

**O.R.U. MIP**

*Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées*

**EVALUATION  
DE L'ACCUEIL  
DES URGENCES**

**RECUEIL 2003**

# SOMMAIRE

Préambule : La simplification du recueil 2003

I- Identification du service d'accueil des urgences (p 5)

II- Données administratives d'accueil (p 6 à 7) <NOUVEAUTE 2003>

III- Circonstances de recours aux urgences (p 8 à 10)

IV- Etape diagnostique et recueil des actes (p 11 à 14) <NOUVEAUTE 2003>

V- Devenir du patient (p 15)

VI- Exemples de codification CCMU (p16 à 18)

VII- Exemples de codification des diagnostics principaux (p 19)

<NOUVEAUTE 2003>

Mise en œuvre des procédures de simplification du recueil (p20)

# Préambule

Le Conseil d'Administration de l'ORU-MiP a validé le 29 Janvier 2003 les simplifications apportées au recueil régional des données de passage aux urgences.

Ces simplifications répondent :

- à la volonté de ne pas surcharger inutilement le recueil, d'items qui, aux vues des analyses déjà menées sur les bases 2001 et 2002 ne méritent pas d'être reconduits de façon pérenne.

Ont ainsi été supprimées : la nature de la médicalisation des transports aux urgences (Smur I, Smur II, Autre) et la présence de comorbidité (Oui/Non).

- aux dernières décisions nationales en matière d'évaluation et de tarification des urgences :

a- L'analyse de l'ORU-MiP : le groupe de travail de la mission PMSI Urgences a sollicité une analyse médico-économique de la base de données 2001 de l'ORU-MiP. Cette analyse a été menée à partir des coûts GPU calculés par la mission PMSI en 1998.

Il apparaît ainsi que le coût moyen mensuel du passage aux urgences, calculé sur la base des GPU produits en 2001, n'est quasiment pas influencé par le volume d'activité, le type d'autorisation, la nature privée ou publique du service d'urgences.

Ce coût mensuel reste de plus particulièrement stable tout au long des mois de l'année 2001 pour les services d'urgences à forte activité saisonnière.

La classification GPU qui, bien que pertinente pour décrire le coût de chaque passage aux urgences, ne devient quasiment plus discriminative lorsque l'on étudie le coût moyen mensuel des passages aux urgences. Ceci tient au fait que le poids économiquement élevé des séjours de type de réanimation des gros services d'urgence est noyé dans la masse très importante des séjours les moins graves.

b- La position nationale : A la vue des résultats de Midi-Pyrénées et des premières analyses du test national des GPU de Juin 2002, la classification GPU telle qu'elle a été définie en 1998 ne sera pas utilisée pour la tarification des passages aux urgences.

c- La position de l'ORU-MiP : Le recueil de certaines données nécessaires pour classer chaque passage dans un GPU est abandonné. Sont ainsi concernés :

- le type de prise en charge GPU (réanimation, médicochirurgical, médicolégal social psychiatrique)
- les facteurs aggravants GPU (agressivité, problème socio administratif, problème de communication)



# A QUI S'APPLIQUE LA FICHE DE CODAGE ACCUEIL URGENCES 2003 ?

A tout patient entré dans un service d'urgences (SAU, POSU, UPATOU...) et ayant fait l'objet d'un enregistrement administratif dans ce service.

- Les patients venus aux urgences et réorientés avant leur enregistrement administratif sont à exclure de cette évaluation.
- L'évaluation ne concerne que l'accueil des urgences. Ainsi même si un patient est muté dans une zone de surveillance de très courte durée des urgences, le codage du passage s'arrête aux portes du service d'accueil.

**<RAPPEL 2003>** Si certains résumés de passage ne sont pas complètement renseignés au moment où vous réalisez l'export, il est important de les faire également figurer dans l'envoi trimestriel, ils pourront notamment être utilisés dans des analyses plus limitées sur la typologie des patients par exemple *mais ils permettront surtout de connaître l'activité réelle de votre établissement* et d'être ainsi en accord avec les Statistiques Annuelles d'Etablissement (SAE).

