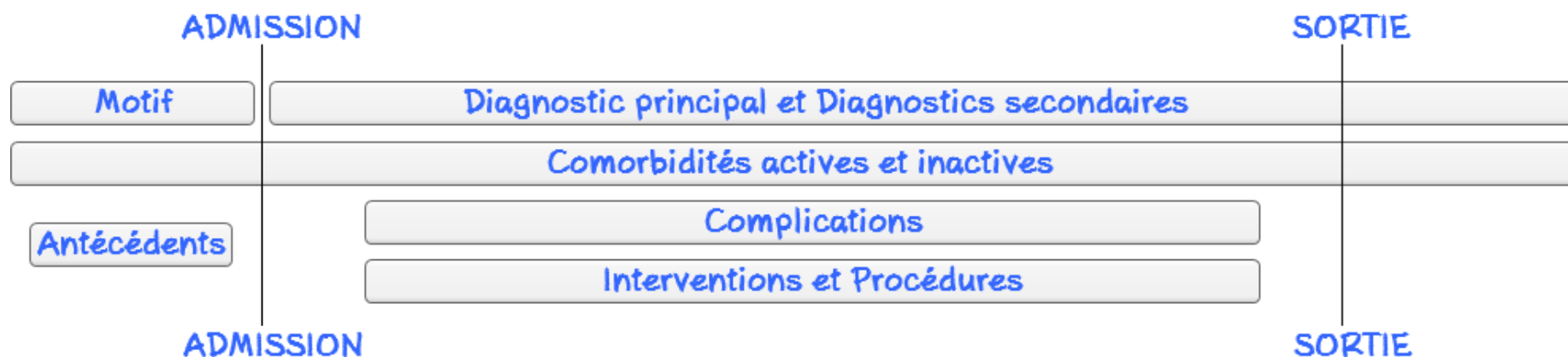


Dans un paragraphe obligatoire, s'il n'y a rien à signaler, écrire :

- « aucun » : lorsque la question a été posée et qu'il n'y a pas d'information médicale utile
- « non documenté » : si l'information est inconnue, mais possiblement existante

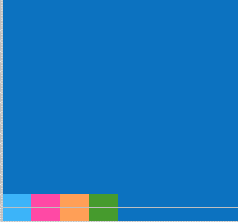
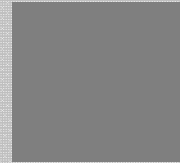
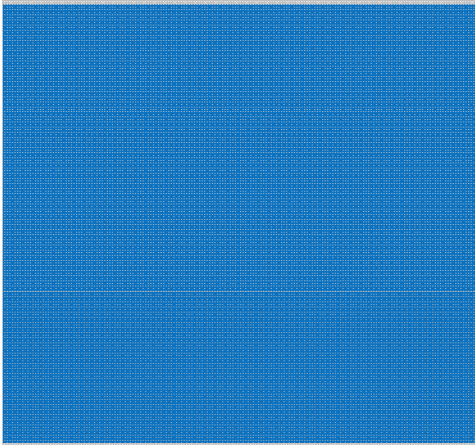
Paragraphe	Avis de sortie	Lettre de sortie	Lettre de décès
Motif d'hospitalisation	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Diagnostic principal	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Diagnostics secondaires	non obligatoire	obligatoire	obligatoire
Complications	non obligatoire	obligatoire	obligatoire
Comorbidités actives		obligatoire	obligatoire
Comorbidités inactives		si non documenté, peut être supprimé	
Antécédents personnels pertinents		si non documenté, peut être supprimé	
Anamnèse actuelle et status d'entrée		si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Interventions chirurgicales	non obligatoire	si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Interventions et procédures non chirurgicales		si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Diagnostic anatomo-pathologique		si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Evolution, discussion et prise en charge des différents problèmes		obligatoire	obligatoire
Traitement prescrit à la sortie	obligatoire	obligatoire	
Suivi à la sortie	obligatoire	obligatoire	
Arrêt de travail / certificats établis		si non documenté, peut être supprimé	



