

DONNÉES MINIMALES DE LA CI-IMC MDS_{IMC}

V. 3f_2025

1 RÉSUMÉ

Objectifs

Les données minimales de la CI-IMC (MDS_{IMC})

- fournissent une partie des données qui sont nécessaires:
 - pour la reconnaissance générale d'une unité de soins intermédiaires (U-IMC)
 - pour la reconnaissance d'une U-IMC comme établissement de formation postgraduée pour les médecins et le personnel infirmier
 - pour l'Office fédéral de la statistique (OFS) et pour SwissDRG
- sont un instrument de gestion de la qualité des différentes U-IMC:
 - en définissant des données standardisées
 - en établissant des indicateurs chiffrés à l'intention des différentes U-IMC
 - en permettant d'obtenir des éléments de référence pour un benchmarking
- fournissent des données permettant de documenter les prestations des U-IMC
- permettent de soutenir la recherche épidémiologique
- doivent continuer à être développées en étroite collaboration avec les MDSi de la SSMI

Contenus

Les données minimales de la CRUIMC-SSMI (MDS_{IMC}) englobent des informations sur:

- les caractéristiques générales des différentes U-IMC (qualité structurelle, à saisir une fois par an), par exemple:
 - nombre de lits exploités
 - données sur l'effectif (médecins, personnel infirmier et autres)
- les informations de base de chaque patient, la composition de la population des patients et la charge de travail fournie:
 - Qualité du processus, par exemple:
 - lieu de provenance et lieu de transfert
 - motif d'admission à l'U-IMC
 - degré de gravité de la maladie aiguë
 - durée du séjour à l'U-IMC
 - score spécifique représentatif de la charge de travail dans l'U-IMC (une fois par patient et par horaire de soins)
- le résultat du traitement (qualité du résultat), par exemple:
 - état du patient au moment de la sortie de l'U-IMC (de l'hôpital)

Mise en œuvre

Les données minimales de la CI-IMC-SSMI (MDS_{IMC})

- sont obligatoires pour toutes les U-IMC reconnues.
- sont surveillées par un groupe de travail commission dédiée de la CI-IMC. Une fois par an, les données sont évaluées et publiées sur le site internet de l'U-IMC. Des évaluations scientifiques sont possibles après concertation avec les membres dédiés de la CI-IMC.

- sont financées par des contributions des différents utilisateurs (phase de mise en place et d'introduction soutenue par la SSMI et par des sponsors).
- sont conçues de telle sorte qu'un développement et qu'une adaptation à de nouvelles exigences sont possibles. Les modifications sont annoncées par la CI-IMC au plus tard 6 mois avant le début de leur validité. Elles entrent généralement en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivante.

1 DONNÉES MINIMALES DE LA CI-IMC-SSMI (MDS_{IMC}): OBJECTIFS

Les données minimales MDS_{IMC}

- fournissent une partie des données qui sont nécessaires
 - pour la reconnaissance d'une U-IMC (voir Directives pour la reconnaissance des U-IMC par la CI-IMC)
 - pour la reconnaissance d'une U-IMC comme lieu de formation postgraduée:
 - des médecins (spécialiste en médecine intensive, cardiologie)
 - du personnel infirmier (certificat post-diplôme en soins continus)
 - pour l'OFS et pour SwissDRG
- soutiennent la gestion de la qualité des différentes U-IMC
 - en définissant une série de données standardisées
 - en établissant des indicateurs chiffrés standardisés (voir Annexes 2 et 3):
 - qualité des données
 - % de données manquantes
 - données structurelles
 - capacité en lits
 - ressources en personnel par élément de prestation/structure
 - processus patient
 - % d'admissions avec faible risque de mortalité (SAPS 2 < 20, PIM < 3%)
 - % de patients avec durée de séjour courte (< 6 heures) ou longue (> 7 jours)
 - % de réadmissions imprévues < 48 h
 - % d'admissions non électives
 - charge de travail par patient
 - durée du séjour (LOS) par patient
 - charge de travail spécifique de l'U-IMC par patient
 - nombre de jours de ventilation par patient
 - résultat du traitement
 - mortalité de l'U-IMC, s'agissant de patients ayant une durée de séjour à l'U-IMC > 7 jours
 - % de patients de l'U-IMC survivants avec un risque de mortalité élevé (SAPS 2 > 45)
 - SMR: *standardized mortality ratio* (mortalité prédite par le SAPS 2 rapportée à la mortalité hospitalière)
 - en permettant de réaliser des évaluations comparatives anonymes (voir Annexe 3) entre une U-IMC particulière et l'ensemble des U-IMC de Suisse
 - obtention d'indicateurs chiffrés 1 x par an, par les utilisateurs qualifiés de l'U-IMC
 - répartition par groupes selon chapitre «Contenus», points «Spécialisation de l'U-IMC» et «Catégorie de l'U-IMC»
- fournissent des données permettant de mettre en évidence les prestations des U-IMC en Suisse
 - en présentant un résumé des «processus de prise en charge des patients»
 - définition des données standardisées
 - unification de la catégorisation des patients

- collecte de données minimales pour une description simple des processus de prise en charge des patients dans une U-IMC
 - en saisissant l'effectif du personnel infirmier et médical étant en formation
 - ces données sont mises à disposition des organes compétents de la CRUIMC (voir Annexe 3)
- peuvent soutenir la recherche.

2 DONNÉES MINIMALES DE LA CI-IMC-SSMI (MDS_{IMC}): CONTENUS

- Données sur la qualité structurelle (= données structurelles): voir chapitre «Données générales de l'U-IMC»
- Données sur la qualité des processus (= données sur les processus): voir chapitres «Données générales administratives par patient», «Diagnostic spécifique de l'U-IMC», «Charge de travail par patient spécifique de l'U-IMC»
- Données sur la qualité du résultat (= données de résultat): voir chapitre «Résultat»

2.1 DONNÉES GÉNÉRALES DE L'U-IMC

Les données générales sont saisies annuellement pour chaque U-IMC. À chaque fois la période qui s'applique va du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année concernée.

2.1.1 ID DE L'U-IMC [NNN]

2.1.2 LITS

2.1.2.1 NOMBRE DE LITS RECONNUS [PAR LA CI-IMC]¹ [NN.N]

2.1.2.2 LITS D'IMC EFFECTIVEMENT EXPLOITÉS PAR JOUR [MOYENNE ANNUELLE] [NN.N]

2.1.2.2.1 DONT NOMBRE DE LITS EXPLOITÉS AVEC VENTILATION² [NN.N]

2.1.2.3 NOMBRE DE LITS D'IMC OUVERTS 24H/7J (HORS DE L'USI)³ [NN.N]

2.1.2.4 NOMBRE D'AUTRES LITS D'IMC DANS L'HÔPITAL (HORS DE L'USI)⁴ [NN.N]

2.1.3 PROCESSUS SOIGNANT⁵

2.1.3.1.1 NOMBRE D'HORAIRE DURANT LES JOURS DE SEMAINES: (2) (3)

2.1.3.1.2 NOMBRE D'HORAIRE DE WEEK-END: (2) (3)

2.1.3.1.3 TEMPS DÉDIÉ AU RAPPORT⁶ AU CHANGEMENT D'HORAIRE PAR JOUR (MOYENNE) [HH:MM]

2.1.3.1.4 TEMPS DE COMPENSATION POUR LE TRAVAIL DE SOIR ET DE NUIT PAR JOUR [HH:MM]

2.1.3.1.5 TEMPS DE TRAVAIL PAR JOUR EN HH:MM [HH:MM]

¹ Jusqu'en 2018, comptabilisés comme lits planifiés, remplacés, en 2019, par lits certifiés. Remplacé par la CC-USI, voir également les directives pour la certification des USI

² Possibilité de ventilation 24 heures sur 24, invasive et non-invasive comptent de manière identique.

³ Lits d'IMC ouverts de manière permanente (24 heures sur 24, 7 jour sur 7)

⁴ Lits d'IMC ouverts moins de 24 heures sur 24 / 7 jours sur 7

⁵ Les définitions de la CC-USI s'appliquent, voir: <https://www.swiss-icu-cert.ch/fr>

⁶ Temps de chevauchement pour les changements d'horaires (format hh:mm). Si différent certains jours (p. ex. week-end): entrer la moyenne par jour (chevauchement hebdomadaire total / 7jours)

2.1.4 SUPERFICIE DE L'U-IMC⁸ (SIA 416)

[NNNN]

2.1.5 SPÉCIALISATION DE L'U-IMC[MULTIDISCIPLINAIRE] – [MÉDECINE] – [CHIRURGIE] –
[PÉDIATRIE / NÉONATOLOGIE] – [IMC] – [AUTRES⁹]

[.....]

2.1.6 DONNÉES SUR L'EFFECTIF DU PERSONNEL SOIGNANT**2.1.6.1** PERSONNEL SOIGNANT EXERÇANT DIRECTEMENT AU CHEVET DU PATIENT (EPT) DONT [NNN.N]

2.1.6.1.1 EXPERTS DIPLÔMÉS EN SOINS INTENSIFS EPD ES

2.1.6.1.2 EXPERTS DIPLÔMÉS EN URGENCES EPD ES

2.1.6.1.3 EXPERTS DIPLÔMÉS EN ANESTHÉSIE EPD ES

2.1.6.1.4 PERSONNEL SOIGNANT DIPLÔMÉ AVEC CERTIFICAT POST-DIPLÔME EN SOINS CONTINUS

2.1.6.1.5 PERSONNEL SOIGNANT DIPLÔMÉ AVEC FORMATION SI À L'ÉTRANGER AVEC ÉQUIVALENCE SSMI

2.1.6.1.6 PERSONNEL SOIGNANT DIPLÔMÉ AVEC FORMATION SI À L'ÉTRANGER SANS ÉQUIVALENCE SSMI

2.1.6.1.7 PERSONNEL SOIGNANT DIPLÔMÉ EN FORMATION (CERTIFICAT POST-DIPLÔME EN SOINS CONTINUS)

2.1.6.1.8 PERSONNEL SOIGNANT DIPLÔMÉ (FORMATION DE BASE: DIPLÔME ES/HES EN SUISSE OU À
L'ÉTRANGER AVEC ENREGISTREMENT EN SUISSE)

2.1.6.1.9 ASSISTANTE EN SOINS ET SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASSC)

2.1.6.2 PERSONNEL SOIGNANT N'EXERÇANT PAS DIRECTEMENT AU CHEVET DU PATIENT (EPT) DONT [NNN.N]

2.1.6.2.1 CADRES / DIRECTION

2.1.6.2.2 EXPERTS EN SOINS

2.1.6.2.3 FORMATEURS, PRATICIENS FORMATEURS

2.1.6.3 PERSONNEL SOIGNANT SUPPLÉMENTAIRE (EPT) DONT [NNN.N]

2.1.6.3.1 PERSONNEL SOIGNANT AUXILIAIRE (AIDES-SOIGNANTS, AUXILIAIRES DE SANTÉ, ETC.)

2.1.6.4 POSTES DE SOIGNANTS AUTORISÉS MAIS NON POURVUS (EPT) DONT [NNN.N]

2.1.6.4.1 SOIGNANTS DIPLÔMÉS AU CHEVET DU PATIENT

⁷ Jours de travail par année par EPT (indication généralement disponible auprès du service du personnel): 365 jours moins les jours de week-end et jours fériés, les vacances, les formations, les maladies et les accidents. En Suisse, environ 202-220 jours.

⁸ Chambre pour patient PLUS toutes les pièces, bureaux, couloirs, centrales et autres pièces utilisées (m²)

⁹ Y compris unités spécialisées, telles que chirurgie cardiaque, neurochirurgie, unité pour grands brûlés, etc.

2.1.6.4.2 SOIGNANTS DIPLÔMÉS N'EXERÇANT PAS AU CHEVET DU PATIENT

2.1.6.4.3 TOTAL PERSONNEL SOIGNANT AUXILIAIRE

2.1.6.5 POSTES CALCULÉS

2.1.7 DONNÉES SUR L'EFFECTIF DE MÉDECINS

2.1.7.1 DIRECTION MÉDICALE (SPÉCIALITÉ: ANESTHÉSIE, CARDIOLOGIE, CHIRURGIE, MÉDECINE INTENSIVE, PÉDIATRIE, NEUROLOGIE, MÉDECINE INTERNE, CHIRURGIE PÉDIATRIQUE, NÉONATOLOGIE)

DONT [NNN.N]

2.1.7.2 DIRECTION MÉDICALE ADJOINTE (SPÉCIALITÉ: ANESTHÉSIE, CARDIOLOGIE, CHIRURGIE, MÉDECINE INTENSIVE, PÉDIATRIE, NEUROLOGIE, MÉDECINE INTERNE, CHIRURGIE PÉDIATRIQUE, NÉONATOLOGIE)

DONT [NNN.N]

2.1.7.3 MÉDECINS-CHEFS

DONT [NNN.N]

2.1.7.4 MÉDECINS ASSOCIÉS

DONT [NNN.N]

2.1.7.5 CHEFS DE CLINIQUE

DONT [NNN.N]

2.1.7.6 MÉDECINS-ASSISTANTS, AUTRES

DONT [NNN.N]

2.1.7.7 POSTES CALCULÉS

2.1.8 DONNÉES SUR L'EFFECTIF: AUTRE PERSONNEL

2.1.8.1 AUTRE PERSONNEL¹⁰

DONT [NNN.N]

2.1.8.1.1 PERSONNEL ADMINISTRATIF (SECRÉTARIAT)

2.1.8.1.2 PERSONNEL ADMINISTRATIF (CONTRÔLE, INFORMATIQUE, ETC.)

2.1.8.1.3 FONCTIONS SUPPLÉMENTAIRES (MATÉRIEL, HYGIÈNE, **N'EXERÇANT PAS** DIRECTEMENT AU CHEVET DU PATIENT)

2.1.8.1.4 PHYSIOTHÉRAPIE

2.1.8.1.5 ERGOTHÉRAPIE

2.1.8.1.6 AUTRES (LABORANT, RECHERCHE, AUTRES)

¹⁰ Qu'il soit ou non facturé au centre de charges de l'U-IMC

2.1.8.2	AUTRES POSTES ALLOUÉS MAIS NON POURVUS (EPT)	DONT	[NNN.N]
2.1.8.2.1.	MÉDECINS-ASSISTANTS EN FORMATION POSTGRADUÉE	DONT	[NNN.N]
2.1.8.2.2.	TOTAL MÉDECINS SPÉCIALISTES (MÉDECINS-ASSISTANTS, CHEFS DE CLINIQUE, MÉDECINS ASSOCIÉS, MÉDECINS-CHEFS)	DONT	[NNN.N]
2.1.8.2.3.	TOTAL AUTRE PERSONNEL	DONT	[NNN.N]

2.1.9 VISIBILITÉ DE L'INFORMATION

2.1.9.1	[AUCUNE] [SEULEMENT INTERNE À LA CI-IMC ¹¹] [ÉGALEMENT EXTERNE: WWW.SGI-SSMI.CH]	[A / I / E]
----------------	---	-------------

2.1.10 RECONNAISSANCE («CERTIFICATIONS»)

2.1.10.1	ANNÉE DE LA RECONNAISSANCE EN TANT QU'U-IMC (PAR LA CI-IMC)	[NNNN]
2.1.10.2	FORMATION CONTINUE DES MÉDECINS AU COURS DE L'ANNÉE	[NNNN]
2.1.10.2.1	CATÉGORIE DE L'U-IMC (CONFORMÉMENT AU PROGRAMME DE FORMATION POSTGRADUÉE) ¹² [AU]–[A]–[B]– [AUCUNE]	
2.1.10.3	ANNÉE DE LA RECONNAISSANCE EN TANT QUE LIEU DE FORMATION POUR LE CERTIFICAT POST-DIPLOME EN SOINS CONTINUS	[NNNN]

2.1.11 PERSONNES RESPONSABLES DE LA COLLECTE DES DONNÉES DE L'U-IMC

2.1.11.1	REPRÉSENTANT(E) DU PERSONNEL INFIRMIER
2.1.11.1.1	TITRE
2.1.11.1.2	NOM
2.1.11.1.3	PRÉNOM
2.1.11.1.4	DÉSIGNATION DE L'U-IMC
2.1.11.1.5	HÔPITAL
2.1.11.1.6	ADRESSE
2.1.11.1.7	LOCALITÉ
2.1.11.1.8	NPA
2.1.11.1.9	E-MAIL

¹¹ Dans la zone protégée par mot de passe du portail web **CI-IMC** SGI-SSMI

¹² Cf. aussi «Programme de formation postgraduée en médecine intensive». (catégorie)

2.1.11.1.10 TÉLÉPHONE

2.1.11.1.11 FAX

2.1.11.2 REPRÉSENTANT(E) DES MÉDECINS

2.1.11.2.1 TITRE

2.1.11.2.2 NOM

2.1.11.2.3 PRÉNOM

2.1.11.2.4 DÉSIGNATION DE L'U-IMC

2.1.11.2.5 HÔPITAL

2.1.11.2.6 ADRESSE

2.1.11.2.7 LOCALITÉ

2.1.11.2.8 NPA

2.1.11.2.9 E-MAIL

2.1.11.2.10 TÉLÉPHONE

2.1.11.2.11 FAX

Mêmes données pour les responsables médicaux et infirmiers de l'U-IMC

2.1.12 INDICATEURS DE LA QUALITÉ STRUCTURELLE ¹³

2.1.12.1 SYSTÈME CIRS VRAI/FAUX

2.1.12.2 VISITES ET CONSULTATIONS VRAI/FAUX

2.1.12.3 RAPPORT DE SORTIE ÉCRIT VRAI/FAUX

2.1.12.4 IMPLICATION DE CONSULTANT EN INFECTIOLOGIE VRAI/FAUX

Facultatif:

2.1.13 PERSONNES RESPONSABLES DE LA FORMATION POSTGRADUÉE À L'U-IMC

2.1.13.1 REPRÉSENTANT(E) DU PERSONNEL INFIRMIER [_____]

2.1.13.1.1 TITRE [_____]

2.1.13.1.2 NOM [_____]

2.1.13.1.3 PRÉNOM [_____]

¹³ Rhodes, et al. Prospectively defined indicators..., Intensive Care Med (2012) 38:598–605. Définitions dans Annexe 1

2.1.13.1.4	DÉSIGNATION DE L'U-IMC	[_____]
2.1.13.1.5	HÔPITAL	[_____]
2.1.13.1.6	ADRESSE	[_____]
2.1.13.1.7	LOCALITÉ	[_____]
2.1.13.1.8	NPA	[NNNN]
2.1.13.1.9	E-MAIL	[_____]
2.1.13.1.10	TÉLÉPHONE	[_____]
2.1.13.1.11	FAX	[_____]
 2.1.13.2 REPRÉSENTANT(E) DES MÉDECINS		
2.1.13.2.1	TITRE	[_____]
2.1.13.2.2	NOM	[_____]
2.1.13.2.3	PRÉNOM	[_____]
2.1.13.2.4	DÉSIGNATION DE L'U-IMC	[_____]
2.1.13.2.5	HÔPITAL	[_____]
2.1.13.2.6	ADRESSE	[_____]
2.1.13.2.7	LOCALITÉ	[_____]
2.1.13.2.8	NPA	[NNNN]
2.1.13.2.9	E-MAIL	[_____]
2.1.13.2.10	TÉLÉPHONE	[_____]
2.1.13.2.11	FAX	[_____]

2.2 DONNÉES GÉNÉRALES ADMINISTRATIVES PAR PATIENT

À saisir une fois par patient et par séjour en U-IMC. En cas de réadmission d'un patient, de nouvelles données doivent être établies.