## **I- IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL**

Afin de connaître au sein de la base régionale l'origine de chaque passage anonymisé, les établissements devront faire précéder chacun de leur Résumé de Passage aux Urgences des données d'identification de leur établissement.

**Numéro FINESS** : donnée numérique sur neuf caractères

**Raison sociale de l'établissement** : 80 caractères au maximum

**Lieu d'implantation** : 80 caractères au maximum

Ces données, identiques pour tous les passages d'un même établissement, peuvent être intégrées automatiquement avant l'anonymisation des fichiers évitant ainsi des saisies inutiles en temps réel.

## II- DONNEES A L'ACCUEIL DES PATIENTS

N° enregistrement patient	<input type="text"/>	code postal résidentiel	<input type="text"/>
date de naissance	<input type="text"/>	sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
arrivée médicalisée	<input type="checkbox"/>	date entrée	<input type="text"/> 2   0   0
		heure entrée	<input type="text"/> h <input type="text"/> min

**1- Le Numéro d'enregistrement patient** : c'est un numéro attribué par l'établissement lors du passage par le service des urgences ; il correspond à un numéro d'enregistrement interne à l'établissement et connu de lui seul, qui identifie chaque séjour aux urgences.

*Traitement* : ce numéro sera anonymisé avant l'envoi des données GPU, cependant le département d'information médicale doit conserver un fichier des correspondances entre N° Anonyme et N° d'enregistrement afin de faciliter les retours sur dossiers ultérieurs.

**2- Date de naissance** : sous la forme jj/mm/aaaa, il permettra de calculer l'âge en années, ou en jours pour les moins de 1 an. Ainsi si seule l'année est connue rentrer la date de naissance sous la forme 01/01/1948

*Traitement* : lors de l'anonymisation des données seul l'âge figurera dans les résumés de passage

**3- Le Code postal** : c'est celui du lieu de domiciliation du patient. Sur 5 caractères si le code postal est connu et à « blanc » s'il est inconnu.

- Cependant si seul le département de domiciliation est connu, il peut être saisi sous la forme « 31999 » pour la Haute-garonne
- Pour les domiciliations non françaises utiliser le code « 99999 »

*Traitement* : pour préserver la confidentialité des données, les codes postaux de faibles effectifs de population seront transformés en des codes zones élargies lors de l'anonymisation.

Ex : les quartiers toulousains (31000,31100, 31200, 31300, 31400, 31500) seront tous regroupés sous le code zone 31000.

**4- La Date et l'heure d'arrivée** : Il s'agit de l'entrée du patient dans le service d'accueil des urgences (c'est à dire la date et l'horaire inscrit lors de l'enregistrement administratif du patient)

*Traitement* : Lors de l'anonymisation ne seront conservés que le jour de la semaine, le mois et l'heure d'entrée

**5- Arrivée Médicalisée** : elle est définie par la présence d'un médecin aux côtés du malade durant le transport jusqu'au service des urgences.

*Traitement* : Les passages précisés comme médicalisés doivent être renseignés sur la position numérique '1' et ceux non médicalisés sur la position numérique '0' (et non laissés à blanc).

**<NOUVEAUTE 2003>** Contrairement à l'année précédente, il n'est plus obligatoire de renseigner le type de médicalisation du transport (SMUR I, SMUR II, Médecin). Ces champs peuvent donc être renvoyés à blanc si votre service d'urgence ne les collige plus.

