FG génère ce code erreur.