2.2.1 «MDS-ID» (IDENTIFICATION CAS U-IMC)	[NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN]
2.2.2 DATE DE NAISSANCE	[DD.MM.YYYY]
2.2.3 SEXE	[M] – [F]

2.2.4 CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT

- 2.2.4.1** SI ÂGE < 28 JOURS:
 AGE GESTATIONNEL (FORMAT: WW [SEMAINES]-D [JOURS] DE GROSSESSE) [NN]-[N]
 POIDS DE NAISSANCE (KG.GGG) [N.NNN]
- 2.2.4.2** POIDS À L'ADMISSION (KG, ESTIMATION SI INCONNU) [NNN.NNN]
- 2.2.4.3** TAILLE (CM, ESTIMATION SI INCONNU) [NNN]
- 2.2.5** MOMENT DE L'ADMISSION À L'U-IMC [DD.MM.YYYY HH:MM]
- 2.2.6** PROVENANCE IMMÉDIATE DU PATIENT
 [SERVICE DES URGENCES] – [BLOC OPÉRATOIRE / POST-INTERVENTIONNEL /
 SALLE D'ACCOUCHEMENT] – [USI] – [AUTRE U-IMC / HDU / SDR] –
 [SERVICE] – [AUTRES] [.]
- 2.2.7** LIEU DE SÉJOUR AVANT L'ADMISSION À L'HÔPITAL
 [DOMICILE] – [AUTRE HÔPITAL] – [INSTITUTION DE SOINS] – [AUTRES]
 [.]
- 2.2.8** RÉADMISSION < 48 HEURES
 [OUI] – [NON]
- 2.2.9** ADMISSION PLANIFIÉE
 [OUI] – [NON]
- 2.2.10** MOMENT DU TRANSFERT DE L'U-IMC
 [DD.MM.YYYY HH:MM]
- 2.2.11** LIEU DE TRANSFERT DU PATIENT DEPUIS L'U-IMC:
 [MÊME HÔPITAL, SERVICE] – [MÊME HÔPITAL, AUTRE U-IMC / HDU / SDR]¹⁴
 – [MÊME HÔPITAL, USI] – [MÊME HÔPITAL, AUTRES] – [AUTRE HÔPITAL,
 USI/U-IMC] – [AUTRE HÔPITAL, PAS USI/U-IMC] – [DÉCÉDÉ] – [RÉADAPTATION
 AIGUË] – [DOMICILE] – [INSTITUTION DE SOINS] – [AUTRES]
 [.]
- 2.2.12** LIMITATION THÉRAPEUTIQUE¹⁵
- 2.2.12.1** MOMENT DE LA LIMITATION
 [0:NON/AUCUNE] [1:À L'ADMISSION] [2:PENDANT LE SÉJOUR] [3:À LA SORTIE] [N]
- 2.2.12.2** DEGRÉ DE LA LIMITATION
 [0:AUCUNE/COMPLÈTE] [1:LIMITÉE DANS LE TEMPS] [2:LIMITATION DES ACTIONS]
 [3:PASSAGE À UN TRAITEMENT PUREMENT PALLIATIF] [N]
- 2.2.12.3** RAISON DE LA LIMITATION
 [0:AUCUNE RAISON] [1:SOUHAIT DU PAT.][2:SOUHAIT DU REPRÉS.][3:MÉD.] [N]
- 2.2.12.4** HOSPITALISATION¹⁶:

¹⁴ Un transfert dans une U-IMC associée interne doit être codé comme un transfert

¹⁵ Selon les définitions de l'ASSM (www.SAMW.ch): «mesures de soins intensifs», 2013. Cf aussi l'annexe 1 «Limitation de traitement»

¹⁶ Facultatif (nouveau)

2.2.13 MOMENT D'ADMISSION À L'HÔPITAL [DD.MM.YYYY HH:MM]

2.2.14 MOMENT DE SORTIE DE L'HÔPITAL [DD.MM.YYYY HH:MM]

2.2.15 SORTIE DE L'HÔPITAL: CODE DE SORTIE DE L'OFS 1.5.V03 [N]

2.3 DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE DE L'U-IMC

À saisir une fois par patient et par séjour en U-IMC. En cas de réadmission d'un patient, de nouvelles données doivent être établies.

2.3.1 CLASSIFICATION DANS UNE CATÉGORIE DE PATIENTS [ÉLECTIF] – [NON ÉLECTIF]

2.3.2 PREMIER DIAGNOSTIC ÉTABLI LORS DE L'ENTRÉE À L'U-IMC (VOIR ANNEXE 2)
[. . .]

2.3.3 UNIQUEMENT POUR LES PATIENTS AVEC TRAUMATISME: ABBREVIATED INJURY SEVERITY SCORE (AIS)¹⁷

TÊTE [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

FACE [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

THORAX [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

ABDOMEN [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

EXTRÉMITÉS [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

EXTERNE/PEAU [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

2.3.4 INTERVENTION (VOIR ANNEXE 2) [.]

2.3.5 GRAVITÉ DE LA MALADIE AIGÜE:

2.3.5.1 SAPS-II¹⁸

CE CODE DOIT ÊTRE INDiqué POUR LES PATIENTS DÈS 16 ANS RÉVOLUS. [NNN]

2.3.5.2 PIM II:

SI ÂGE $\geq$ 32 SEMAINES DE GROSSESSE ET ÂGE < 16 ANS

(TAUX DE MORTALITÉ PRÉDIT EN %) [NNN.N]

2.3.5.3 CRIB II

SI NOUVEAU-NÉS < 32 SEMAINES DE GROSSESSE ET/OU POIDS DE NAISSANCE $\leq$ 1500 G

(UNIQUEMENT PATIENTS POST-PARTUM, TAUX DE MORTALITÉ PRÉDIT EN %) [NNN]

2.3.6 DIAGNOSTIC PRINCIPAL AU COURS DU SÉJOUR À L'U-IMC (VOIR ANNEXE 2)
[. . .]

2.4 CHARGE DE TRAVAIL SPÉCIFIQUE DE L'U-IMC PAR PATIENT

¹⁷ Facultatif pour les unités de néonatalogie-pédiatrie

¹⁸ Il faut enregistrer le GCS « présumé », cf. annexe 1.

2.4.1 SCORE DE CHARGE DE TRAVAIL (NEMS) DANS L'U-IMC: [NNN]

À saisir une fois par horaire de soins¹⁹.

Pour les U-IMC ayant 2 horaires de soins par jour, les définitions s'appliquent par analogie.^{20 21}

2.4.1.1	MONITORAGE STANDARD	[OUI] – [NON]
2.4.1.2	ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE	[OUI] – [NON]
2.4.1.3	VENTILATION MÉCANIQUE	[OUI] – [NON]
2.4.1.4	SOUTIEN VENTILATOIRE SUPPLÉMENTAIRE	[OUI] – [NON]
2.4.1.5	MÉDICAMENT VASOACTIF	[OUI] – [NON]
2.4.1.6	PLUSIEURS MÉDICAMENTS VASOACTIFS	[OUI] – [NON]
2.4.1.7	PROCÉDÉS D'ÉPURATION EXTRA-RÉNALE (HÉMODIALYSE, ETC.)	[OUI] – [NON]
2.4.1.8	INTERVENTION SPÉCIFIQUE DANS L'U-IMC	[OUI] – [NON]
2.4.1.9	INTERVENTION SPÉCIFIQUE EN DEHORS DE L'U-IMC	[OUI] – [NON]

2.4.2 SCORE D'AGITATION (SAS) [N]

2.4.3 ISOLEMENT²² [OUI] – [NON=DEFAULT]

2.4.4 ECMO [OUI] – [NON=DEFAULT]

2.4.5 DÉFAILLANCE D'ORGANES SCORE SOFA

Ce score doit être indiqué pour les patients âgés de 16 ans révolus.

2.4.5.1	SOFA (JOUR D'ENTRÉE= 0) ²³	[0:RCFCSR]
2.4.5.2	SOFA... (JOUR X, JUSQU'AU JOUR AVANT LA SORTIE)	[NNN:RCFCSR]

¹⁹ Les horaires de soins entamés (utilisés seulement en partie) sont également documentés

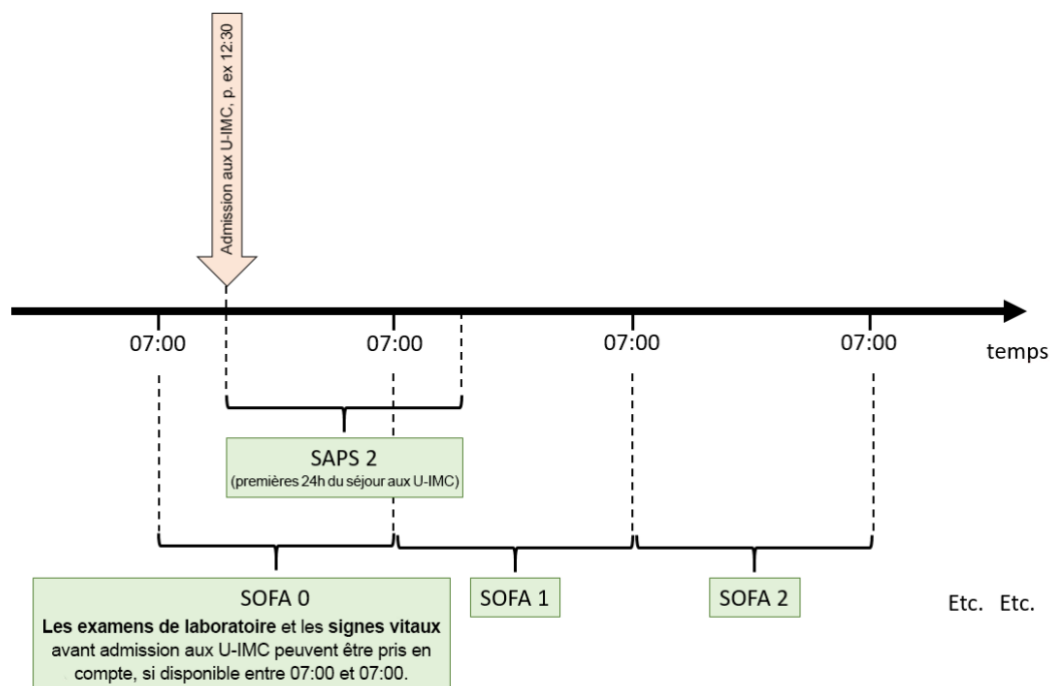
²⁰ La catégorie SSMI est calculée d'après «les Directives pour la certification des unités de soins intensifs» sur la base du NEMS et du score d'agitation. Le chiffre du score NEMS (Pt. 2.4.1.1) est automatiquement calculé à partir des champs 2.4.1.1.1-9. Conversion: cf. Annexe 9

²¹ La définition des différents éléments du NEMS et du SAS figure dans l'Annexe 7.

²² Voir Annexe 1. DEFAULT signifie qu'en l'absence de codage explicite, la réponse NON est présumée

²³ SOFA0 = données du jour d'admission entamé jusqu'au jour suivant 07h00 (même si jour d'admission=jour de sortie, → SOFA-0 est obligatoire; puis à nouveau intervalles de 24h jusqu'à SOFA X).

Format = jours depuis l'entrée: Respiratoire – Coagulation – Foie – Cardiovasculaire – SNC - Rénal (valeur entre 0-4,9)



2.5 RÉSULTAT

À saisir une fois par patient et par séjour en U-IMC. En cas de réadmission d'un patient, de nouvelles données doivent être établies. N.B.: le statut à la sortie de l'U-IMC est saisi sous «lieu de transfert du patient».

2.5.1 STATUT À LA SORTIE DE L'HÔPITAL²⁴

[EN VIE] – [DÉCÉDÉ]

2.5.2 STATUT 28 JOURS APRÈS L'ADMISSION À L'U-IMC²⁵

[EN VIE] – [DÉCÉDÉ]

2.5.3 STATUT 12 MOIS APRÈS L'ADMISSION À L'U-IMC²⁶

[EN VIE] – [DÉCÉDÉ]

2.5.4 QUALITÉ DE VIE 12 MOIS APRÈS L'ADMISSION À L'U-IMC²⁷

[.]

2.6 DONNÉES OPTIONNELLES

2.6.1 À SAISIR UNE FOIS PAR PATIENT ET PAR SÉJOUR DANS L'U-IMC

2.6.1.1 JUSQU'À 2.6.1.10. JUSQU'À 10 CHAMPS PEUVENT ÊTRE DÉFINIS INDIVIDUELLEMENT PAR U-IMC

[NNN]

²⁴ Facultatif

²⁵ Facultatif

²⁶ Facultatif

²⁷ Facultatif (SF-36, SF-12 ou EQ-5D), à saisir sur un formulaire séparé

2.6.2 À SAISIR UNE FOIS PAR HORAIRE DE SOINS ET PAR PATIENT

2.6.2.1 JUSQU'À 2.6.2.10. JUSQU'À 10 CHAMPS PEUVENT ÊTRE DÉFINIS
INDIVIDUELLEMENT PAR U-IMC

[NNN]

3 DONNÉES MINIMALES DE LA CI-IMC-SSMI (MDS_{IMC}): MISE EN ŒUVRE

3.1 RESPONSABILITÉS

3.1.1 DE L'ORGANE DE SURVEILLANCE

La CI-IMC est l'organe de surveillance. La CI-IMC est une communauté d'intérêt conforme aux statuts de la SSMI.

Elle soutient les différentes unités dans leur mission de saisir correctement les données pour les MDS_{IMC} et de les exporter rapidement dans la banque de données centrale.

La CI-IMC veille à la mise en œuvre correcte de l'archivage et de l'exploitation des données, y compris leur transmission à des tiers autorisés (voir Chapitre 3.4, ci-dessous) et contrôle la poursuite du développement des MDS_{IMC}. Par ailleurs, le règlement actuel de la CI-IMC s'applique.

3.1.2 DE L'EXPLOITANT DE LA BANQUE DE DONNÉES

3.1.2.1 GÉNÉRALITÉS

Il est élu par le comité de la SSMI, sur proposition de la CI-IMC. Une réglementation contractuelle existe entre la SSMI (représentée par le comité de la SSMI) et l'exploitant (ProtecData AG-Boswil depuis 2004; contrat renouvelé le 18.08.2020); toute utilisation de l'outil MDS_{IMC} de la CI-IMC-SSMI pour collecter les données obligatoires est régie par un contrat séparé entre ProtecData et l'U-IMC respective.

3.1.2.2 DEVOIRS / COMPÉTENCES

Il exploite et assure la maintenance de la banque de données sur les données minimales. Il analyse les données selon les directives de l'organe de surveillance et ne transmet de données à des tiers que sur ordre de l'organe de surveillance et selon ses directives. Il garantit le respect des dispositions relevant de la protection des données s'y rapportant.