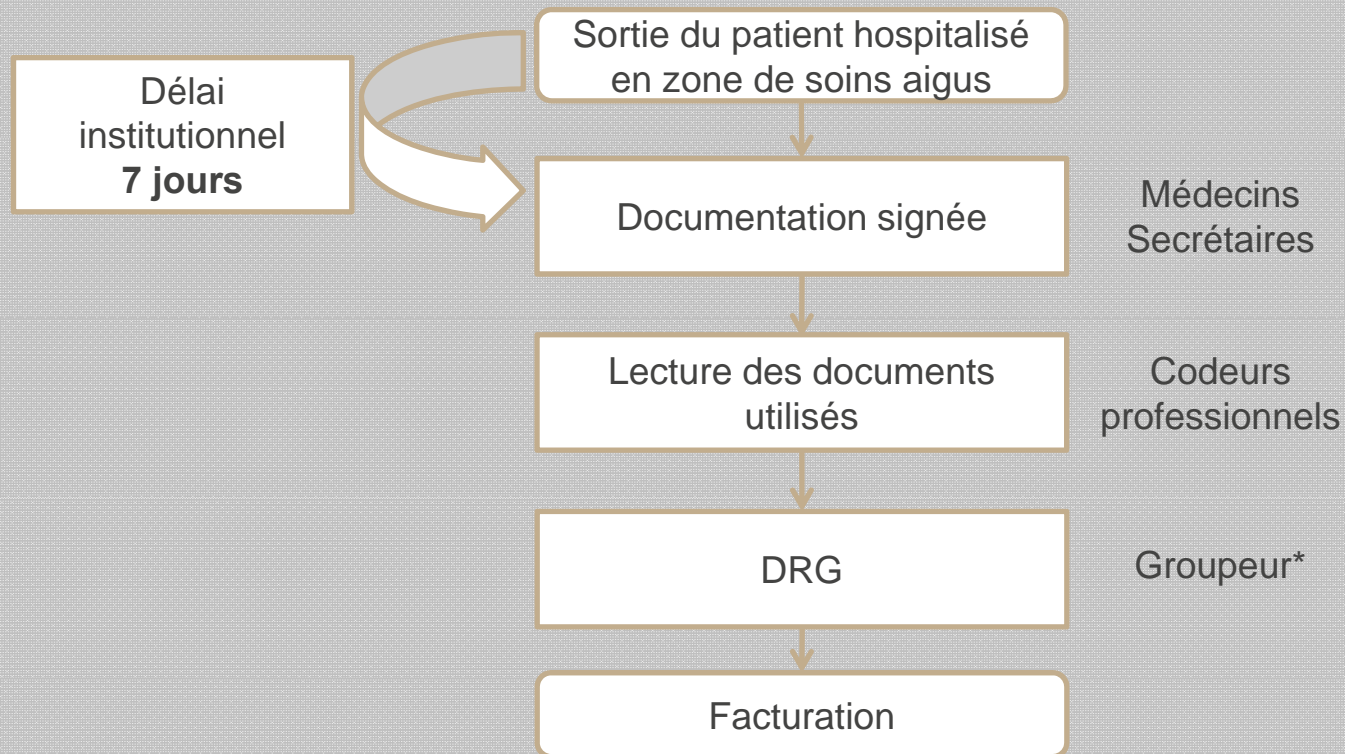
Paragraphes	Définitions OFS	Points importants
Motif d'hospitalisation	Facteur ayant influencé le recours aux services de santé	Toujours indiquer si le motif est une complication d'un séjour hospitalier précédent
Diagnostic principal	Affection qui, au terme du séjour, est considérée comme ayant essentiellement justifié le traitement ou les examens prescrits	<u>Problème ayant engagé le plus de ressources médicales</u> ; peut être différent du motif d'hospitalisation
Diagnostics secondaires	Affection ou lésion, concomitante au diagnostic principal, qui apparaît pendant le séjour et influence la prise en charge	
Complications	Affection ou problème après un acte à visée diagnostique et/ou thérapeutique considéré comme inattendu et influençant la prise en charge	C'est un problème survenu après l'admission
Comorbidités actives	Affection ou lésion, concomitante aux diagnostics, qui était connue avant le séjour et a donné lieu à une prise en charge	La prise en charge sera détaillée dans la discussion
Comorbidités inactives	Affection ou une lésion, concomitante aux diagnostics, qui était connue avant le séjour et n'a pas donné lieu à une prise en charge	
Antécédents personnels pertinents	Affection survenue dans le passé mais qui ne concerne pas le séjour actuel	Dans le cas d'une tumeur, préciser son status
Interventions et procédures	Acte à visée diagnostique et/ou thérapeutique réalisés pendant le séjour	Toujours préciser la date, l'heure et la latéralité

Documentation clinique

Mars 2013



Processus et acteurs – zone de soins aigus



Objectifs

LA LETTRE DE SORTIE REFLETE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE VOS PATIENTS ET VALORISE VOTRE TRAVAIL

- TRANSMISSION de l'information entre les services et les médecins traitants
- Rendre plus efficient le processus de CODAGE DRG et de la FACTURATION
tout en répondant aux exigences de l'Office Fédéral de la Santé (OFS)
- Améliorer l'IMAGE des HUG auprès
 - des médecins traitants
 - des autres hôpitaux
 - des assurances
 - de l'OFS par le résultat de l'audit des réviseurs externes

Documents génériques

AVIS DE SORTIE

- Le patient quitte les HUG avec son avis de sortie
- Les paragraphes remplis seront automatiquement exportés dans la lettre de sortie / décès