### III- LES CIRCONSTANCES DE RECOURS AUX URGENCES

accidents de la route (AR)			
moyen de locomotion de la victime	sans AT	avec AT	
piéton	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	25
véhicule 2 roues	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	26
véhicule 4 roues ou plus	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/>	27
non précisé	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/>	28

tentatives de suicide	
par intoxication médicamenteuse	<input type="checkbox"/> 31
par autres toxiques	<input type="checkbox"/> 32
par phlébotomie	<input type="checkbox"/> 33
par autre moyen traumatique	<input type="checkbox"/> 34

agressions physiques	
par une personne connue	<input type="checkbox"/> 35
par un inconnu	<input type="checkbox"/> 36
non précisé	<input type="checkbox"/> 37

autres accidents traumatiques et toxiques involontaires	
accident domestique	<input type="checkbox"/> 38
accident de sport et loisirs physiques	<input type="checkbox"/> 39
autre et non précisé	<input type="checkbox"/> 40

autres types d'urgences	
médico-chirurgicales	<input type="checkbox"/> 41
médico-légales	<input type="checkbox"/> 42
psychiatriques	<input type="checkbox"/> 43
sociales	<input type="checkbox"/> 44

**1- LES ACCIDENTS DE LA ROUTE :** définis comme tout accident impliquant un véhicule en marche sur une voie publique (le véhicule pouvant être le véhicule de la victime ou celui ayant percuté la victime si celle-ci était à pied)

*Sont donc exclus de cette catégorie*

- les piétons se blessant seuls sur la voie publique : pour ces circonstances traumatiques particulières, deux choix sont envisageables :
  - ⇒ accident de travail sur le trajet : piéton seul [30]
  - ⇒ autres circonstances traumatiques [40]
- les accidents de cycles quand ils ne surviennent pas sur une voie publique (sentier de forêt, parc public, jardin privatif....)
  - ⇒ accidents de sport et loisirs physiques [39]

*Des précisions supplémentaires sont demandées*

- Contexte de survenue de l'accident de la route : avec / sans accident de travail
- Moyen de locomotion de la victime lors de l'accident

accidents de la route (AR)			
moyen de locomotion de la victime	sans AT	avec AT	
piéton	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	25
véhicule 2 roues	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	26
véhicule 4 roues ou plus	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/>	27
non précisé	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/>	28

## **2- LES ACCIDENTS DE TRAVAIL :**

- *Rappel* : Tous les accidents de la route survenus sur le trajet aller ou retour du travail, ou pendant le travail pour les professions avec déplacement sont à classer parmi les accidents de la route avec la mention : avec AT [25 à 28] (Cf paragraphe précédent)
- *Les autres types d'accident du travail sont les suivants :*
  - ⇒ Accidents de travail sur le trajet : piéton seul [29]
  - ⇒ Accident sur les lieux du travail [30]

## **3- LES TENTATIVES DE SUICIDES :**

Le recueil actuel ne disposant que du diagnostic principal, le motif de recours permet ici de préciser le caractère intentionnel de la pathologie présentée et son mode de présentation.

- ⇒ [31] par intoxication médicamenteuse
- ⇒ [32] par autre toxique : caustique, gaz,...
- ⇒ [33] par phlébotomie
- ⇒ [34] par autre moyen traumatique : pendaison, noyade, ...

## **4- LES AGRESSIONS : ne concernent que les agressions physiques humaines.**

- ⇒ [35] par une personne connue : lien familial, lien amical, lien professionnel ou toute autre personne connue de la victime
- ⇒ [36] par un inconnu
- ⇒ [37] non précisé

Les morsures ou piqûres animales sont à classer dans le groupe « Autres circonstances traumatiques »

## **5- LES ACCIDENTS DOMESTIQUES [38]**

Ne sont à retenir dans pour cette classe que les accidents dit « d'intérieur » ( pièces de vies, buanderie, garage....)

*Exclusion* : tous les accidents d'extérieur, même s'ils ont eu lieu dans l'enceinte de la propriété. Ils seront codés avec les propositions suivantes

- ⇒ accident de loisirs physiques : dans le jardin, la piscine, ...
- ⇒ autres circonstances traumatiques

*Inclusion* : les accidents toxiques involontaires (ex ingestion accidentelle d'un produit dangereux par un enfant au domicile ) sont à classer dans les accidents domestiques.