3.2 APPLICATION

3.2.1 DÉVELOPPEMENT DE L'APPLICATION

Banque de données centrale MDS_{IMC} sur mandat de la SSMI et de la CI-IMC par un fournisseur externe. Saisie locale des données dans chaque U-IMC. Variantes:

- Saisie des données de type 1: programme local mis à disposition par l'exploitant de la banque de données centrale.
- Saisie des données de type 2: programme local déjà existant: adaptations nécessaires des différentes variables selon les définitions relatives aux données existantes. Le module pour l'exportation des données doit être développé individuellement. Transfert de données à la banque de données centrale: par voie électronique (télécharger le fichier XML conformément aux spécifications du fournisseur de la banque de données centrale MDS_{IMC}).

3.2.2 MAINTENANCE DE L'APPLICATION

Exploitation et développement ultérieur de l'application (central / décentralisé) selon les exigences de la CD (Commission des données de la SSMI) et de la CI-IMC.

3.3 COLLECTE, CORRECTION, SAISIE ET ÉVALUATION DES DONNÉES

3.3.1 PHASE DE COLLECTE

Les données sont saisies par l'U-IMC concernée. La saisie se fait soit au moyen d'un logiciel local spécifique de saisie des données, soit par l'intermédiaire d'une banque de données locale déjà existante (voir ci-après). Dans le cadre de sa visite pour la reconnaissance ou la re-reconnaissance d'un service, la CI-IMC vérifie les processus de collecte des données pour les MDS_{IMC}. Chaque unité est responsable de la saisie correcte des données pour les MDS_{IMC}. La relation entre le pseudonyme (ID MDS_{IMC}) et les données qui permettent d'identifier la personne (par exemple nom, date de naissance) n'est connue que de l'U-IMC concernée.

Étant donné que les données sont collectées dans le cadre du contrôle qualité, un «consentement éclairé» au sens strict n'est pas nécessaire à l'échelle locale. Des informations supplémentaires sont disponibles dans l'Annexe 1 sous «Protection des données». La CI-IMC peut exploiter les données centrales anonymisées concernant la qualité conformément aux dispositions correspondantes de la LRH.

3.3.2 PHASE DE CORRECTION

L'exhaustivité et la plausibilité des informations sont vérifiées en permanence dans le cadre de la collecte locale des données. Les algorithmes correspondants sont intégrés au programme local de collecte des données.

3.3.3 PHASE DE SAISIE

Le transfert électronique des données à la banque centrale est codé. En dehors du pseudonyme (ID MDS_{IMC}), les données transférées ne comportent aucune information permettant de remonter à une personne et de l'identifier. Le lien entre le pseudonyme et une personne concrète ne peut être établi que par le centre qui a collecté les données (voir ci-dessus phase de collecte).

L'exportation des données de processus de la banque de données locale vers la banque de données centrale a lieu généralement une fois par mois, mais au minimum une fois par trimestre. L'exportation des données est chaque fois opérée manuellement. La CI-IMC veille à ce que les différentes U-IMC effectuent dans les temps l'exportation des données. Les données structurelles de l'année écoulée doivent être transmises avant la fin du mois de février de l'année en cours. Le travail occasionné par la soumission tardive du fichier MDS_{IMC} sera facturé.

3.3.4 PHASE D'ÉVALUATION

L'évaluation est effectuée en continu, mais au moins une fois par trimestre. Les indicateurs propres (cf. annexes 2 et 3) peuvent être consultés de manière autonome par la direction médicale ou infirmière d'une U-IMC reconnue via le site web protégé par mot de passe de Protecdata (<https://www.savedata.ch/mdsimc>). Les membres de la CI-IMC ont accès à tous les enregistrements MDS_{IMC} (cf. annexe 4). Le rapport annuel contenant les chiffres clés peut être imprimé de manière autonome par chaque U-IMC reconnue.

3.3.5 PUBLICATION

Des données sélectionnées peuvent d'une manière générale être diffusées uniquement en interne à la SSMI et à la CI-IMC ou vers l'extérieur sur le site web de la SSMI ou de la CI-IMC. Chaque U-IMC peut décider chaque année, lors de la saisie des données structurelles, si des données concernant leur service peuvent être diffusées et, le cas échéant, lesquelles.

3.4 ÉVALUATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA QUALITÉ ET LA RECHERCHE

Pour les analyses et les évaluations de données qui sortent du cadre de l'évaluation standardisée décrite au paragraphe 3.3, les règles suivantes s'appliquent:

- Des évaluations supplémentaires sont possibles dans le cadre de projets d'assurance qualité ou de développement de la qualité et de projets de recherche de la CI-IMC
- Un plan de projet de recherche peut être soumis par chaque membre de la CI-IMC et doit être approuvé par la CI-IMC. Les projets d'assurance qualité et de développement de la qualité doivent être approuvés à la demande de la CI-IMC.
- L'extraction anonyme de données avec identification du service est soumise à l'approbation préalable de l'U-IMC concernée.
- Tout extrait de données comportant l'identification d'une station à des fins de **recherche ou de publication** nécessite l'accord préalable de l'U-IMC concernée.

3.5 Coûts

3.5.1 LOGICIELS LOCAUX DE SAISIE DES DONNÉES

3.5.1.1 LOGICIEL LOCAL DE SAISIE DES DONNÉES, ÉTABLI PAR L'EXPLOITANT DE LA BANQUE DE DONNÉES CENTRALE.

Ceci comprend la conception du logiciel correspondant, l'installation et la formation, l'adaptation et la maintenance (adaptations de la structure de la banque de données, etc.) Le financement est assuré par la SSMI.

3.5.1.2 LOGICIEL LOCAL EXISTANT/PDMS

Le développement ou l'adaptation d'une banque de données déjà existante (y compris module pour l'exportation de données) ainsi que la maintenance sont assurés par les responsables financiers locaux. La charge de travail résultant de l'entrée des données dans la banque de données locale est assurée par l'U-IMC concernée.

3.5.2 BANQUE DE DONNÉES CENTRALE

3.5.2.1 DÉVELOPPEMENT FINANCÉ PAR LA SSMI

3.5.2.2 MAINTENANCE/ÉVALUATIONS

La SSMI assure les évaluations à l'intention des utilisateurs, les coûts administratifs, y compris les dépenses pour la Commission de surveillance, etc.

Les différents utilisateurs financent CHF 2.- par patient (calcul du prix sur la base du nombre de patients de l'U-IMC concernée).

Les frais sont prélevés annuellement sur la base des données de l'année précédente (nombre de patients). La première période de calcul commence avec le début de la saisie régulière des données, mais au plus tard à partir du 1.04.2020.

La facturation est assurée par le secrétariat général de la SSMI qui se charge ensuite du

paiement à l'exploitant de la banque de données centrale (ProtecData), conformément au contrat passé entre la SSMI, la CI-IMC et ProtecData.

4 ANNEXES

4.1 ANNEXE 1: DÉFINITIONS, EXPLICATIONS ET ABRÉVIATIONS

AIS	«Abbreviated Injury Scoring» par zone corporelle (AIS, révision 1990). Sert de base pour le calcul de l'injury severity score (→ ISS; → Score) ²⁸ . Chacune des 6 zones corporelles (tête, face, thorax, abdomen, bassin/extrémités, externe/peau) est évaluée de 0 = sans blessures à 6 = «unsurvivable» en fonction du risque vital (détails de l'évaluation, voir ²⁹). La somme des carrés des 3 zones corporelles les plus gravement atteintes donne l'ISS (→ ISS).
ASSC	Assistant(e) en soins et santé communautaire. Selon les directives pour la certification des U-IMC par la CI-IMC.
Benchmarking	De manière générale, comparaison systématique et échange d'expériences entre partenaires qui sont confrontés à des tâches/problèmes similaires et collectent des indicateurs similaires. Dans le cadre des données minimales de la SSMI, le benchmarking permet la comparaison des indicateurs chiffrés d'une U-IMC avec l'ensemble des autres U-IMC participant au projet. Il doit en outre être possible d'établir une comparaison avec un sous-groupe de toutes les U-IMC. Les sous-groupes sont définis selon la «spécialisation de l'U-IMC» et la «catégorie de l'U-IMC» (voir chapitre «Données minimales de la SSMI: contenus»). Important: les données correspondantes d'une U-IMC donnée ne peuvent être consultées que par l'U-IMC concernée.
Catégorie de patients	Définition selon les directives en vigueur ^{30 31} .
CC-USI	La Commission de certification des unités de soins intensifs (CC-USI) traite toutes les demandes de certification ou de re-certification d'une USI conformément aux lignes directrices en vigueur. La CC-USI est autorisée à vérifier la conformité aux critères de qualité de toutes les USI certifiées.
CoSci	La commission scientifique de la SSMI (CoSci) coordonne les activités de la Société en matière d'enseignement et de recherche.
CD-SSMI	Commission des données de la SSMI (<i>Kommission Datensatz der SGI</i>).
CIRS-system	Élément de →qualité structurelle. Est-ce qu'un «Critical Incident Reporting System» est implémenté et les cas discutés régulièrement?
CI-IMC	Communauté d'intérêt reconnaissances U-IMC

²⁸ Baker SP et al.: The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma*, 1974, 14:187-196

²⁹ <http://www.trauma.org/scorenzms/ois.html>

³⁰ Baumann PC et coll.: Der Pflegepersonalbedarf auf Intensivstationen. Schriftenreihe des SKI, Band 41 (1989).

³¹ Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs (08.05.2003).

CRIB II	«Clinical risk index for babies» ³² (→ Score).
Diagnostic d'entrée	«diagnostic d'entrée» = «diagnostic initial établi» = diagnostic qui décrit le mieux le motif de l'admission dans l'U-IMC. Ce diagnostic d'entrée est posé au plus tard dans les 24 premières heures après l'admission à l'U-IMC. Le diagnostic d'entrée ne doit pas être identique au → <i>Diagnostic au cours du séjour dans l'U-IMC</i> . Pédiatrie : En cas d'admission après une intervention, la «Post-Procedure-Other» (1100) doit être codée.
Diagnostic principal au cours du séjour	Diagnostic décrivant la raison principale du séjour dans l'U-IMC dans son ensemble (tout comme la définition du diagnostic principal d'après l'OMS, qui correspond à l'état qui est établi comme diagnostic à la fin du séjour dans l'U-IMC et qui était le motif principal du traitement et de la surveillance du patient). Le diagnostic principal au cours du séjour à l'U-IMC ne doit pas être identique au → <i>Diagnostic d'entrée</i>. Le diagnostic au cours du séjour à l'U-IMC est déterminé à la fin du séjour dans l'U-IMC (c.-à-d. de manière rétrospective, dans le sens d'une évaluation à posteriori, par exemple «choc septique» (A2) ou ARDS (R1)). L'idée est la suivante : Un patient est typiquement hospitalisé dans l'U-IMC pour une courte durée. Le diagnostic au cours du séjour dans l'U-IMC doit aider à analyser les raisons pour lesquelles les patients restent hospitalisés pour une durée prolongée dans l'U-IMC. Il s'agit donc du diagnostic responsable du séjour prolongé (par ex. initialement pontage aorto-coronarien, puis pneumonie; le <i>diagnostic dans les suites du séjour dans l'U-IMC</i> est la «pneumonie»). Par suite d'un commun accord en cas de sepsis, le diagnostic de «choc septique» (A2) a été posé initialement et noté comme diagnostic principal. Ce diagnostic restera inchangé au cours du séjour dans l'U-IMC (c.-à-d. NE PAS FAIRE: diagnostic d'entrée = choc septique et diagnostic principal au cours du séjour dans l'U-IMC = insuffisance rénale). Toutefois, si au début le diagnostic de pontage aorto-coronarien a été retenu, auquel s'ajoute en cours d'hospitalisation un sepsis avec syndrome de détresse respiratoire aiguë, le diagnostic responsable du séjour prolongé dans l'U-IMC, soit l'ARDS, soit le choc septique, doit être mentionné comme diagnostic principal (c.-à-d. le diagnostic de «choc septique» n'est pas toujours obligatoirement le diagnostic principal). Le diagnostic principal au cours du séjour à l'U-IMC correspondra souvent au diagnostic d'entrée chez les patients hospitalisés pour une courte durée, tandis que chez les patients avec une longue durée d'hospitalisation, le diagnostic principal au cours du séjour dans l'U-IMC diffèrera éventuellement du diagnostic d'entrée si un autre diagnostic est le motif principal de séjour dans l'U-IMC. Pédiatrie: On ne réalise pas de «Post-Procedural-Diagnosis». Exemple: Le patient est pris en charge dans l'U-IMC après une opération CIV, le diagnostic le plus important au cours du séjour dans l'U-IMC est CIV (223). (Diagnostic d'entrée: 1100, intervention: 1251).
Diagnostics secondaires	Pédiatrie : maximum 10 diagnostics secondaires. « <i>Injury mechanism</i> » et « <i>infection</i> » ne peuvent être codés qu'en tant que diagnostics secondaires. Le codage des diagnostics secondaires de pédiatrie est réalisé en dehors du cadre des MDSi.
Durée du séjour	Séjour à → l'U-IMC, mesuré en journées. On utilise souvent l'abréviation LOS («length of stay»). Calcul: (date/heure de sortie) – (date/heure d'admission) = durée de séjour exprimée en minutes /1440 = nnn.n jours. La → <i>journée de soins</i> représente une mesure alternative, arrondie en fonction de la période de travail (en règle générale 8 ou tout au plus 12 heures) pour estimer la durée du séjour.
Effectif (personnel)	Chiffres en postes (%), avec 100% = 1 poste occupé à 100% pendant un an (EPT). Les données sur le personnel concernent les activités de toutes les personnes de l'U-IMC,

³² Parry G et coll. CRIB II : an update of the Clinical Risk Index for Babies score. **Lancet** 2003, 361(9371):1789-91.

indépendamment du fait qu'elles relèvent de la planification budgétaire de l'U-IMC. Pour les formateurs et les praticiens formateurs, seule l'activité pour la formation postgraduée générale du personnel infirmier de l'U-IMC est valable.

Entrée élective dans l'U-IMC	Entrée dans l'U-IMC qui a été annoncée au moins 12 heures avant l'admission du patient dans → l'U-IMC (par exemple par un commentaire sur le programme opératoire, par une information téléphonique, par une procédure standard, etc.). Les entrées qui sont prises à posteriori dans le programme opératoire électif (par ex. oubli d'inscription pour l'U-IMC) sont à considérer comme des entrées électives. Les entrées qui sont enregistrées et saisies à posteriori dans le programme opératoire d'urgence sont à considérer comme des entrées imprévues. Des règles spécifiques s'appliquent pour les réadmissions (< 48 heures) (→ <i>réadmission</i>).
Entrée non élective à l'U-IMC	→ <i>entrée élective dans l'U-IMC</i>
EPT (ETP)	Indications en postes (%), en spécifiant que 100% = 1 poste occupé pendant 1 an à 100% (= FTE = «full time equivalent» = EPT = équivalent plein temps).
GCS	Glasgow coma scale (→ <i>Score</i>) ³³ . Chez un patient sédaté ou intubé, le score indiqué est celui que le patient aurait probablement sans sédation (GCS «supposé» ou «dernier GCS connu»).
HIN	«Health Info Net AG»
Horaire	Correspond en règle générale à 8 heures, pour un certain nombre d'U-IMC à 12 heures. En cas d'horaire «entamé», la charge de travail spécifique de l'U-IMC est «extrapolée» à l'horaire entier. Pour les U-IMC avec deux horaires par jour, les données pertinentes sont automatiquement «normalisées» pour le fonctionnement en trois horaires (c.-à-d. données pertinentes x 3/2) lors de l'exportation dans la banque de données centrale MDS _{IMC} . Les U-IMC avec des fonctionnements en deux ou trois horaires par intermittence doivent elles-mêmes «normaliser» leurs données pour un fonctionnement en trois horaires avant l'exportation.
ID de l'U-IMC	Numéro d'identification de → l'U-IMC. Est attribué par l'organisme central. Se compose de trois chiffres. Deux premiers chiffres: hôpital, dernier chiffre: 0 (s'il n'existe qu'une U-IMC dans l'hôpital concerné; sinon 0, 1, 2, . . . , 9). Sur la base du Bfs, des aspects régionaux de l'U-IMC sont également enregistrés (grande région, canton, région linguistique, degré d'urbanisation). ³⁴
ID MDS _{IMC}	Un nouvel ID MDS _{IMC} est attribué à chaque entrée à l'U-IMC. Ce numéro n'est pas identique à l'IDC («identification du cas»). L'IDC est utilisé dans de nombreux hôpitaux pour permettre une identification claire de chaque séjour à l'hôpital d'un patient donné. La « pseudonymisation » a lieu dans → l'U-IMC concernée. Le tableau de relation (lien IDC – nom du patient) est tenu par l'U-IMC concernée et reste dans cette U-IMC. Une ré-identification des données ne peut donc être effectuée que par l'U-IMC responsable. L'U-IMC concernée est responsable du respect des dispositions relevant de la protection des données dans son domaine d'activité. Deux premiers chiffres: année; 3 chiffres suivants: → <i>ID de l'U-IMC</i> ; 20 chiffres suivants: numérotation conformément à la réglementation interne de l'U-IMC concernée. L'IDC permet, si nécessaire, à chaque U-IMC (et uniquement à celle-ci) de vérifier l'exactitude de ses informations.

³³ Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. **Lancet** 1974, 2: 81-84. And Le Gall JR et al, JAMA. 1993;270(24):2957-2963:SAPS II

³⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/home/statistiques/themes-transversaux/analyses-spatiales/niveaux-geographiques/html>

IMC / HDU / SDR	IMC: «Intermediate care unit». HDU: «high dependency unit». SDR: salle de réveil.
Infectiologie	Élément de qualité structurelle: Y a-t-il au moins une fois par semaine une consultation structurée avec un spécialiste en maladies infectieuses?
Interventions	Si un patient a fait l'objet d'une intervention (c.-à-d. opération, angiologie interventionnelle, cardiologie, radiologie, gastro-entérologie, pneumologie, etc.) au cours des 24 h AVANT et jusqu'à 24 h APRES l'entrée dans l'U-IMC, l'intervention correspondante sera notée dans «Intervention avant l'entrée». Ne sont pas considérées comme interventions par ex. la pose d'un cathéter veineux central, la pose d'un cathéter artériel, etc. En revanche, une cardioversion est, par exemple, notée comme «autre intervention». ATTENTION: Pour les interventions non chirurgicales (par ex. cardiologie interventionnelle, gastro-entérologie, radiologie, etc.), il convient de noter admission de type «médicale» dans le SAPS, pour les interventions chirurgicales (c.-à-d. dès qu'une quelconque incision au scalpel a été effectuée dans un délai de 24 heures avant ou après l'entrée dans l'U-IMC), il convient de noter, dans le SAPS, admission de type -> chirurgie élective ou -> chirurgie non élective. Pour les interventions combinées, l'intervention principale est notée comme intervention. En cas de traumatisme unique sans intervention (par ex. rupture hépatique isolée sans intervention au cours des 24 h avant et jusqu'à 24 h après l'entrée à l'U-IMC), il convient de noter «traumatisme unique/multiple sans traumatisme crânio-cérébral», «pas d'intervention» et pour le type d'admission dans le SAPS le type d'admission -> noté médical. Si le patient devait tout de même être opéré par ex. 3 jours après l'entrée à l'U-IMC, le type d'admission resterait médical. D'une manière générale, il convient uniquement de prendre en compte les interventions qui sont réalisées par des prestataires «étrangers». Particulièrement, toutes les activités qui font partie du traitement complexe de médecine intensive sous-jacent (artère, cathéter central, drain thoracique, radiographie, etc.) ne sont pas à coder. Pédiatrie: <i>Post-Procedural-Diagnosis</i>, chiffres à partir de 1100. Ici, l'intervention qui a conduit à l'admission ou l'intervention qui a été réalisée lors du séjour (complet) à l'U-IMC (par ex. une herniotomie réalisée chez un nouveau-né au cours du séjour à l'U-IMC), est codée en détails.
Isolement	Les définitions selon CHOP s'appliquent (Version 2013: numéro 99.84, ou les numéros correspondants dans les versions ultérieures du CHOP).
ISS	«Injury Severity Score» (ISS) ³⁵ . Est calculé à l'aide du → «abbreviated injury score» (→AIS; → Score). La somme des carrés des 3 zones corporelles les plus gravement atteintes donne l'ISS. L'ISS peut atteindre une valeur de 0 – 75. Si l'une des zones corporelles a un score de 6, l'ISS est toujours fixé à 75. L'ISS est en corrélation avec la morbidité, la mortalité, la durée du séjour à l'hôpital ainsi que d'autres marqueurs du degré de gravité de la blessure.
Journée de soins	Nombre d'heures / 3 (si 3 heures/jour) ou heures / 2 (si 2 heures/jour). Mesure pour la durée de séjour d'un patient à l'U-IMC. Contrairement à → <i>la durée de séjour</i> , qui est calculée sur la base de minutes, la journée de soins constitue une valeur arrondie.
Journée de ventilation	Heures avec → <i>ventilation</i> / 3 (respectivement / 2 en analogie aux journées de soins).

³⁵ Baker SP et coll. The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma*, 1974, 14:187-196

LEP	LEP® = <i>Leistungserfassung in der Pflege</i> («saisie des prestations de soins infirmiers») ³⁶
Lieu de séjour avant l'hospitalisation	Hospitalisation = entrée dans l'hôpital auquel appartient l'U-IMC concernée. Classé selon: domicile (y compris home médicalisé, établissement médico-social, venant de la rue) – autre hôpital (clinique psychiatrique) – autres voir aussi → <i>Provenance immédiate du patient</i>
Limitations thérapeutiques	Toute limitation de l'intensité des soins doit être codée à la sortie et comprend trois éléments: moment de la décision, degré de limitation et raison. Une telle limitation est généralement documentée durant le séjour dans l'U-IMC; un décès qui survient lors d'un renoncement aux actions sans issues n'est pas considéré comme une limitation. Si le moment de la limitation (2.2.12) est codé comme 0 (= non, aucune), le degré et la raison de la limitation chez ce patient doivent nécessairement être codés 0 (aucun). Inversement, avec une limitation mentionnée, le moment, le degré et la raison doivent toujours être > 0. Pour les patients dont les volontés sont connues: une limitation inscrite dans les volontés est également valide dans le contexte de l'U-IMC et est incluse dans la prise en charge (plan de traitement). Donc, moment: 1 (-3), degré: 1-3, raison: 1 (2). Cela a pour conséquence qu'à l'analyse rétrospective, il n'est pas clair si une limitation a uniquement été prévue (planifiée) ou également mise en œuvre. Toutefois, en cas de décès, elle devient significative. Exemple: une décision de ne plus reprendre un patient en U-IMC après le transfert serait codée comme suit: heure: au départ, degré: contenu limité, raison: médicale.
Lits exploités	Nombre de lits effectivement occupés chaque année par des patients. Ce nombre peut être inférieur au nombre de lits physiquement présents (anciennement dénommés lits planifiés). La raison en est souvent que les postes ne peuvent pas être pourvus. D'autres raisons sont parfois une pénurie excessive de personnel en raison d'absences pour cause de maladie, de formation, etc. Voir aussi → <i>lits reconnus</i>
Lits reconnus	Nombre de lits reconnus d'après le certificat de la CI-IMC. Le nombre valide de lits est communiqué par le secrétariat de la CI-IMC à ProtecData et entré dans les MDS _{IMC} .
LOS	«length of stay» → <i>durée du séjour</i>
Mortalité	La mortalité de l'U-IMC est saisie dans chaque cas. La mortalité de l'hôpital est en outre saisie chaque fois que cela est possible. Seule cette dernière permet un calcul correct du → <i>SMR</i> .
NAS	«Nursing activities score» ³⁷ .
NAS (élément du)	Le NAS est composé de 23 éléments; 5 de ces éléments sont subdivisés en jusqu'à 3 sous-éléments.
NEMS	«Nine equivalents of nursing manpower use score» ^{38 39 40} . Peut être utilisé comme marqueur des analyses de processus à → l'U-IMC ⁴¹ . Le NEMS est collecté une fois par heure. Pour les horaires «entamés», on «extrapole» les items NEMS à des horaires entiers. Définition des aides respiratoires supplémentaires : voir annexe 4.7 NEMS et SAS

³⁶ <http://www.lep.ch>

³⁷ Miranda D.R. et coll. Nursing activities score. **Crit Care Med**, 2003, 31:374-82

³⁸ Miranda D R et coll.: Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). **Intensive Care Med** 1997, 23:760-765.

³⁹ Rothen H U et coll.: Validation of "nine equivalents of nursing manpower use score" on an independent data sample. **Intensive Care Med** 1999, 25:606-611.

⁴⁰ Hartmann B et coll. Vollautomatische Kalkulation des Pflegeaufwandes auf einer Operativen Intensivstation. Ein Vergleich zwischen TISS-28 und NEMS. **Intensivmed** 2004, 41:94-8.

⁴¹ Iapichino G et coll.: Description of trends in the course of illness of critically ill patients. Markers of intensive care organization and performance. **Intensive Care Med** 2002, 28:985-9.

PIM-score II	«Pediatric index of mortality» ⁴² (→ Score). Acquisition en parallèle PIM-III ⁴³ dès 2020.
PRN	Projet de recherche en nursing ^{44 45} .
Protection des données	La procédure prévue avec des données «cryptées» satisfait aux exigences de la protection des données. Étant donné que les MDS_{IMC} sont collectées au sens d'une garantie de la qualité (mandat légal) et que les données ne sont transmises que «cryptées», il n'existe aucune obligation d'obtenir le consentement de chacun des patients. Une information générale à l'intention des patients peut toutefois être assurée, par exemple au moyen d'une brochure disponible dans l'unité concernée. Ci-dessous un exemple (extrait de la brochure d'information de l'Inselspital de Berne, situation 2005): Dans le cadre de la garantie de la qualité (...), nous avons besoin de votre soutien. Il s'agit en l'occurrence d'évaluer des résultats et des données médicales provenant de votre traitement. Toutes les données concernant votre personne sont rendues anonymes par notre personnel (...). L'évaluation des données ne se fait que sous cette forme anonymisée et uniquement dans le cadre de la gestion de la qualité (...). Si vous avez des questions sur ce sujet, veuillez vous adresser au médecin référent. (...)
Provenance du patient	La distinction est faite entre → <i>Provenance immédiate du patient</i> et → <i>Lieu de séjour avant l'hospitalisation</i> (la provenance immédiate du patient se réfère à l'unité <u>dans</u> l'hôpital: service des urgences, bloc opératoire, salle d'accouchement, etc.)
Provenance immédiate du patient	Se réfère à l'unité au sein de l'hôpital: service des urgences – bloc opératoire / plate-forme interventionnelle (par exemple cardiologie interventionnelle, gastro-entérologie, radiologie, etc.) / salle d'accouchement – unité de soins intensifs / autre U-IMC – IMC/HDU/SDR (→ IMC) – service (unités de lits normale) – autres (y compris hospitalisation directe à l'U-IMC) voir aussi → <i>Lieu de séjour avant l'hospitalisation</i>
Pseudonymisation	→ ID MDS _{IMC}
Qualité structurelle	Définition des indicateurs • Système CIRS: Un «critical incident reporting system» est-il implémenté et les cas font-ils l'objet de discussions régulières? • Visites interdisciplinaires: Des visites interdisciplinaires régulières et des entretiens avec les patients ont-ils lieu régulièrement? • Rapport de sortie/ rapport de transfert: Chaque patient est-il transféré avec un rapport écrit mentionnant les diagnostics, les interventions, l'évolution et la procédure/le traitement proposé(e)? • Infectiologie: Est-ce que des consultations structurées entre le patient et un médecin spécialiste en infectiologie ont lieu au moins une fois par semaine?
Rapport de sortie	Élément de qualité structurelle: est-ce que chaque patient est transféré avec un rapport écrit mentionnant les diagnostics, les interventions, l'évolution et la procédure/le traitement proposé(e)?
RASS	«Richmond Agitation-Sedation Scale» ⁴⁶ . Alternative: → SAS
Réadmission	Est considérée comme réadmission toute nouvelle admission dans → l'U-IMC 48 heures au maximum après la sortie d'une U-IMC (transfert de l'U-IMC). N'est pas considérée comme réadmission une nouvelle admission > 48 heures après la précédente sortie de l'U-IMC. Des patients qui sont transférés de l'U-IMC au bloc opératoire et qui reviennent dans la même unité ne sont pas comptabilisés comme réadmission. Le même principe est appliqué à un

⁴² Slater A et coll.: PIM 2 : a revised version of the Paediatric Index of Mortality. **Intensive Care Med** 2003, 29:278-85.

⁴³ Straney L, Clements A, Parslow RC, et al. Paediatric index of mortality 3: an updated model for predicting mortality in pediatric intensive care. **Pediatr Crit Care Med** 2013; 14:673-681

⁴⁴ Saulnier F et coll.: indicateur simplifié de la charge en soins spécifique à la réanimation: le PRN réa. **Réan Urg** 1995, 4:559-569.

⁴⁵ <http://www.erosinfo.com>

⁴⁶ Sessler CN et coll. The Richmond agitation-sedation scale. Validity and reliability in adult intensive care unit patients. **Am J Respir Crit Care Med** 2002, 166 :1338-44

transfert provisoire – par exemple dans un but diagnostique ou interventionnel en cardiologie, radiologie, gastro-entérologie, etc.

La réadmission est planifiée lorsque la nouvelle admission dans l'U-IMC était déjà prévue (planifiée) lors du transfert précédent de l'U-IMC (→ *Entrée élective à l'U-IMC*). Dans tous les autres cas, la réadmission est considérée comme non planifiée.

SAPS-2

«Simplified acute physiology score» (→ *Score*). Ce code doit être indiqué pour les patients dès 16 ans révolus, y compris si → *LOS* < 1 jour et pour toutes les catégories de patients. À partir des informations supplémentaires fournies par les données minimales, on peut calculer le → *SMR*, conformément aux dispositions du travail original ⁴⁷ et pour le collectif global des patients chez lesquels le SAPS-2 a été établi. Le SAPS-2 est collecté durant les 24 premières heures du séjour à l'U-IMC. **Soit** un chiffre, **soit** l'enregistrement des différents items SAPS. Ce dernier permettrait un «recalibrage» (= «customizing»).

NOUVEAU L'indice de Horowitz (paO₂/FiO₂) définit, même sans « ventilation mécanique » ± PEEP, le degré de gravité de l'insuffisance respiratoire tant dans le SOFA que dans le SAPS 2

(PaO₂ et FiO₂): Si plusieurs analyses des gaz du sang artériel sont réalisées au cours des premières 24 h, le rapport PaO₂/FiO₂ correspondant doit être calculé pour chaque analyse des gaz sanguins artériels avec FiO₂ appliquée **simultanément**. Pour le SAPS, on utilisera alors la combinaison PaO₂ – FiO₂ qui a conduit au rapport PaO₂/FiO₂ LE PLUS BAS. Si un paramètre n'est pas disponible, on part du principe que la valeur est normale).

Les données de laboratoire recueillies jusqu'à 24 heures avant l'admission à l'IMC peuvent être utilisées («choosing wisely»). Les paramètres vitaux pathologiques qui ont été recueillis et documentés avant l'admission à l'IMC (p. ex. tension artérielle, valeurs rénales, etc.) et qui sont en relation directe avec le diagnostic d'admission ou le traitement initial peuvent être pris en compte.

SAS

«Sedation-agitation scale»^{48,49}. Alternative: → *RASS*

Score

Adresses Internet avec différents scores ⁵⁰.

Score SOFA

Dans le cadre de la directive de codage swissDRG, le sepsis^{51,52} est défini comme: Infection avérée ou suspectée et dysfonction d'organe prouvée, provoquée par une réaction dysfonctionnelle de l'organisme à une infection avec augmentation du score SOFA de ≥ 2 points en moins de 72h chez des personnes adultes ≥ 16ans. Pour les enfants, les critères de dysfonctionnement des organes selon Goldstein s'appliquent⁵³. Score d'évaluation des défaillances d'organes séquentiels ^{54,55}, prendre la moins bonne valeur quotidienne pour chaque créneau horaire 07:00-07:00. Jour 0: jour d'entrée jusqu'au lendemain matin 07h00. Une gazométrie artérielle est nécessaire pour coder la respiration

⁴⁷ Le Gall J R et coll. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. **JAMA** 1993, 270:2957-2963.

⁴⁸ Riker RR et al. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. **Crit Care Med** 1999, 27:1325-9.

⁴⁹ Brandl KM et coll. Confirming the reliability of the sedation-agitation scale administered by ICU nurses without experience in its use. **Pharmacotherapy** 2001, 21:431-6.

⁵⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968574/pdf/nihms794087.pdf>

⁵¹ https://www.swissdrg.org/application/files/3515/3742/7990/Kodierrichtlinie_Sepsis_f.pdf

⁵² Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA** 2016, 315:801-10. (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>)

⁵³ Goldstein B et al. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. **Pediatric critical care medicine** 2005, 6:2-8.

⁵⁴ Vincent J L et al.: The SOFA (Sepsis-related organ failure assessment) score to describe organ dysfunction/failure. **ICM** 1996, 22:707-10

⁵⁵ Vincent J L et al.: Use of SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: Results of a multicenter, prospective study. **Crit Care Med** 1998, 26:1793-1800.

dans le score SOFA (rapport PaO₂/FiO₂). Concentration de FiO₂: nasale: 0,3; masque: 0,4; haut débit: FiO₂ conformément au réglage; masque avec réservoir: 0,6⁵⁶.

En l'absence d'informations sur les maladies préexistantes d'un système organique, une valeur de base SOFA de 0 est supposée. En règle générale, la valeur SOFA est enregistrée le matin pour le jour précédent. Concernant le score de Glasgow, il faut prendre le score présumé du patient sans influence de médicaments sédatifs («Glasgow présumé» ou «dernier Glasgow connu»).

Une valeur de 0 sera donnée dans la situation où elle est définie dans la norme SOFA, si la valeur n'a jamais été déterminée ou si elle n'a pas été nouvellement déterminée après 72h. Une valeur de 9 sera attribuée lorsqu'une valeur pathologique n'est pas déterminée quotidiennement par la suite. Pour le calcul du score SOFA, une valeur pathologique non déterminée quotidiennement par la suite peut être prise en compte pendant 72 heures au maximum.