## **6- LES ACCIDENTS DE SPORT ET LOISIRS PHYSIQUES [39]**

*Exclusion* : Les accidents de sport professionnels rentrent eux dans le cadre des accidents de travail [30]

*Inclusion*

- tous les accidents de sport non professionnels : sport en club, sport universitaire ou scolaire, autres pratiques de sport.
- cette classe inclus également tous les loisirs physiques : randonnée, pêche, skateboard, .....

## **7- LES AUTRES CIRCONSTANCES TRAUMATIQUES [40]**

Elles regroupent toutes les pathologies traumatiques n'ayant pas pu être classées parmi les choix précédents.

## **8- LES PATHOLOGIES MEDICO-CHIRURGICALES [41]**

Il s'agit de l'ensemble des pathologies non traumatiques de présentation organique.

*Inclusion* :

- ⇒ les urgences toxiques volontaires (intoxication éthylique aiguë, toxicomanie ) en font partie
- ⇒ les complications après suture de plaie ou pose de plâtre rentrent également dans ce champ de pathologies

## **9- LES PATHOLOGIES MEDICO-LEGALES [42]**

- ⇒ Réquisition pour alcoolémie légale
- ⇒ Certificats post traumatiques à condition que la pathologie traumatique associée ne nécessite pas de soins importants

## **10- LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES [43]**

Elles regroupent les troubles psychiatriques exclusifs (c'est à dire sans anomalie somatique associée).

*Exclusion* : les tentatives de suicides seront elles détaillées selon le mode de présentation (Motifs N° 31 à 34 ).

## **11- LES PATHOLOGIES SOCIALES [44]**

Le terme de pathologies sociales est à interpréter de façon large. Ce groupe inclus en effet les patients adressés pour

- ⇒ problèmes socio-économiques : demande d'hébergement, demande d'autre assistance sociale
- ⇒ mais également ceux adressés pour problèmes de maintien au domicile

## IV- ETAPE DIAGNOSTIQUE

classification CCMU 1 2 3 4 5 P D

diagnostic principal  (le DP peut être codé sur 3 caractères)

avis spécialisé donné à l'accueil des urgences

actes	Code Cdam	nb réalisation
1		
2		
3		
4		

actes	Code Cdam	nb réalisation
5		
6		
7		
8		

### 1 – CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES

Elle a été créée par l'association pour la recherche aux urgences (Dr Fourestié 1994). Elle permet de poser un score selon un jugement médical de l'évolutivité clinique du patient et de la lourdeur des soins jugés nécessaires dans le service d'accueil des urgences.

C'est un score reproductible et rapide à poser, permettant de dresser rapidement un éventail de la gravité des patients passant le seuil des urgences.

Il se pose à la fin de l'examen clinique et du bilan de base réalisable et interprétable au lit du patient

*a- Examen Clinique* : Le jugement porté sur l'évolutivité clinique doit se faire sur la présence ou l'absence

- de signes de gravité à l'examen clinique d'entrée : défense abdominale, contracture, tirage, marbrures, troubles de la conscience, polypnée .....
- de signes recueillis à l'interrogatoire : TC avec PCi, patient sous anticoagulants...

*b- Bilan de base réalisé et interprétable au lit du patient* : il précise au besoin le ressenti clinique initial

- Electrocardiogramme
- SpO2
- Glycémie capillaire
- µHt
- Labstix
- µHb

La C.C.M.U. dite modifiée (par ajout des classes P & D) est définie ainsi :