Pour les variables individuelles, le résultat qui donne le score le plus élevé et qui est plausible d'un point de vue médical est pris en compte. Pour l'attribution temporelle d'une valeur de laboratoire, la date de prélèvement fait foi.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score					
	Valeur SCORE *				
SYSTEME D'ORGANES	0	1	2	3	4
Respiratoire					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) avec support respiratoire**	<100 (13.3) avec support respiratoire** ou ECMO***
Coagulation					
Thrombocytes, x10 ³ /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Foie					
Bilirubine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovasculaire					
Pression artérielle moyenne (agent vasoactif en μg/kg/min pendant au moins 1 heure)	PAM ≥ 70mmHg	PAM < 70mmHg	dopamine <5 ou dobutamine (indépendamment de la dose)	dopamine 5.1-15 ou adrénaline ≤0.1 ou noradrénaline ≤0.1	dopamine >15 ou adrénaline >0.1 ou noradrénaline >0.1 ou soutien circulatoire mécanique****
Système nerveux central					
Glasgow Coma Scale score	15	13 - 14	10 - 12	6-9	< 6
Rénal					
Créatinine, mg/dL (μmol/L)	< 1.2 (< 110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	> 5.0 (>440)
ou excrétion urinaire, mL/d				<500	<200 ou épuration extrarénale

* Les valeurs pathologiques de laboratoire effectuées le jour d'entrée avant même l'admission en soins intermédiaire doivent être codées "SOFA-Jour 0" et ne pas être mesurées à nouveau.

**La ventilation non invasive et l'administration d'oxygène à haut débit sont considérées comme un support respiratoire dans le contexte du SOFA. En cas d'ambiguïté, les définitions du manuel de codage s'appliquent.

*** ECMO veino-veineuse ou veino-veino/artérielle

****par exemple: IABP, Impella®, ECMO veino-artérielle ou veino-veino/artérielle

⁵⁶ Dérivé des définitions EPIC II de 2007 (Vincent JL et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. **JAMA** 2009, 302:2323-9)

SGI-SSMI - SOFA-Example

70j pt, ebike Unfall. Polytrauma, intubiert bei GCS von 12 am Unfallort. Im Spital Dg: Commotio, Lungenkontusion bilat., Milzläsion, Pneu, Rippenfx, Femurfx					
	Tag 0	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
Wert (jeweils verfügbare Optionen)					
Atmung	1 (0-4)	2 (0-4)	3 (0-4)	3 (0-4)	3 (0-4)
Gerinnung	1 (0-4)	9 (0-4,9)	2 (0-4,9)	1 (0-4,9)	9 (0-4,9)
Leber	1 (0-4)	9 (0-4,9)	9 (0-4,9)	9 (0-4,9)	0 (0-4)
CV	1 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)
ZNS	2 (0-4)	1 (0-4)	1 (0-4)	1 (0-4)	1 (0-4)
Renal	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)
SAPS-Score	6	5	7	6	5

Kommentar zu den schlechtesten Tageswerten 07-07-00

Tag 0	Intubiert (PaO2 40kP bei 0.8=50), Tc 140, Leber:Bili 21., CV:MAP 55, ZNS:GCS 12 Unf.Ort, Renal:Krea 90
Tag 1	Extubiert (PaO2 17kP mit Res.Maske=28), Tc n.a., Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 14, Renal:Krea n.a.
Tag 2	Extubiert (PaO2 12kP mit Res.Maske=20), Tc 90, Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 14, Renal:Krea n.a.
Tag 3	Extubiert (PaO2 11kP mit Res.Maske=18), Tc 110, Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 14, Renal:Krea 100
Tag 4	Extubiert (PaO2 10kP mit Res.Maske=17), Tc n.a. Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 13, delirant, Renal:Krea n.a.

	0	1	2	3	4
Atmung					
PaO ₂ /FIO ₂ , mmHg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) mit resp. Unterstützung*	<100 (13.3) mit resp. Unterstützung* od. ECMO
Gerinnung					
Thrombozyten, x10 ³ /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Leber					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Kardiovaskulär					
MAP od. Vasoakt. ug/kg/min	MAP ≥ 70 mmHg	MAP < 70 mmHg	Dopamin < 5 od. Dobutamin	Adrenalin 0.1 od. Norad. < 0.1	Adrenalin > 0.1 od. Norad. > 0.1 od.
ZNS					
Glasgow Coma Scale score	SOFA-Score 5 ☐ Alle Werte normal				
PaO ₂ /FIO ₂ , mmHg(kPa)	PaO ₂ 10 / FIO ₂ 60				
Thrombozyten, x10 ³ /μL	< 200 (26.7) mit respiratorischer Unterstützung				
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	Vorbest. patholog. Wert < 72h (nicht neu bestimmt)				
Mittlerer art. Blutdruck (Vasoaktiva in ug/kg/min)	< 1.2 (20)				
Glasgow Coma Scale score	MAP ≥ 70 mmHg				
Kreatinin, mg/dL (μmol/L) od. Urinausscheidung, mL/d	13 - 14				

SDG	Semaine de grossesse
Sepsis	Définition générale conformément à la Conférence de consensus
SF-36	«Short Form-36» ⁵⁷ .
SGI-SSMI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin. Société Suisse de Médecine Intensive.
SMR	«Standardized mortality ratio». Calcul: (mortalité observée) / (mortalité prédite).
Soins directs	Charge de travail résultant des soins directs, mesurée en minutes. La définition et le calcul des soins directs diffèrent selon le système (→ LEP, → PRN, → TISS-28, → NAS)! Ainsi, il n'est pas judicieux de procéder à des comparaisons entre les U-IMC avec des systèmes différents. À la place de ce paramètre, on relève un «score de charge de travail spécifique de l'U-IMC». Cette fonction ne comporte pas nécessairement une évaluation de la charge directe de soins; on prend par exemple aussi en considération un paramètre d'évaluation de la charge de travail résultant des mesures thérapeutiques (→ TISS-28, → NEMS).
TISS-28	«Therapeutic intervention scoring system» ⁵⁸ (→ Score; → NEMS; → NAS).
USI	Unité de soins intensifs. Unité organisationnelle au sein d'un hôpital de soins aigus. Possède en règle générale son propre centre de coûts, sa propre planification du personnel, etc. Peut être constituée de plusieurs sous-unités. Pour plus de détails, voir les directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs de la SSMI.
Ventilation	La rubrique «Ventilation» est cochée lorsqu'un patient est ventilé pendant au moins 2 heures par horaire (si 2 horaires par jour: 3 heures). Les deux formes de ventilation – invasive et non invasive – comptent de manière identique. Une CPAP «pure», sans aide inspiratoire n'est prise en compte comme une ventilation qu'en néonatalogie. Sinon les définitions du «manuel de codage» de l'OFS (année en cours) s'appliquent. Pour des raisons de complexité, seule la variante de 8h et la variante de 12h figurent dans les MDS _{IMC} . Les éventuelles formes intermédiaires doivent être attribuées de façon pragmatique au modèle qui s'en approche le plus. Pour le calcul des «heures de ventilation», la tranche temporelle de 8h ou de 12h est donc toujours indiquée, peu importe que la durée d'un horaire corresponde exactement ou non à 8h ou à 12h.

⁵⁷ Ware J E et al.: Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol* 1998, 51:903-912.

⁵⁸ Miranda D R et coll.: Simplified therapeutic intervention scoring system: The TISS-28 items - results from a multicenter study. *Crit Care Med* 1996, 24:64-73.

NOUVEAU : Est explicitement considéré comme ventilation

- Ventilation invasive via un tube trachéal ou une trachéotomie
- Ventilation de patients trachéotomisés de manière chronique, si ceux-ci ont besoin d'un traitement en dehors de la ventilation préexistante, c'est-à-dire en cas d'aggravation respiratoire, cardiovasculaire ou neurologique aiguë (p. ex. aspiration) nécessitant un traitement ou une surveillance accrue dans une unité de soins intensifs.
- Ventilation non invasive (continue ou intermittente) avec des appareils de ventilation intensive ou à domicile (systèmes de masques, casque), y compris pendant le sevrage. Cela s'applique également si l'appareil de ventilation à domicile du patient est utilisé pour la ventilation non invasive pendant le traitement en soins intensifs, à condition que le patient présente une cause justifiant une ventilation non invasive en soins intensifs (maladie aiguë entraînant une détérioration respiratoire).
- CPAP (PEEP sans assistance inspiratoire) en néonatalogie et chez les nourrissons jusqu'à la fin de leur première année.
- Ventilation invasive et non invasive en dehors de l'unité de soins intensifs reconnue, si celle-ci est effectuée par une équipe de l'unité de soins intensifs reconnue et si le traitement est documenté de manière appropriée pendant cette période de ventilation. Cela s'applique également si la prise en charge initiale de la ventilation a lieu en dehors de l'unité de soins intensifs reconnue.

Ne sont pas considérés comme ventilation :

la ventilation de patients trachéotomisés de manière chronique, en l'absence de cause justifiable en médecine intensive (comme par exemple une pneumonie ou une aggravation neurologique)

la ventilation non invasive avec l'appareil de ventilation à domicile du patient, en l'absence de cause justifiable en médecine intensive (par exemple en cas de SAOS connu).

CPAP (PEEP sans assistance inspiratoire) chez les adultes et les enfants âgés de plus d'un an. Thérapie à haut débit par voie nasale (HFNC) ou par trachéostomie à tout âge.

Dans les scores SOFA et SAPS, l'assistance respiratoire comprend : HFO et CPAP avec aide inspiratoire.

Dans le score NEMS, l'assistance respiratoire comprend toute forme d'administration d'oxygène, qu'elle soit invasive ou non, via des lunettes nasales ou un masque.

Actuellement, la formule suivante s'applique:

. pour une tranche de 8h de ventilation: nombre d'heures x 8h

. pour une tranche de 12h de ventilation: nombre d'heures x 12h.

Visites médicales

Visites interdisciplinaires comme élément de qualité structurelle: Est-ce que des visites interdisciplinaires et des consultations régulières sont effectuées?

4.2 ANNEXE 2: SPÉCIFICATIONS: lieu de provenance / lieu de transfert, groupe diagnostique, diagnostic d'entrée à l'U-IMC / intervention avant ou après l'entrée à l'U-IMC / diagnostic au cours du séjour à l'U-IMC

Remarque générale: Des adaptations individuelles (locales) visant à affiner les listes sont possibles.

Provenance interne immédiate

Service des urgences	N
Bloc opératoire / post interventionnel / salle d'accouchement	O
USI.....	I
Autre U-IMC / SDR ⁵⁹	M
Service.....	W
Autres.....	A

Lieu de séjour avant l'admission à l'hôpital

Domicile	Z
Autre hôpital	S
Établissement de soins.....	C
Autres.....	A

Lieu de transfert

Même hôpital, service	W
Même hôpital, autre U-IMC / SDR.....	M
Même hôpital, USI	I
Même hôpital, autres	A
Autre hôpital, USI / U-IMC.....	I2
Autre hôpital, pas USI / U-IMC	W2
Décédé	D
Réadaptation aiguë.....	RH
Retour à domicile.....	HO
Établissement de soins.....	C
Autres.....	AA

Classification dans une catégorie de patients

Électif	E
Non électif	N

⁵⁹ Uniquement en cas d'entrée postopératoire non planifiée de la SDR, sinon coder comme bloc opératoire / post interventionnel.

Diagnostic principal (voir également →Annexe 11)

DiagnosticCode

Cardiovasculaire (néo-pédiatr.: C0 ou code numérique ANZPIC)

Syndrome coronarien aigu (cardiopathie ischémique ⁶⁰)	C1
Arrêt cardiaque (≈ état après réanimation)	C2
Embolie pulmonaire	C3
Insuffisance cardiaque, choc cardiogénique	C4
Anévrisme de l'aorte / dissection aortique	C5
Trouble/surveillance du rythme cardiaque	C6
Autre ⁶¹ maladie cardio-vasculaire ⁶²	C9

Respiratoire et ORL (néo-pédiatr.: R0 ou code numérique ANZPIC)

ARDS (<i>acute respiratory distress syndrome</i> /syndrome de détresse respiratoire de l'adulte.....	R1
BPCO ou asthme	R2
Pneumonie (bactérienne, virale, etc.), bronchite aiguë ⁶³	R3
Autre infection de l'appareil respiratoire / de la sphère ORL ⁶⁴	R4
Tumeur maligne des organes intra-thoraciques (sauf trachée).....	R5
Tumeur maligne de l'appareil respiratoire (cavité buccale / sinus / larynx / trachée).....	R6
Autre maladie respiratoire ou ORL ⁶⁵	R9

Gastro-intestinal (néo-pédiatr.: G0 ou code numérique ANZPIC)

Maladies du foie ou des voies biliaires	G1
Pancréatite aiguë	G2
Saignement gastro-intestinal.....	G3
Néoplasie gastro-intestinale.....	G4
Iléus.....	G5
Infection gastro-intestinale, perforation digestive.....	G6
Autre maladie GI ⁶⁶	G9

Neurologique (néo-pédiatr.: N0 ou code numérique ANZPIC)

Hémorragie sous-arachnoïdienne	N1
Hémorragie intracérébrale/intracrânienne.....	N2
Accident vasculaire cérébral (AVC) ⁶⁷	N3
Crise convulsive (épilepsie).....	N4
Infection du système nerveux	N5
Affection neuromusculaire	N6
Delirium.....	N7
Néoplasie cérébrale/intracrânienne.....	N8
Autre maladie neurologique	N9

⁶⁰ Exclusivement: cardiopathie ischémique chronique, autres formes de cardiopathie

⁶¹ «Autres» s'applique à tous les tableaux cliniques restants, autrement dit, y compris infection, tumeur maligne, etc. Les traumatismes ne sont pas inclus.

⁶² Y compris les autres formes de cardiopathie, les maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, etc.

⁶³ Y compris les autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures

⁶⁴ Y compris les autres maladies des voies respiratoires supérieures, les maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures

⁶⁵ Y compris les autres affections de la plèvre, les autres maladies de l'appareil respiratoire

⁶⁶ Y compris les maladies de la cavité buccale, etc., de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum, de l'appendice, les hernies, les entérites et colites non infectieuses, les autres maladies de l'intestin, du péritoine, de l'appareil digestif, les autres maladies du pancréas, les tumeurs malignes des organes digestifs >N8

⁶⁷ Y compris les autres maladies cérébrovasculaires, les séquelles de maladies cérébrovasculaires

Métabolique (néo-pédiatr.: M0 ou code numérique ANZPIC)	
Diabète, dysrégulation diabétique	M1
Surdosage médicamenteux / intoxication médicamenteuse ⁶⁸	M2
Déséquilibre électrolytique.....	M3
Autre maladie métabolique ou endocrinienne, malnutrition, obésité.....	M9

Traumatique (néo-pédiatr.: T0 ou code numérique ANZPIC)	
Lésion traumatique cranio-cérébrale (avec ou sans polytraumatisme)	T1
Lésion mono- / polytraumatique (sans lésion traumatique cranio-cérébrale	T2
Brûlures.....	T3
Lésion traumatique, autre ⁶⁹	T9

Urogénital (néo-pédiatri: U0 ou code numérique ANZPIC)	
Insuffisance rénale.....	U1
Infection urogénitale	U2
Néoplasie urogénitale.....	U3
Urogénital autre	U9

Autres (néo-pédiatr.: A0 ou code numérique ANZPIC)	
Sepsis.....	A1
Choc septique	A2
Grossesse, accouchement et puerpéralité	A4
Maladies du sang (y compris tumeurs malignes)	A5
Autre diagnostic ⁷⁰	A9

⁶⁸ Y compris les intoxications par des médicaments, des drogues et des substances biologiques, les effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinales

⁶⁹ Y compris les gelures, les effets de causes externes, autres et non précisées, certaines complications précoces des traumatismes, les complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs, les séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes, les causes externes de morbidité et de mortalité

⁷⁰ Y compris les maladies infectieuses et parasitaires, si elles ne sont pas spécifiquement codables

Intervention⁷¹ (voir également →Annexe 11)

Interventionou code numérique ANZPIC Code

Pas d'intervention

[. . .] (00) 00

Intervention sur l'appareil cardiovasculaire

Opérations sur les vaisseaux cardiaques 11

Opérations sur les valves cardiaques et le septum (opération ouverte) 12

Intervention sur l'aorte (opération ouverte) 15

PCI (PTCA) et procédés similaires 20

Intervention endovasculaire des valves cardiaques et du septum 21

Intervention neurologique endovasculaire 22

Intervention endovasculaire des gros vaisseaux 23

Rythmologie interventionnelle (y compris le stimulateur cardiaque) 24

Dispositif d'assistance circulatoire 25

Autre intervention cardiovasculaire* 10

Autres interventions

OP/Intervention dans la maxillo-faciale et ORL 30

OP/Thoracotomie/ chirurgie thoracique ouverte 35

OP/Chirurgie Thoracique vidéo-assistée (VATS)* 36

OP/Intervention gastro-entérologique 40

OP/Intervention sur le système nerveux 50

Chirurgie de la colonne vertébrale 55

OP/Intervention urologique 60

⁷¹ Opération, angiologie interventionnelle, cardiologie, radiologie, gastro-entérologie, pneumologie, etc. Intervalle au max. 24h avant jusqu'à 24h après l'admission à l'U-IMC

OP/Intervention de gynécologie ou d'obstétrique	70
OP/Intervention orthopédique/traumatisme sans atteinte de la colonne vertébrale	80
Chirurgie de transplantation ⁷²	90
Autre intervention*	99

* La logique de recodification des informations supplémentaires sur les diagnostics et les interventions après adaptation et extension se trouvent dans l'Annexe 11.

⁷² Y compris transplantation cardiaque (37.5), transplantation pulmonaire (33.5), transplantation cœur-poumons combinée (33.6), transplantation hépatique (50.5), transplantation rénale (55.6)

4.3 ANNEXE 3: DÉFINITIONS DES INDICATEURS CHIFFRÉS

Indications par mois, par trimestre et par an

Indicateur chiffré	Définition	Résultat
Données générales sur la structure de l’U-IMC (données structurelles)		
Spécialisation de l’U-IMC	voir chapitre <i>Contenus</i>	% par spécialisation
Catégorie de l’U-IMC	voir chapitre <i>Contenus</i>	% par catégorie
Reconnaissance de l’U-IMC pour formation soins	voir chapitre <i>Contenus</i>	Nombre (mois)
Nombre de lits d’U-IMC exploités	voir chapitre <i>Contenus</i>	Nombre
Nombre de lits avec ventilation.....	voir chapitre <i>Contenus</i>	Nombre
Nombre de lits d’USI.....	voir chapitre <i>Contenus</i>	Nombre
Données sur l’effectif du personnelvoir chapitre <i>Contenus</i>		
Infirmiers(ères) Total		Nombre
dont infirmier(ère)s avec certification en soins intensifs		%
dont infirmier(ère)s avec cours en soins intermédiaires		%
dont cadres dirigeants (infirmière-chef, direction de service)		%
Nombre de postes infirmier(ère) non pourvus		Nombre
Aides-soignant(e)s		Nombre
Médecins Total		Nombre
dont spécialistes FMH en médecine intensive		%

dont médecins en formation FMH de médecine intensive	%
dont médecins, autres	%
dont cadres dirigeants (médecin-chef, médecin associé, chef de clinique)	%
Nombre de postes de médecin non pourvus	Nombre
Personnel administratif	Nombre
Autres	Nombre

Données générales sur le processus patient (données sur les processus)

Nombre d'entrées		Nombre
Age des patients	voir chapitre <i>Contenus</i>	Valeur moyenne / médiane
Sexe	voir chapitre <i>Contenus</i>	% hommes / % femmes
Premier diagnostic	voir chapitre <i>Contenus</i>	% par diagnostic
Diagnostic au cours du séjour dans l'U-IMC	voir chapitre <i>Contenus</i>	% par diagnostic
Traumatisme	% de toutes les entrées	Nombre
Intervention avant l'entrée dans l'U-IMC	voir chapitre <i>Contenus</i>	% par intervention
SAPS 2 (ou PIM II ou CRIB II)	voir chapitre <i>Contenus</i>	Valeur moyenne / médiane
Lieu de provenance du patient	voir chapitre <i>Contenus</i>	% par lieu de provenance
Lieu du transfert du patient	voir chapitre <i>Contenus</i>	% par lieu de transfert

Processus patient (données sur les processus)

Nombre de patients âgés de > 80 ans.....% de toutes les entrées

Entrées avec faible risque de mortalité.....% entrées SAPS-2 < 20.....%

Entrées avec risque de mortalité élevé.....% entrées SAPS-2 > 50.....%

Séjours de courte durée.....% entrées avec LOS < 6 h.%

Séjours de longue durée.....% entrées avec LOS > 7 j...%

Réadmissions.....% de toutes les entrées....%

Entrées non électives..... % de toutes les entrées....%

Limitations thérapeutiques⁷³.....% de toutes les entrées....%

Charge de travail par patient (données sur les processus)

LOS (durée du séjour, mesurée en jours)date sortie – date entrée

LOS par catégorie diagnostique(voir ci-dessus) moyenne / médiane

NEMS par patient et par catégorie diagnostique..... voir chapitre *Contenus*..... moyenne / médiane

NEMS premier horaire de soins..... voir chapitre *Contenus*..... moyenne / médiane

NEMS dernier horaire de soins.....voir chapitre *Contenus*..... moyenne / médiane

Catégorie de soins SSMI 1A.....% de tous les horaires.....%

Catégorie de soins SSMI 1B..... % de tous les horaires.....%

Catégorie de soins SSMI 2..... % de tous les horaires..... %

Catégorie de soins SSMI 3..... % de tous les horaires..... %

Somme des journées de ventilation.....voir chapitre *Contenus*Nombre

Nombre de journées de ventilation par patient.....jours de ventilation/patient...moyenne / médiane

Somme de tous les horaires de «dialyse»..... voir chapitre *Contenus*..... Nombre

Somme de tous les horaires «intervention» hors U-IMC voir chapitre *Contenus*..... Nombre

⁷³ Toute restriction thérapeutique s'applique

Somme de tous les horaires «ECMO»..... voir chapitre *Contenus*..... Nombre

Somme de tous les horaires «isolements»..... voir chapitre *Contenus*..... Nombre

Résultat du traitement (données de résultat)

Mortalité dans l'U-IMC% de décès/admissions..... %

Survivants dans U-IMC avec risque de mortalité élevémortalité pats SAPS2 > 45... %

SMR..... calculé à partir de la mortalité dans l'U-IMC Nombre

4.4 ANNEXE 4: QUI REÇOIT QUELS INDICATEURS CHIFFRÉS?

Les membres de la CRUIMC peuvent prendre connaissance, dans le cadre des tâches spécifiques de leur commission, des données contenues dans le «Rapport global U-IMC» d'une U-IMC donnée (chiffres que chaque U-IMC peut voir sur le site <https://www.savedata.ch/mdsimc>)



4.5 ANNEXE 5: QUELLES SONT LES DONNÉES EXPORTÉES VERS LA BANQUE DE DONNÉES CENTRALE?

La liste ci-après comporte tous les éléments contenant des informations relatives à un patient donné qui sont exportées des banques de données locales vers la banque de données centrale.

**gris italique = facultatif.*

Élément	Contenu	Validation
ID MDS _{IMC}	[xxxxxxxx....]	Not null (max 25 n), Format 99CCC.....
Age	[nnn]	Not null range: 0 - 120, 0 - 52 si semaine
Unité	[J/W]	Not null (âge en années/semaines)
Sexe	[M/F]	Not null
Poids de naissance ⁷⁴	[n.nnnn]	<i>Si âge < 28 jours: poids de naissance en kg.gggg</i>
Âge gestationnel ⁷⁵	[nn]-[n]	<i>Si âge < 28 jours: âge gest. en semaines-jours</i>
Taille	[nnn]	cm (mesuré ou estimé)
Poids	[nnn.nnn]	kg (mesuré ou estimé)
Réadmission < 48h	[O/N]	Not null
Provenance	[nn]	Not null: selon code annexe 2
Lieu de séjour avant l'entrée à l'hôpital	[nn]	Not null: selon code annexe 2
Date et heure de l'entrée	[yyyymmddhhmm]	Not null
LOS dans l'U-IMC (jour)	[nnn.nn]	Not null: min0.01 – max 999.99
Lieu de transfert	[nn]	Not null: selon code annexe 2
Groupe de patients	[E/N]	Not null
Diagnostic d'entrée	[nnnn]	Not null: liste diagnostique, péd.: ANZPIC (3-4n)
Diagnostic au cours du séjour	[nnn]	Not null: liste diagnostique
AIS-tête	[n]	
AIS-face	[n]	
AIS-thorax	[n]	Si diagnostic d'entrée ou en cours de séjour
AIS-abdomen	[n]	= T1-9, alors au moins 1 score AIS doit être > 0
AIS-extrémités	[n]	
AIS-externe/peau	[n]	
Intervention / OP	[nnn]	If not null: liste des interventions, péd.: ANZPIC
Degré de gravité de la maladie aiguë	[nnn]	Si la nature du score = SAPS, validation par l'âge ⁷⁶
Nature du score (SAPS/PIM, CRIB)	[S/P/C]	Not null SAPS: âge ≥16, PIM: <16, C<29j ⁷⁷
NEMS, total de tous les horaires de soins	[nnnnnn]	Not null <LOS *3* 56
NEMS, premier horaire de soins	[nnn]	Not null 0 – 56
NEMS, dernier horaire de soins	[nnn]	Not null 0 – 56
Score d'agitation, nombre d'horaires avec SAS > 4	[nnn]	
Score d'agitation, nombre d'horaires avec SAS > 5	[nnn]	somme (SAS>4 + SAS>5 + SAS>6) ≤ 3*max-horaires SSMI
Score d'agitation, nombre d'horaires avec SAS > 6	[nnn]	

⁷⁴ uniquement pour un âge < 28 jours

⁷⁵ uniquement pour un âge < 28 jours

⁷⁶ SAPS-valeur max <164. Valeur minimale: (AGE>39 SCORE ≥ 7) ou (AGE>59 SCORE ≥ 12) ou (AGE>69 SCORE ≥ 15) ou (AGE>74 SCORE ≥ 16) ou (AGE>79 SCORE ≥ 18)

⁷⁷ Définition BFS/CHOP 2011 : PIM vaut pour les patients qui sont âgés de plus de 28 jours et ont un poids >2500g lors de l'admission, mais qui n'ont pas encore dépassé l'âge de 16 ans

SSMI 1A (nombre d'heures avec cat. 1A)	[nnn]	Maximum d'heures SSMI 1-3 = ROUND(LOS*3) +2
SSMI 1B (nombre d'heures avec cat. 1B)	[nnn]	
SSMI 2 (nombre d'heures avec cat. 2)	[nnn]	min: total des heures SSMI/3 doit être ≥ LOS
SSMI 3 (nombre d'heures avec cat. 3)	[nnn]	Somme SSMI > 0
Moment de la limitation thérapeutique	[n]	En cas de limitation, les 3 items doivent toujours
Degré de la limitation thérapeutique	[n]	avoir une valeur > 0
Raison de la limitation thérapeutique	[n]	
NEMS Monitoring standard (nombre d'heures)	[nnn]	> 0, ≤ max. heures SSMI
NEMS Médicament intraveineux (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
NEMS Ventilation (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
NEMS Autre prise en charge ventilatoire (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
NEMS Un médicament vasoactif (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
NEMS Plusieurs vasoactifs (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
NEMS Épuration rénale (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
NEMS Intervention dans l'U-IMC (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
NEMS Intervention hors de l'U-IMC (nombre d'heures)	[nnn]	≤ max. heures SSMI
Isolement (nombre d'heures)	[nnn]	Default: null ≤ max. heures SSMI
ECMO (nombre d'heures)	[nnn]	Default: null ≤ max. heures SSMI
SOFA jour 0	[0: RCFCRS]	6 valeurs individuelles SOFA, chacune 0 – 4, 9 ⁷⁸
I		
SOFA jour X..	[NNN: RCFCRS]	
LOS hôpital ⁷⁹	[nnn.nn]	
Sortie hôpital selon l'OFS «lieu de séjour après sortie»	[n]	
Mortalité après 28 jours	[I/g]	
Mortalité après 1 an	[I/g]	
Del (statut d'effacement)	[O/N]	Not null

Le «XML-Header» contient les trois fonctionnalités suivantes:

⁷⁸ dès 2019 les valeurs peuvent être saisies; obligatoire à partir du 01.01.2021.

⁷⁹ facultatif

- le nom de l'unité de soins intermédiaires
- la date d'exportation des données
- le nombre de patients inclus dans le fichier ci-dessous

Exemple: Exportation de données XML (par patient sans en-tête, détails:
<https://www.savedata.ch/mdsidocu/MDSiBo020150121143449.xml>)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<MDSi>

<Header>
  <IPSID>4K9</IPSID>
  <ExpDate>20201215143449</ExpDate>
  <RowCount>3</RowCount>
</Header>
<Row>
  <M_MDSID>204K9894798324</M_MDSID>
  <M_Alter>25</M_Alter>
  <M_Einheit>J</M_Einheit>
  <M_Sex>M</M_Sex>
  <M_GebGew />
  <M_GestAlter />
  <M_WiederEin>N</M_WiederEin>
  <M_Woher>I</M_Woher>
  <M_Wo>S</M_Wo>
  <M_Eintritt>202012101440</M_Eintritt>
  <M_LOS>3.82</M_LOS>
  <M_Wohin>W</M_Wohin>
  <M_PatGrp>E</M_PatGrp>
  <M_Diag1>C1</M_Diag1>
  <M_DiagV>C1</M_DiagV>
  <M_ISSKopf>0</M_ISSKopf>
  <M_ISSFace>0</M_ISSFace>
  <M_ISSThorax>0</M_ISSThorax>
  <M_ISSAbdomen>0</M_ISSAbdomen>
  <M_ISSExtremity>0</M_ISSExtremity>
  <M_ISSEextern>0</M_ISSEextern>
  <M_Interv>11</M_Interv>
  <M_Schwere>16</M_Schwere>
  <M_ScoreArt>S</M_ScoreArt>
  <M_NemsAlle>108</M_NemsAlle>
  <M_Nems1>25</M_Nems1>
  <M_NemsLetz>9</M_NemsLetz>
  <M_SASAnz4>3</M_SASAnz4>
  <M_SASAnz5>2</M_SASAnz5>
  <M_SASAnz6>0</M_SASAnz6>
  <M_SGI1A>1</M_SGI1A>
  <M_SGI1B>3</M_SGI1B>
  <M_SGI2>7</M_SGI2>
  <M_SGI3>1</M_SGI3>
  <M_Monit>12</M_Monit>
  <M_Mediint>11</M_Mediint>
  <M_Beatm>4</M_Beatm>
  <M_Atemh>3</M_Atemh>
  <M_EVasoa>3</M_EVasoa>
  <M_MVasoa>1</M_MVasoa>
  <M_Nieren>1</M_Nieren>
  <M_IPSInterv>2</M_IPSInterv>
```

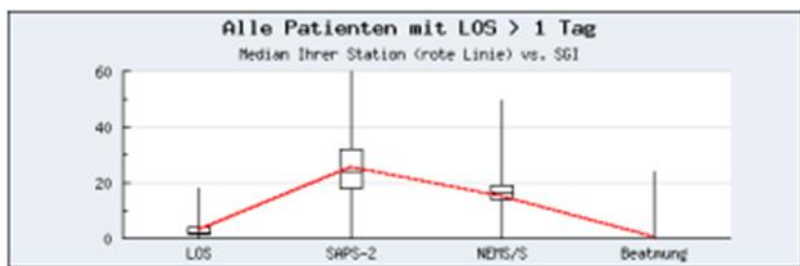
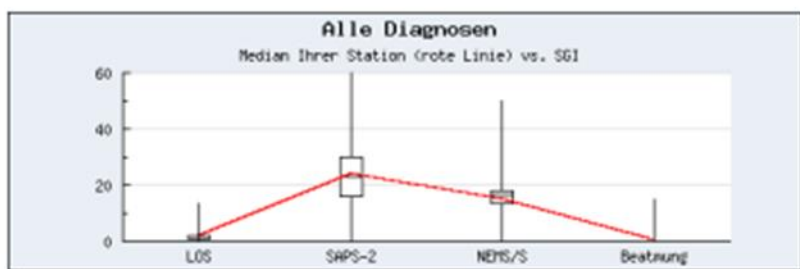
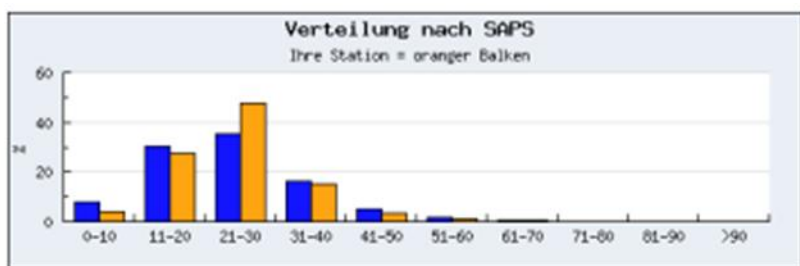
```