**CCMU 1 :** état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser à l'accueil des urgences.

**CCMU 2 :** état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser à l'accueil des urgences.

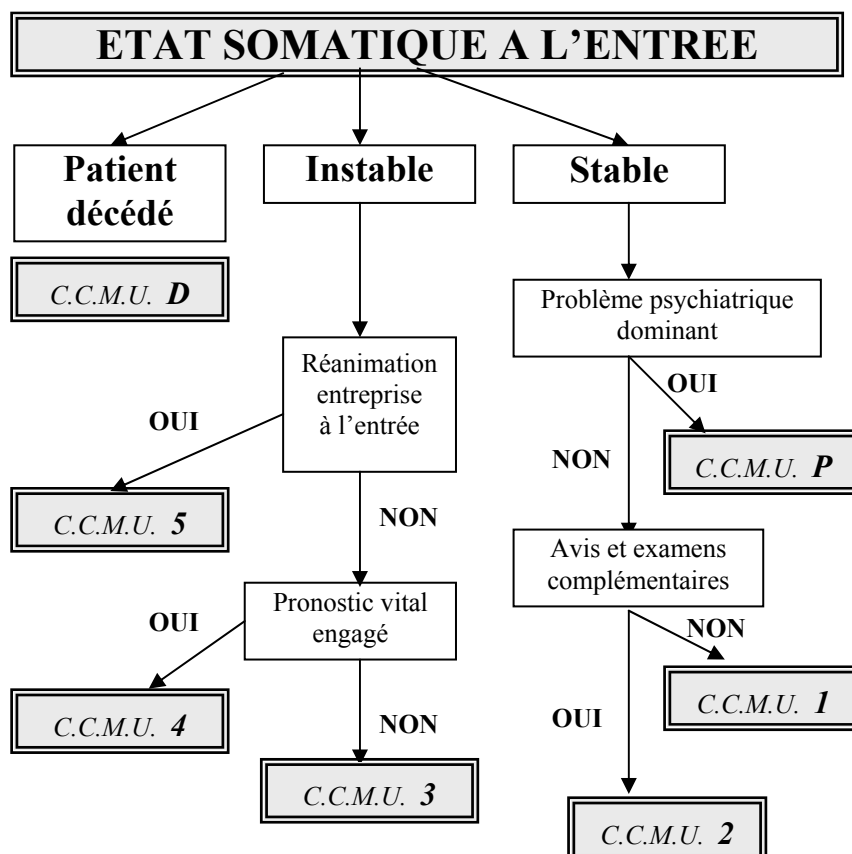
**CCMU 3 :** état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans le service d'accueil des urgences (hors UHCD) sans engager le pronostic vital.

**CCMU 4 :** situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences et ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

**CCMU 5 :** situation pathologique engageant immédiatement le pronostic vital avec réalisation dès l'entrée du patient de manœuvres de réanimation.

**CCMU D :** patient décédé à l'arrivée aux urgences et aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise.

**CCMU P :** problème psychiatrique isolé ou, associé à un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel jugé stable.



## 2 – LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Ce diagnostic est choisi à la fin du séjour de l'accueil des urgences. Il correspond à la pathologie dont la prise en charge a mobilisé l'essentiel de l'effort du personnel médical et soignant.

*Ce diagnostic est saisi sous la forme de code CIM10*, la plupart des codes nécessaires se trouvent dans le thésaurus de poche ou informatique dit des « Pathologies de médecine d'urgence », cependant celui-ci ne pouvant être exhaustif un recours aux autres codes de la CIM10 est recommandé pour la codification des pathologies moins fréquentes.

*Ce code doit être le plus précis possible* : si par exemple une migraine a été diagnostiquée ne pas se contenter du code CIM10 décrivant le symptôme.

Exemple : ~~R51~~ (céphalée) => G43.9 (Migraine)

**<NOUVEAUTE 2003>** : le type de prise en charge GPU n'étant désormais plus obligatoire, il est important de coder un diagnostic lors des simples contacts médico-soignant. C'est en effet le seul moyen de différencier ces séjours des séjours non codés.

Pour cela vous pouvez utiliser l'un des trois diagnostics suivants :

- *Z71.8 Autres conseils* : pour coder les réorientations simples
- *Z53.2 Acte non effectué sur volonté du patient* : afin de coder les fugues étant survenues avant la prise en charge médicale

## 3- AVIS SPECIALISÉS DONNES AUX URGENCES

Est à considérer comme tel tout avis d'un médecin spécialiste s'étant déplacé à l'accueil des urgences et ayant comporté un examen clinique du patient ainsi que la rédaction d'un compte-rendu écrit.

*Exclusion* : avis téléphoniques, avis d'un médecin spécialiste de garde au service des urgences.

*Traitement* : Tout comme les passages précisés comme médicalisés les passages avec avis spécialisés doivent être renseignés sur la position numérique '1' et ceux sans avis sur la position numérique '0' (et non laissés à blanc).

- **<NOUVEAUTE 2003>** : en ce qui concerne le format d'export des données des établissements qui ont la possibilité d'alléger le recueil, nous vous recommandons de renseigner la présence de tous les avis spécialisés dans la colonne « Avis spécialisé d'un médecin extérieur au SU » (étant donné que la distinction par type de prise en charge GPU n'est plus exigée)

#### **4- ACTES REALISES AUX URGENCES**

Contrairement à l'année 2002 où une liste d'actes fermée intervenait dans la classification GPU, il est recommandé pour cet année de coder tous les actes réalisés à l'aide du Cdam (Catalogue des actes médicaux).

En effet pour le recueil 2002, les séjours de réanimation n'avaient pas besoin des actes pour être valorisés en GPU. Cette année au contraire ce seront les actes de réanimation qui permettront de détailler les prises en charge les plus lourdes

## V- DEVENIR DU PATIENT

devenir après passage à l'accueil des urgences			
<input type="checkbox"/> hospitalisation	<input type="checkbox"/> retour domicile	<input type="checkbox"/> transfert externe	<input type="checkbox"/> décès
		<input type="checkbox"/> dans un service spécialisé	
		<input type="checkbox"/> par manque de place	
		<input type="checkbox"/> sur volonté du patient	
date de sortie	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/>	heure de sortie	<input type="text" value=""/> h <input type="text" value=""/> min

**La date et l'heure de sortie** sont celles de la sortie du service d'accueil des urgences

### **Le mode de sortie**

+ Hospitalisation : correspond à une mutation dans un service de l'établissement

+ Transfert : dans un service extérieur à l'établissement. Dans ce cas il est également demandé la raison de ce transfert :

- *Manque de place* dans l'établissement obligeant de recourir à un service extérieur à l'établissement afin de poursuivre la prise en charge
- *Service spécialisé* non présent sur l'établissement
- *Volonté du patient* d'être hospitalisé dans un autre établissement

+ Retour au Domicile

+ Décès

## **VI- EXEMPLES DE CODIFICATION DE LA C.C.M.U.**

### **1- L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL**

*1.a- Patient de 85 ans adressé car apparition depuis trois jours d'une hémiplégié et d'une aphasié. A l'entrée aux urgences conscience normale, pouls 80, TA 12/9, déficit stable depuis ces derniers jours. Réalisation d'un scanner confirmant l'accident vasculaire ischémique*

⇒ CCMU 2

*1.b- Patient adressé pour suspicion d'AVC devant l'apparition d'une hémiplégié brutale au réveil. A l'arrivée : conscience normale, pouls 85, TA 17/12, déficit toujours présent*

⇒ C.C.M.U. 3

*1.d- Patient adressé pour hémiplégié associée à des troubles de la conscience. A l'entrée TA 13/8, Glasgow 10. Pas de nécessité d'intubation immédiate.*

⇒ C.C.M.U. 4

### **2- LES TRAUMATISMES CRANIENS**

*2.a – C.C.M.U. 1 ou 2 : TC simple sans Pci*

*2.b – Passage en C.C.M.U. 3*

+ TC avec perte de connaissance initiale

+ Violence du TC

+ Troubles de la conscience associés mais Glasgow >8

*2.c – Passage en C.C.M.U. 4*

+ Glasgow < 9

+ Mydriase unilatérale associée

*2.d – Passage en CCMU 5 : glasgow à 5, intubation dès l'arrivée aux urgences*

### **3- LA COLIQUE NEPHRÉTIQUE**

*3.a – Simple : CCMU 1 ou 2*

*3.b – Compliquée : anurique, hyperalgique après traitement extra-hospitalier adapté, sepsis associé => CCMU 3*