<M_Trans>1</M_Trans>
<M_OUT28D />
<M_OUT1Y />
<M_Gewicht>80</M_Gewicht>
<M_Groesse>175</M_Groesse>
<M_Isolation>1</M_Isolation>
<M_SOFA>
    <sd0>111120</sd0>
    <sd1>299010</sd1>
    <sd2>329010</sd2>
    . . .
    <sd999>.....</sd999>
</M_SOFA>
<M_FIMIII />
<M_LOSHosp />7.21</M_LOSHosp>
<M_BFSAustritt>5</M_BFSAustritt>
<M_ECMO>1</M_ECMO>
<M_TherapieLimit>0</M_TherapieLimit>
<M_GradLimit>0</M_GradLimit>
<M_GrundLimit>0</M_GrundLimit>
<M_Del>N</M_Del>
</Row>
<Row>
    ...
</Row>
<Row>
    ...
</Row>
</MDSi>

```

Element	XML-Tag
MDS-ID	<M_MDSID>
Alter	<M_Alter>
Einheit	<M_Einheit>
Geschlecht	<M_Sex>
Geb. Gewicht	<M_GebGew>
Gestationsalter	<M_GestAlter>
Grösse	<M_Groesse>
Gewicht	<M_Gewicht>
Wiedereintritt < 48h	<M_WiederEin>
Herkunft	<M_Woher>
Aufenthaltort vor Spitaleintritt	<M_Wo>
Eintrittszeitpunkt	<M_Eintritt>
LOS IS (Tage)	<M_LOS>
Verlegungs-Ort	<M_Wohin>
Patientengruppe	<M_PatGrp>
Erst-Diagnose	<M_Diag1>
Verlaufs-Diagnose	<M_DiagV>
AIS -Kopf	<M_ISSKopf>
AIS -Gesicht	<M_ISSFace>
AIS -Thorax	<M_ISSThorax>
AIS -Abdomen	<M_ISSAbdomen>
AIS -Extremitäten	<M_ISSExtremity>
AIS -Extern	<M_ISSExtern>
Intervention / OP	<M_Interv>
Schweregrad der akuten Erkrankung	<M_Schwere>
Art des Score (SAPS, PIM, CRIB)	<M_ScoreArt>
NEMS, Total aller Schichten	<M_NemsAlle>
NEMS, erste Schicht	<M_Nems1>
NEMS, letzte Schicht	<M_NemsLetz>
Unruhe-Score, Anzahl Schichten mit SAS > 4	<M_SASAnz4>
Unruhe-Score, Anzahl Schichten mit SAS > 5	<M_SASAnz5>
Unruhe-Score, Anzahl Schichten mit SAS > 6	<M_SASAnz5>
SGI 1A (Anzahl Schichten mit Kat. 1A)	<M_SGI1A>
SGI 1B (Anzahl Schichten mit Kat. 1B)	<M_SGI1B>
SGI 2 (Anzahl Schichten mit Kat. 2)	<M_SGI2>
SGI 3 (Anzahl Schichten mit Kat. 3)	<M_SGI3>
Therapie-Einschränkung, Zeitpunkt	<M_TherapieLimit>
Grad der Einschränkung	<M_GradLimit>
Grund der Einschränkung	<M_GrundLimit>
NEMS Standard Monitoring (Anzahl Schichten)	<M_Monit>
NEMS Medikament intravenös (Anzahl Schichten)	<M_Mediint>
NEMS Beatmung (Anzahl Schichten)	<M_Beatm>
NEMS Zusätzliche Atemhilfe (Anzahl Schichten)	<M_Atemh>
NEMS Ein vasoakt. Medikament (Anzahl Schichten)	<M_EVasoa>
NEMS Mehrere Vasoaktiva (Anzahl Schichten)	<M_MVasoa>
NEMS Nierenersatzverfahren (Anzahl Schichten)	<M_Nieren>

ANNEXE 6: REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES



4.6 ANNEXE 7: NEMS ET SAS: DÉFINITION DES DIFFÉRENTS ITEMS

NEMS - nine equivalents of nursing manpower use score

Élément ⁸⁰	Titre.....	Description
1 (9)	Monitoring de base.....	Selon le tableau clinique, enregistrement horaire des paramètres qui cartographient les fonctions vitales spécifiques du patient (circulation, respiration, système nerveux central, rein et/ou autre fonction), en tenant compte des besoins circadiens du patient (hygiène du sommeil, prophylaxie du délire / thérapie, etc.). Bilans cumulés chez les patients sans cathéter à demeure.
2 (6)	Médicaments intraveineux.....	Toute administration intraveineuse d'un médicament ⁸¹ (y compris sang /produits sanguins; à l'exclusion des médicaments vasoactifs en administration continue, voir Point 5/6). À l'exclusion des perfusions de base et des perfusions d'entretien.
<i>Les éléments 3 et 4 s'excluent mutuellement:</i>		
3 (12)	Ventilation	Toute forme de ventilation mécanique, invasive ou non-invasive (inclus BiPAP, etc.). Voir Annexe 1.
4 (3)	Autre prise en charge ventilatoire.....	Respiration spontanée par tube endotrachéal ou trachéotomie, CPAP «pure» sans aide inspiratoire ⁸² ou oxygénothérapie (toute méthode; par exemple lunettes, «cathéter nasal», «masque»). CPAP lors d'apnées du sommeil, HighFlow CPAP.
<i>Les éléments 5 et 6 s'excluent mutuellement.</i>		
5 (7)	Un seul médicament vasoactif	Administration intraveineuse continue d'un médicament vasoactif. Exemples: adrénaline, noradrénaline, dobutamine, dopamine, inhibiteur de la phosphodiesterase, lévosimendan, nitroprussiate, nitroglycérine, phentolamine, esmolol, trandate, anticalciques.
6 (12)	Plusieurs méd. vasoactifs simultanés	Administration simultanée de plusieurs médicaments vasoactifs (cf. Élément 5).
7 (6)	Épuration extra-rénale.....	Toutes les techniques d'épuration extra-rénale, continues ou discontinues, y compris la dialyse péritonéale.
8 (5)	Actes spécifiques dans l'U-IMC	Exemples: intubation, trachéotomie, bronchoscopie, pose d'un drain thoracique, pose d'un stimulateur cardiaque endoveineux, cardioversion, défibrillation, réanimation, ponction ou pose d'un drain péricardique, pose d'un cathéter de Swan-Ganz, pose/ablation d'une IABP ou d'autres systèmes d'assistance (ECMO), etc., pose d'un

⁸⁰ Nombre entre parenthèse: points NEMS

⁸¹ Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux, art. 4.1 ; rév. janv. 2020

⁸² Selon «manuel de codage» de l'OFS 2015

cathéter de dialyse, endoscopie (gastroscopie, coloscopie, etc.), pose d'une PEG, lavage gastrique, TEE par médecin de l'U-IMC avec rapport, pose d'un capteur PIC, ou drainage ventriculaire, pose d'un cathéter péridural, débridement, escarrotomie, fasciotomie et pansement chez les grands brûlés, changement de VAC, chirurgie d'urgence (par exemple thoracotomie en cas de tamponnade péricardique), Intervention de néonatalogie-pédiatrie sous sédation profonde ou anesthésie, rinçages continus/intermittents, passage de la position couchée sur le ventre $\leftrightarrow$ à la position couchée sur le dos, transfusion massive avec un perfuseur à débit rapide / Level 1®.

.....Sont exclues les interventions de routine, comme par ex. pose de cathéters artériels et veineux (centraux/périphériques), pose d'une sonde urinaire ou d'une sonde gastrique, changement de pansement, radiographie, échographie, ECG, etc.

- 9 (6) Actes spécifiques **en dehors de**.....Par ex.: intervention chirurgicale, procédures l'U-IMCdiagnostiques, etc. Transfert de patients entre deux sites par le personnel de l'USI ou de l'U-IMC vers d'autres USI/U-IMC.
L'intervention est liée à la sévérité de la maladie du patient et implique une charge accrue pour le personnel de l'U-IMC. Sont exclus tous les transports vers et à partir des lieux d'intervention interne à l'hôpital sans présence de personnel de l'U-IMC pendant l'intervention/opération.

SAS - Sedation agitation scale

Marquer chaque fois l'élément qui reflète le mieux l'état du patient pour l'horaire de soins concerné. À titre alternatif, on peut inscrire le score de RASS. Voici la relation simplifiée ci-après:

RASS 0 (alerte et calme ⁸³)	→ SAS 4
RASS +1 (remuant ⁸⁴)	→ SAS 5
RASS +2 (agité ⁸⁵)	→ SAS 5
RASS +3 (très agité ⁸⁶)	→ SAS 6
RASS +4 (combatif ⁸⁷)	→ SAS 7

Élément	Titre	Description
---------	-------------	-------------

1	Non réveillable	Peu ou pas de réponse à la stimulation douloureuse, aucune communication avec le patient n'est possible, n'obéit pas aux ordres.
2	Très sédaté	S'éveille lors de stimulations physiques (percussion sur une partie du corps ou stimuli douloureux). Le patient n'obéit pas aux ordres, aucune communication possible. Mouvements spontanés du patient possibles.
3	Sédaté	Peut être réveillé par une stimulation verbale ou une secousse légère, mais se rendort; exécute des ordres simples.
4	Calme et coopérant	Calme, facilement réveillable, obéit aux ordres.
5	Agité	Anxieux ou légèrement agité, cherche à s'asseoir, mais se calme avec des instructions verbales.
6	Très agité	Ne se calme pas malgré de fréquents rappels oraux des limites. En général, nécessite une contention. Mord le tube endotrachéal. Néonatalogie-pédiatrie.: le patient nécessite pratiquement une présence permanente à son chevet pour le maintien des fonctions vitales ou des infrastructures vitales (câbles, tubes, etc.)
7	Très agité, danger pour le patient/autrui	Le patient est agressif, tire sur le tube endotrachéal, cherche à ôter les cathéters, passe par-dessus les barrières du lit, se tourne violemment d'un coté à l'autre dans le lit, donne des coups au personnel.

⁸³ Alert and calm.

⁸⁴ Anxious but movements not aggressive, vigorous.

⁸⁵ Frequent non-purposeful movement, fights ventilator.

⁸⁶ Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive.

⁸⁷ Overtly combative, violent, immediate danger to staff.

4.7 ANNEXE 8: INJURY SEVERITY SCORE (AIS-ISS)

AIS Score	Injury
1	Minor
2	Moderate
3	Serious
4	Severe
5	Critical
6	Unsurvivable

Exemple de calcul de l'ISS:

Region	Injury Description	AIS	Square Top Three
Head & Neck	Cerebral Contusion	3	9
Face	No Injury	0	
Chest	Flail Chest	4	16
Abdomen	Minor Contusion of Liver Complex Rupture Spleen	2 5	25
Extremity	Fractured femur	3	
External	No Injury	0	
Injury Severity Score:			50

Exemples de score simplifié de la SGI-SSMI (pour AIS 0 – AIS 6)

ISS Cerveau	ISS Visage / Crâne	ISS Thorax
...	...	...
Pas de blessure à la tête	Pas de blessure	Pas de blessure
Blessure légère superficielle	légère blessure aux yeux / au visage	Contusion
Commotion	Blessure moyenne aux yeux, aux oreilles / à la mandibule	Fracture de côte / sternum
Perte de connaissance temporaire / Déficit neurologique	Le Fort II, blessure grave aux yeux / au visage	Contusion, pneumothorax unilatéral
TCC modéré, fracture fronto-basale	Le Fort III	Contusion cardiaque, Hémithorax
TCC grave, GCS inférieur à 8	TCC grave, GCS inférieur à 8	Rupture vaisseaux thoraciques, bronche, poumon,
Létal	Létal	Létal
ISS Abdomen	ISS Appareil Locomoteur	ISS peau / brûlure
...	...	...
Pas de blessure à la tête	Pas de blessure	Pas de blessure
Blessure légère superficielle	fracture doigt, entorse, ...	Lacération plaie ouverte, éclatement de peau, Brûlure inférieure à 6% Surface corporelle
Paroi abdominale	Autre fracture, petite luxation,	Grosse cicatrice de 10 cm, Brûlures 2-3 degré 6-15% Surface corporelle
Blessure à la vessie, à l'utérus, au système urogénital - voies urinaires	Autre fracture multifragmentaire, Amputation, Luxation, grosse fracture	Brûlures 2-3 degré 16-25% Surface corporelle
Rupture de la rate, de la paroi gastrique, urogénital,	Fract. multifragmentaire du bassin, fract. fémur multifragmentaire, amputation de la jambe	Brûlures 2-3 degré 26-35% Surface corporelle
Rupture de l'intestin, du foie, des gros vaisseaux, des reins	Critique	Brûlures 2-3 degré plus de 35% Surface corporelle
Létal	Létal	Létal

Further details: The American Association for the Surgery of Trauma: Injury Scoring Scales
<http://www.aast.org/Library/TraumaTools/InjuryScoringScales.aspx>

4.8 ANNEXE 9: CALCUL DE LA CATÉGORIE SSMI PAR NEMS ET SAS/RASS

4.8.1 SELON MANDAT DE LA CD AU COMITÉ DE LA SSMI EN DATE DU 03.03.2017 ET DÉCISION DU COMITÉ DE LA SSMI

Catégorie SSMI	1 A	1 B	2	3
	NEMS > 30 pts	NEMS 21 – 30 pts et SAS $\leq$ 5 ou RASS $\leq$ 2	NEMS 13 – 20 pts et SAS $\leq$ 5 ou RASS $\leq$ 2	NEMS < 13 pts et SAS $\leq$ 5 ou RASS $\leq$ 2
	NEMS $\geq$ 21 pts et SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS 13 – 20 pts et SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS < 13pts et SAS > 5 ou RASS > 2	---

4.9 ANNEXE 10: MDS_{IMC} SWISSCODE PÉDIATRIE

4.9.1 RÉPERTOIRE DES CODES: SCORE ANZPIC-MODIFIÉ (ANZPIC 2012) PAR GI PÉDIATRIE SUISSE

CODE

INJURY

100	Injury - Other
101	Anaphylaxis
102	Burns
103	Carbon Monoxide Poisoning
104	Drug Toxicity - Iatrogenic
120	Drug Withdrawal - Iatrogenic
121	Drug Withdrawal - Neonate
105	Electrocution
106	Envenomation
107	Hanging or Strangulation
108	Hyperthermia
109	Hypothermia
110	Immersion (Near Drowning)
111	Ingestion
112	Smoke Inhalation
113	Trauma - Other
114	Trauma - Abdominal
115	Trauma - Chest
116	Trauma - Facial
117	Trauma - Head
118	Trauma - Skeletal
119	Trauma - Spinal
122	Trauma – Birth

INJURY MECHANISM

150	Injury Mechanism – Other
162	Crush Injury
151	Cyclist
152	Fall
153	Farm Equipment
154	Firearm Injury
164	Horse Related Injury
161	Motor Bike Rider / Passenger
155	MVA – Passenger
156	MVA – Pedestrian
157	Non Accidental Injury
158	Self Injury
159	Sports Injury
160	Stab Injury

CARDIOVASCULAR CONGENITAL

200	Cardiovascular - Congenital - Other
201	Absent Pulmonary Valve
202	Anomalous Coronary Artery
203	Aortic Insufficiency
204	Aortic Stenosis

224	AP Window
205	ASD
225	AV Malformation
206	AVSD (AV Canal)
207	Coarctation
208	Cortriatriatum
226	Double Outlet Right Ventricle (DORV)
209	Ebstein's Anomaly
210	Hypoplastic Left Heart Syndrome (HLHS)
211	Interrupted or Hypoplastic Aortic Arch
227	LV Outflow Obstruction
212	Mitral Insufficiency
213	Mitral Stenosis
214	PDA
215	Pulmonary Atresia or Stenosis
228	Pulmonary Insufficiency
229	RV Outflow Obstruction
216	Single Ventricle
217	TAPVD / PAPVD
218	Tetralogy of Fallot
219	Transposition of Great Arteries (dTGA)
220	Tricuspid Atresia or Stenosis
221	Tricuspid Insufficiency
222	Truncus Arteriosus
223	VSD

CARDIOVASCULAR ACQUIRED

250	Cardiovascular – Acquired – Other
251	Cardiac Failure
252	Cardiac Tumour
253	Cardiomyopathy
254	Dysrhythmia – Supraventricular
255	Dysrhythmia – Ventricular
256	Endocarditis
269	Heart Block
257	Hypertension – Pulmonary
258	Hypertension – Systemic
259	Kawasaki's Disease
268	Myocardial Infarction
270	Myocarditis
260	Pericardial Effusion or Tamponade
263	Previous Heart Lung Transplant
264	Previous Heart Transplant
265	Rheumatic Heart Disease
266	Previous Cardiac Surgery
267	Pulmonary Embolism
261	Vascular Thrombosis
262	Vasculitis

NEUROLOGICAL

- 300 Neurological – Other
- 333 Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM)
- 301 Botulism
- 302 Brain Abscess
- 303 Brain AV Malformation
- 304 Brain Death
- 305 Brain Infarction or Stroke
- 306 Brain Tumour
- 324 Cerebral Aneurysm
- 334 Congenital Brain Anomaly
- 307 CSF Shunt Malfunction or Infection
- 308 Encephalitis
- 309 Encephalopathy, Acute – Hypoxic ischaemic
- 310 Encephalopathy, Acute – Other
- 311 Encephalopathy, Chronic Degenerative (eg Leigh’s Syndrome)
- 312 Encephalopathy, Chronic Static (eg CP)
- 313 Guillain Barre Syndrome
- 314 Hydrocephalus
- 337 Intracranial Haemorrhage Premature (Grade 2-4)
- 315 Intracranial Haemorrhage – Spontaneous
- 332 Intracranial Haemorrhage - Traumatic
- 316 Intracranial Hypertension (Raised ICP)