#### **4- LA PYELONEPHRITE**

**4.a** – Patient adressé pour lombalgie fébrile. A l'entrée pouls 80, t° 38.5, labstix +++ leucocytes, TA 12/8

⇒ CCMU 2

**4.b** – Patient adressé pour lombalgie fébrile. A l'entrée pouls 95, t° 39, labstix +++ leucocytes, TA 12/8, frissons fréquents : suspicion de décharges septiques

⇒ CCMU 3

**4.c** – Patient adressé pour lombalgie fébrile. A l'entrée pouls 110, t° 39.5, labstix +++ leucocytes, TA 10/6 : choc septique

⇒ CCMU 4

#### **5- LA DOULEUR ABDOMINALE**

**5.a** – Patient adressé pour douleur abdominale. A l'entrée pouls 72, t° 37, douleur en FID EVA 5/10, palpation abdominale sensible en FID, abdomen souple sans défense ni empatement, manœuvre de Blomberg négative, TR indolore.

Pas de signe de gravité => C.C.M.U. 2

**5.b** – Signes d'irritation péritonéale associée : => CCMU 3

**5.c** – Marbrures abdominales, ventre de bois => CCMU 4

#### **6- LA DOULEUR THORACIQUE**

**6.a** – Patient venu pour douleur thoracique pendant des travaux de jardinages. ATCD patient coronarien. A l'entrée pas de douleur thoracique, constantes normales, ECG normal

Conclusion : angor d'effort stable. Pas d'autre examen, conseils, renforcement du traitement habituel et consultation cardio prévue dans 3 jours. => C.C.M.U. 1

**6.b-** Patient adressé pour douleur thoracique brutale, pas d'ATCD. A l'entrée dans le service douleur thoracique EVA 3/10, FR 30, patient angoissé, pouls 92, ECG aspect S1Q3.

Conclusion : suspicion d'embolie pulmonaire, demande d'exams complémentaires => C.C.M.U. 3

**6.c-** Patient adressé pour douleur thoracique en barre : ECG : onde de Pardee

Conclusion : IDM => C.C.M.U. 4

## **7- LE MALAISE HYPOGLYCEMIQUE**

**7.a** Patient adressé pour coma hypoglycémique, à l'arrivée après resucrage par les pompiers durant le transport : Glasgow 13

- Hypothèse 1 : patient DID ayant fait un effort sportif sans prévention => C.C.M.U. 1 ou 2
- Hypothèse 2 : patient DNID sous anti-diabétiques oraux avec anorexie depuis quelques jours, risque d'aggravation => C.C.M.U. 3

**7.b** Si glasgow à l'entrée dans le service entre [9 et 12] => C.C.M.U. 3

**7.c** Si glasgow à l'entrée < 9 : => C.C.M.U. 4

## **8- L'ASTHME**

**8.a** - Patient venu pour crise d'asthme aux urgences. A l'entrée pouls 75, FR 18, TA 11/8, Peak Flow 85%, auscultation quelques sibilants légers

Amélioration très vraisemblable après des aérosols => C.C.M.U. 2

**8.b** - Patient venu pour crise d'asthme aux urgences. A l'entrée pouls 80, FR 14, TA 11/8, Peak Flow imprenable, sibilants diffus => C.C.M.U. 3

**8.c** - Patient venu pour crise d'asthme aux urgences. Signes de gravité immédiate tirage, pouls > 120, signes d'insuffisance cardiaque droite, FR<12 => C.C.M.U. 4

## **9- L'ETHYLISME AIGÛ**

**9.a** – Patient éthylique adressé pour malaise sur la voie publique.

Examen neurologique normal, patient agité.