- 338 Leucomalacia Premature
- 317 Meningitis
- 318 Meningomyelocele or Spina Bifida
- 325 Muscular Dystrophy
- 326 Myasthenia Gravis
- 319 Myopathy
- 339 Retinopathy of Prematurity
- 321 Seizures
- 322 Spinal Cord Lesion
- 327 Tetanus
- 323 Venous Sinus Thrombosis

RESPIRATORY UPPER AIRWAY

- 400 Upper Airway – Other
- 401 Choanal Atresia or Stenosis
- 414 Cleft Lip and Palate
- 402 Epiglottitis
- 403 Foreign Body – Inhaled
- 404 Laryngotracheobronchitis (Croup)
- 405 Obstructive Sleep Apnoea
- 406 Pierre Robin Syndrome
- 407 Retropharyngeal Abscess
- 413 Subglottic Haemangioma
- 408 Subglottic Stenosis
- 410 Upper Airway Obstruction – Other
- 411 Upper Respiratory Infection – Other
- 412 Vocal Cord Paresis

RESPIRATORY LOWER AIRWAY

- 430 Lower Airway Other

- 431 Asthma
- 432 Bronchiolitis
- 433 Chronic Lung Disease (Includes BPD)
- 434 Malacia - Trachea and/or Bronchi
- 435 Mediastinal Mass
- 436 Stenosis - Trachea and/or Bronchi
- 437 Tracheo-oesophageal Fistula
- 438 Vascular Ring

RESPIRATORY OTHER

- 450 Respiratory – Other
- 451 Air Leak Syndrome
- 452 Apnoea – Central
- 453 ARDS
- 473 Atelectasis
- 454 Aspiration
- 455 Chylothorax
- 456 Congenital Diaphragmatic Hernia
- 457 Congenital Lung Anomaly
- 458 Cystic Fibrosis
- 475 Diaphragmatic Palsy - Phrenic Nerve
- 459 Empyema
- 460 Hyaline Membrane Disease
- 461 Hypoventilation – Central
- 469 Lower Respiratory Infection – Other
- 462 Lung Abscess
- 463 Meconium Aspiration Syndrome
- 470 Pertussis
- 464 Pleural Effusion
- 465 Pneumonia or Pneumonitis
- 471 Previous Lung Transplant
- 474 Pulmonary Haemorrhage
- 466 Pulmonary Hypoplasia
- 467 Pulmonary Oedema
- 468 Respiratory Failure
- 472 Transient Tachypnoea of the Newborn

RENAL

- 500 Renal - Other
- 501 Haemolytic Uraemic Syndrome
- 507 Malformation Bladder/Urethra
- 508 Malformation Kidney
- 509 Malformation Ureter / Hydronephrosis
- 502 Nephrotic and/or Nephritic Syndrome
- 503 Previous Renal Transplant
- 505 Renal Failure - Acute
- 504 Renal Failure Chronic
- 506 Urinary Tract Infection

GASTROINTESTINAL

- 600 Gastrointestinal – Other
- 631 Abdominal Compartment Syndrome
- 632 Appendicitis
- 633 Ascites
- 601 Bowel Obstruction

634 Cholestasis
602 Colitis
603 Gastroenteritis
604 Gastrointestinal Haemorrhage
628 Gastro Oesophageal Reflux
605 Gastroschisis or Exomphalos
606 Hepatitis
635 Hepatitis - Ischaemic (Shock-Liver)
636 Hernia inguinalis
607 Intussusception
608 Liver Disorder – Other
609 Liver Failure – Acute
610 Liver Failure – Chronic
611 Necrotising Enterocolitis
612 Oesophageal Atresia
613 Pancreatitis
614 Peritonitis
615 Pyloric Stenosis
616 Short Gut Syndrome
617 Ulcer – Duodenal
618 Ulcer – Gastric or Gastritis
619 Varices – Oesophageal or Gastric Volvulus
620 Biliary Atresia
621 Bowel Perforation
637 Bowel Peforation focal Newborn
622 Hirschsprung's Disease
624 Oesophageal Foreign body
638 Pneumoperitoneum
625 Portal Hypertension
626 Previous Liver Transplant
629 Veno Occlusive Disease
627 Volvulus

INFECTION ¹

700 Infection – Other
739 Aspergillosis
701 Adenovirus
702 Bacterium – Other
703 Bacterium – Gram Negative -Other
704 Bacterium – Gram Positive - Other
705 Candida
706 Clostridium
707 CMV
742 Enterobacter
708 EBV
730 E Coli
709 Enterovirus
710 Fungus – Other
711 Haemophilus Influenzae Type b
712 Hepatitis – Viral
713 Herpes Simplex Virus
714 HIV
715 Influenza Virus

731 Klebsiella
716 Legionella
732 Malaria
735 Measles Virus
717 Meningococcus
743 Moraxella
718 Mycoplasma
719 Parainfluenzae Virus
720 Pertussis
721 Pneumococcus
722 Pneumocystis Carinii
733 Pseudomonas
723 Rotavirus
724 RSV
725 Salmonella
726 Staphylococcus
736 Staphylococcus MRSA
734 Streptococcus Group B
727 Streptococcus – Other
738 Tuberculosis
728 Varicella
729 Virus – Other
799 No Organism Identified

METABOLIC

857 Acid-Base Disorder
862 Cerebral Salt Wasting
806 Dehydration
808 Diabetes Insipidus
809 Diabete Mellitus with Ketoacidosis
810 Diabetes Mellitus without Ketoacidosis
811 Electrolyte Disorder
812 Endocrine Disorder
815 Hypoglycaemia
820 Inborn error of metabolism
841 Neonate - Infant of diabetic mother

MISCELLANEOUS

800 Miscellaneous - Other
801 Acute Life Threatening Event (ALTE)
802 Cardiac Arrest - in Hospital
852 Carciac Arrest - in ICU
803 Cardiac Arrest - Out of Hospital
804 Chromosomal Anomaly
805 Coagulopathy
839 Craniosynostosis
807 Dermatological Disorder
863 Ex prem (for postprocedural: 1103)
847 Haematological Disorder
864 Haemolysis
865 Haemophagocytic Lymphohistiocytosis (HLH)
814 Home Ventilation Patient
866 Hyperbilirubinaemia Phototherapy
867 Hyperbilirubinaemia Exchange Transfusion

816 ICU Diagnostic Monitoring - Elective
 817 ICU Procedure (eg CVC Insertion)
 818 Immunodeficiency - Congenital
 819 Immunodeficiency - Acquired
 868 Infection - Congenital
 869 Infection - Nosocomial
 821 Leukaemia or Lymphoma
 870 Methaemoglobinaemia
 822 Necrotising Fasciitis
 840 Neonate - Hydrops fetalis
 842 Neonate - Intrauterine Growth Restriction (IUGR)
 823 Neutropenia
 871 Ophthalmologic Disorders
 848 Organ Donor
 860 Osteomyelitis
 824 Pancytopenia
 825 Pheochromocytoma
 826 Prematurity
 843 Previous bone marrow transplant
 872 Psychiatric Disorder
 827 Respiratory arrest - in Hospital
 851 Respiratory arrest - in ICU
 828 Respiratory arrest - out of Hospital
 861 Rhabdomyolysis
 844 Scoliosis
 829 Sepsis
 830 Shock - Cardiogenic
 831 Shock - Hypovolaemic
 873 Shock- Mixed
 832 Shock - Septic
 833 SIRS
 834 Solid Neoplasm - Malignant (not Lymphoma)
 835 Solid Neoplasm - Not Malignant
 836 Syndrome or Malformation (not Chromosomal)
 837 Toxic Shock Syndrome
 838 Transplant - Bone Marrow
 845 Tumor Lysis Syndrome
 846 Wound infection

POST PROCEDURAL DIAGNOSES

MISCELLANEOUS/ANAESTHETIC

1099 Auncune intervention
 1100 Post Procedure - Other
 1101 Anaesthetic Complication
 1106 Cardiac Catheter - Balloon Septostomy
 1102 Cardiac Catheter- Diagnostic
 1107 Cardiac Catheter - Interventional
 1103 Ex prem - post GA
 1104 Invasive Radiology Procedure
 Massive Intraoperative Transfusion (> 1 Blood Volume)
 1105

1109 PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)
 1108 Post Operative Bleeding

CARDIAC SURGERY CLOSED

1200 Cardiac Surgery Closed - Other
 1207 Chest Closure
 1201 Coarctation Repair
 1208 ECMO Cannulation / Exploration
 1209 Emergency Chest Opening
 1202 PA Band
 1203 Pacemaker Insertion or Revision
 1204 PDA Ligation
 1205 Systemic to Pulmonary Shunt
 1206 Valvulotomy - closed

CARDIAC SURGERY OPEN

1230 Cardiac Surgery Open - Other
 1231 Aortic Arch Reconstruction
 1232 Arterial Switch
 1233 ASD Repair
 1234 AVSD Repair (AV Canal)
 1235 Cardiac Tumour Resection
 1236 Cavo-Pulmonary Shunt (Glenn)
 1252 Conduit Repair or Replacement
 1253 Coronary Artery Repair
 1237 Fontan
 1238 LV Outflow Reconstruction
 1254 MAPCA's Surgery
 1239 Norwood Stage I
 1240 PA Plasty or Repair
 1255 Rastelli
 1241 RV Outflow Reconstruction
 1242 Senning
 1243 TAPVD Repair
 1244 Tetralogy of Fallot repair
 1245 Transplant - Heart
 1246 Transplant - Heart-Lung
 1247 Transplant - Lung
 1248 Truncus Repair
 1249 Valve Repair or Replacement
 1250 Valvotomy - Open
 1251 VSD Repair

NEUROSURGERY

1300 Neurosurgery - Other
 1301 Craniotomy - Anterior Fossa
 1302 Craniotomy - Posterior Fossa
 1303 CSF Shunt Insertion or Revision
 1304 Decompression - Cranial
 1305 Decompression - Spinal
 1306 Hemispherectomy or Lobectomy
 1307 ICP Monitor or Vent. Drain Insertion
 1308 Intracranial Haematoma Evacuation

THORACIC SURGERY

- 1400 Thoracic Surgery - Other
- 1401 Diaphragm Plication
- 1402 Diaphragm Repair (CDH)
- 1403 Lung Biopsy
- 1404 Lung Decortication
- 1405 Oesophageal Atresia Repair
- 1406 Pneumonectomy or Lobectomy
- 1407 Thoracic Tumour Resection
- 1408 Tracheo-Oesophageal Fistula Repair
- 1409 Tracheopexy

ENT SURGERY

- 1500 ENT - Other
- 1501 Adenoidectomy and/or Tonsillectomy
- 1502 Choanal Atresia Repair
- 1503 Cricoid Split
- 1504 Laryngeal Reconstruction
- 1507 Tracheal Reconstruction / Tracheoplasty
- 1505 Laryngobronchoscopy
- 1506 Tracheostomy

ABDOMINAL/GENERAL SURGERY

- 1600 General Surgery - Other
- 1601 Abdominal Tumour Resection
- 1602 Appendectomy
- 1603 Bladder Extrophy Repair
- 1604 Burns Surgery
- 1605 Fundoplication
- 1606 Gastroschisis or Exomphalos Repair
- 1607 GI Endoscopy and/or Sclerotherapy
- 1608 Intussusception Repair
- 1609 Kasai
- 1610 Laparotomy
- 1615 Laparotomy - Bowel Obstruction
- 1616 Laparotomy - Bowel Perforation
- 1617 Laparotomy - GI Hemorrhage
- 1618 Laparotomy - Necrotising Enterocolitis
- 1619 Laparotomy - Peritonitis
- 1620 Laparotomy - Trauma
- 1611 Transplant - Kidney
- 1612 Transplant - Liver
- 1613 Transplant - Small Bowel
- 1614 Urogenital Surgery - Other

CRANIOFACIAL SURGERY

- 1700 Craniofacial Surgery – Other
- 1706 Cleft Palate Repair
- 1701 Cranial Vault Reshaping
- 1702 Dental Surgery
- 1703 Facial Cleft Repair
- 1704 Mandibular Mobilisation
- 1705 Midface Mobilisation

ORTHOPAEDIC SURGERY

- 1800 Orthopaedic Surgery - Other
- 1801 Fracture Fixation
- 1802 Spinal Instrumentation

4.10 ANNEXE 11: «CODAGE CROISE» DES DIAGNOSTICS ET OPERATIONS/INTERVENTIONS

AVEC COMMENTAIRES ADDITIONNELS

4.10.1 DIAGNOSTICS

Code ancien	Code nouveau	Groupe Diagnostique	Commentaire
		Cardiovasculaire (Neo-Ped: C0 ou ANZPIC numeric code)	
C1	C1	Syndrome coronarien aigu (cardiopathie ischémique)	
C2	C2	Arrêt cardiaque (ou admission après arrêt cardiaque)	
C3	C3	Embolie pulmonaire	
C4	C4	Insuffisance cardiaque, choc cardiogène	
C5	C5	Anévrisme/dissection de l'aorte	
C6	C6	Arythmie et trouble de conduction / surveillance	
C9	C9	Autre maladie cardiovasculaire	y.c. les maladies inflammatoires cardiovasculaires (par exemple: endocardite, myocardite)
		Respiratoire et ORL (Neo-Ped: R0 ou ANZPIC numeric code)	
R1	R1	ARDS (acute respiratory distress syndrome)	cf ARDS Definition Task Force. JAMA 2012 307: 2526
R2	R2	BPCO ou asthme	
R3	R3	Pneumonie (bactérienne, virale, etc.), bronchite aiguë	
R4	R4	Autre infections respiratoires ou ORL	
R5	R5	Néoplasie des organes intrathoraciques (trachée exclue)	
R6	R6	Néoplasie du système respiratoire (Bouche / Sinus / Larynx / Trachée)	
R9	R9	Autre maladie respiratoire ou ORL	y.c. les maladies inflammatoires respiratoires et ORL (excepté R1-R4)
		Gastro-intestinal (Neo-Ped: G0 oder ANZPIC numeric code)	
G1	G1	Maladie du foie ou des voies biliaires	
G2	G2	Pancréatite aiguë	
G9	G3	Saignement gastro-intestinal	
G9	G4	Néoplasie gastro-intestinale	
G9	G5	Iléus	
G9	G6	Infection gastro-intestinale, perforation	
G9	G9	Autre maladie gastro-intestinale	y.c. les maladies gastro-intestinales inflammatoires (excepté G1, G2, G6)
		Neurologie (Neo-Ped: N0 ou ANZPIC numeric code)	
N1	N1	Hémorragie sous-arachnoïdienne	
N2	N2	Hémorragie intracrânienne ou intracérébrale	
N3	N3	Accident vasculaire cérébral (Stroke)	
N4	N4	Épilepsie (crise)	
N5	N5	Infection du système nerveux	
N6	N6	Affection neuromusculaire	
N9-A9	N7	Delirium	
N9	N8	Néoplasie cérébrale/intracrânienne	
N9	N9	Autre affection neurologique	

Système Métabolique-Endocrinien (Neo-Pedi M0 ou ANZPIC numeric code)			
M1	M1	Diabète, décompensation diabétique	
M2	M2	Surdosage médicamenteux / intoxication	
M9	M3	Désordre électrolytique, Autre maladie métabolique ou endocrinienne	
M9	M9	Malnutrition, obésité	
Trauma (Neo-Ped: T0 ou ANZPIC numeric code)			
T1	T1	Traumatisme craniocérébral (avec ou sans polytrauma)	
T2	T2	Mono / polytrauma (sans traumatisme craniocérébral)	
T3	T3	Brûlure	
T9	T9	Trauma, autres	
Urogénital (Neo-Ped: U0 ou ANZPIC numeric code)			
A3	U1	Insuffisance rénale	
A3-A1	U2	Infection urogénitale	
A3	U3	Néoplasie urogénitale	
A3	U9	Autre urogénital	
Autres (Neo-Ped: A0 ou ANZPIC numeric code)			
A1	A1	Sepsis	cf. Singer M et al. JAMA 2016 315: 801-810
A2	A2	Choc septique	jusqu'au MDSi 28 incluait "sepsis sévère".
A3	U1	jusqu'à U3:- maladies de l'appareil urogénital	depuis MDSi 29, A3 n'est plus utilisé (remplacé par U1-U3)
A4	A4	Grossesse, accouchement, puerpéralité	
A5	A5	Maladies hématologiques (y.c. néoplasie)	
A9	A9	Autre diagnostic	y.c. les maladies infectieuses et parasitaires, sauf si codées ailleurs

4.10.2 OP-INTERVENTIONS

Code ancien	nouveau	OP – type d'intervention	Commentaire
0	0	Aucune intervention	
10	10	Autre intervention cardiovasculaire	
11	11	Intervention coronarienne (chirurgie)	
12	12	Intervention valvulaire et septa (chirurgie, tous les abords)	
15	15	Intervention de l'aorte thoracique ou abdominale (chirurgie)	
20	20	PCI (PTCA) et méthodes assimilées	
12	21	Intervention valvulaire et septa (non chirurgical, tous les abords)	
10	22	Intervention neurovasculaire (non chirurgical)	
15	23	Intervention sur les gros vaisseaux (non chirurgical)	
10	24	Intervention rythmologique (y.c. stimulateur cardiaque)	
10	25	Implantation d'un dispositif d'assistance (toutes techniques)	
30	30	Intervention ORL / maxillo-faciale	
30	35	Intervention sur le poumon, les bronches, la paroi thoracique, la plèvre, le médiastin et le diaphragme (chirurgie ouverte, tous les abords)	
30	36	Intervention sur le poumon, les bronches, la paroi thoracique, la plèvre, le médiastin et le diaphragme (abord non chirurgical ou chirurgie thoracique vidéo-assistée VATS)	Cela comprend également la bronchoscopie, le lavage bronchoalvéolaire (p.ex: protéinose alvéolaire), la pose de stents, etc.
40	40	Intervention sur le tractus gastro-intestinal	
50	50	Intervention neurochirurgicale (système neurologique)	
80 - 50	55	Chirurgie spinale (indépendamment de la spécialité)	Orthopédie, Neurochirurgie
60	60	Intervention urologique	y.c. dialyse aiguë
70	70	Intervention gynéco-obstétrique	
80 ou 50	80	Intervention orthopédique	y.c. chirurgie post traumatisme du système musculo-squelettique à l'exclusion de la chirurgie spinale
90	90	Chirurgie de transplantation	couvre toutes les transplantations d'organes (y.c. chirurgie de révision, chirurgie en cas d'échec de la transplantation)
99	99	Autre intervention	