- circonstances bien connues, pas de chute ni de TC => C.C.M.U. P
- circonstances douteuses, ou chute avec TC => C.C.M.U. 3

Ataxie ou trouble de l'élocution => C.C.M.U. 3

Mydriase unilatérale associée => C.C.M.U. 4

En reprenant l'interrogatoire, pas de malaise mais volonté de sevrage, actuellement imprégnation légère => C.C.M.U. P

**9.b** – Patient éthylique adressé pour sevrage alcoolique. A l'entrée patient trémulant, haleine non éno lique.

Risque de pré-DT => C.C.M.U. 3

## **10- LES FRACTURES**

*10.a – Elles seront pour la plupart cotées CCMU 2, mais la présence de signes de gravité majorera le score C.C.M.U.*

*10.b – Les C.C.M.U. 3 => Fracture ouverte, lésion vasculo-nerveuse, risque important de perte sanguine - d'embolies graisseuses (ex fr diaphyse fémorale)*

*10.c – Les C.C.M.U. 4 => Choc hypovolémique ou détresse respiratoire associée*

## **VII- CAS CLINIQUES DE CODAGE DU DIAGNOSTIC**

### **CAS CLINIQUE N° 1 / PYELONEPHRITE CHEZ UN DID**

*1.a- Patient DID adressé pour pyélonéphrite : t°38, FR 32, Labstix : glucose ++, leucocytes ++*

Réalisation d'une échographie rénale => foyer de néphrite

Aggravation sur le mode acidocétosique du diabète, Glasgow 8 => oxygénothérapie, scope, Insuline à la SE

DP (Diagnostic Principal) : Acidocétose diabétique

*1.b- Même patient avec décompensation diabétique modérée répondant à des l'insulinothérapie IVD DP : Pyélonéphrite*

### **CAS CLINIQUE N° 2 / UNE ANGOISSE**

*Patient adressé pour malaise et angoisse, à l'entrée : t° 37, pls 92, FR 27, TA 14/7, auscultation subnormale, ECG d'entrée normal*

Décision d'exploration de la dyspnée : CCMU 3

Gazométrie : effet shunt

Nouvel ECG : apparition d'un aspect S1Q3

D-dimères : non négatifs

Aggravation de la dyspnée, surveillance rapprochée. Très forte suspicion d'embolie pulmonaire, mise en route d'une héparinothérapie à la seringue électrique et mutation directe en SI de Pneumologie pour poursuite de la prise en charge et réalisation d'examens complémentaires

DP : embolie pulmonaire (car traité comme tel même sans preuve d'imagerie )

# MISE EN OEUVRE DES PROCEDURES DE SIMPLIFICATION DU RECUEIL

Cette simplification étant survenue en cours d'année 2003, en raison d'une position nationale encore incertaine à la fin 2002, il va sans dire que son déploiement ne peut être qu'étroitement lié aux contraintes de chaque service d'urgences.

Par ailleurs, les applicatifs informatiques du recueil de saisie des différents services (logiciel de saisie du Dr MORFOISSE notamment) ne permettent pas tous d'opérer ces simplifications.

Ainsi la simplification demeure un choix concerté entre chaque service d'urgence, son département d'information médicale et son prestataire de logiciel informatique.

Une mise à jour du logiciel de saisie ORU du Dr MORFOISSE, est en cours de réalisation et vous sera adressée dès finalisation. Cette version permettra notamment des mises à jours ultérieures plus rapides.

Si votre service d'urgences dispose d'un logiciel de saisie permettant d'opérer cette simplification et que vous décidiez de la mettre en œuvre, sachez que le logiciel d'anonymisation des données du Dr RUIZ n'est pas bloquant pour l'export (nous restons bien sûr à votre disposition pour tout problème d'anonymisation que vous rencontreriez avec ce logiciel).

Pour conclure, le format d'export aux tutelles du recueil 2003 reste le même.

Il vous est donc demandé de conserver les colonnes (Nature du transport médicalisé, Type de prise en charge GPU, Comorbidité, Facteur aggravants,...) dans le fichier d'export. Ces champs seront alors simplement laissés à blancs en cas de simplification.

# O.R.U. MIP

***Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées***

*Hôtel Dieu St Jacques  
2 rue Viguerie – TSA 80035  
31059 Toulouse Cedex 09*

*Tel : 05-61-77-87-43  
Fax : 05-61-77-87-26  
Mail : [oru-mip@chu-toulouse.fr](mailto:oru-mip@chu-toulouse.fr)*