LETTRE DE SORTIE / DECES

- Socle Minimal Commun

Socle Minimal Commun

Paragrophes	Avis de sortie	Lettre de sortie	Lettre de décès
Motif d'hospitalisation	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Diagnostic principal	obligatoire	obligatoire	obligatoire
Diagnostics secondaires	non obligatoire	obligatoire	obligatoire
Complications	non obligatoire	obligatoire	obligatoire
Comorbidités actives		obligatoire	obligatoire
Comorbidités inactives		si non documenté, peut être supprimé	
Antécédents personnels pertinents		si non documenté, peut être supprimé	
Anamnèse actuelle et status d'entrée		si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Interventions chirurgicales	non obligatoire	si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Interventions et procédures non chirurgicales		si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Diagnostic anatomo-pathologique		si non documenté, peut être supprimé	si non documenté, peut être supprimé
Evolution, discussion et prise en charge des différents problèmes		obligatoire	obligatoire
Traitement prescrit à la sortie	obligatoire	obligatoire	
Suivi à la sortie	obligatoire	obligatoire	
Arrêt de travail / certificats établis		si non documenté, peut être supprimé	

Règles générales

- Eviter les abréviations

- Préciser**
 - la latéralité** dans les diagnostics et les interventions qui le requièrent
 - le status pour les tumeurs** : active, en rémission
 - si le séjour actuel est une complication d'un précédent séjour**

- Dans un paragraphe obligatoire, s'il n'y a rien à signaler, écrire
 - « **aucun** » : lorsque la question a été posée et qu'il n'y a pas d'information médicale utile
 - « **non documenté** » : si l'information est inconnue, mais possiblement existante

Motif d'hospitalisation

RAISON A L'ORIGINE DE L'HOSPITALISATION ACTUELLE

Vient pour ... 1 cause, 1 symptôme

ex. : accident de la circulation, baisse de l'état général, douleurs rétrosternales, épigastralgies

Hospitalisation planifiée = prise en charge électorive d'une affection connue, traitement en cours (maladies / soins chroniques)

ex. : ablation de matériel d'ostéosynthèse, bilan post-greffe, chimiothérapie



différent du diagnostic principal

Diagnostic principal

AFFECTION QUI, AU TERME DU TRAITEMENT, EST CONSIDEREE
COMME AYANT ESSENTIELLEMENT JUSTIFIE LE TRAITEMENT OU LES
EXAMENS PRESCRITS

ex. : douleurs abdominales – suspicion de colite ⇒ appendicite aiguë (opérée)
douleurs rétrosternales – suspicion de syndrome coronarien aigu ⇒ dissection
aortique

Il ne peut y avoir qu'1 seul diagnostic principal, mais celui-ci peut être détaillé
en sous-rubriques pour les pathologies complexes

ex. : polytraumatisme incluant : traumatisme crânio-cérébral, fracture du bras,
pneumothorax, diabète insulino-dépendant avec : rétinopathie, néphropathie

Pas de diagnostic principal ⇒ symptôme le plus important

Suspicion confirmée : diagnostic posé après investigations ⇒ mentionner le diagnostic

Suspicion non confirmée : diagnostic exclu ⇒ mise en observation pour suspicion de ...

Maladie chronique ⇒ distinguer phase aiguë / complication

ex. : bronchite aiguë sur bronchopneumopathie chronique obstructive

Diagnostics secondaires

DIAGNOSTICS POSES LORS DU SEJOUR MAIS QUI NE SONT PAS A L'ORIGINE DIRECTE DE L'ADMISSION

Autres affections actives présente à l'admission

ex. : hospitalisation pour iléus grêle et présence à l'admission d'une insuffisance rénale aiguë

Affections diagnostiquées pendant le séjour

ex. : hospitalisation pour bronchopneumonie et mise en évidence lors du séjour d'une hyperthyroïdie

Complications

DIAGNOSTICS OU PROBLEMES SURVENUS APRES L'ADMISSION
CONSIDERES COMME « INATTENDUS »

Complications chirurgicales – liées à l'acte
ex. : fuite anastomotique ➡ reprise chirurgicale

Complications médicales – non liées à l'acte
ex. : acutisation d'une insuffisance rénale chronique

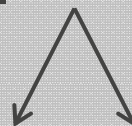
Complications anesthésiques
ex. : laryngite post-intubation traitée, polynévrite (position opératoire) investiguée en Neurologie

Affections nosocomiales
ex. : MRSA, pneumonie nosocomiale

**Décrire explicitement la prise en charge dans
« Evolution, discussion et prise en charge des différents problèmes »**

Comorbidités actives et inactives

DIAGNOSTICS OU PROBLEMES PRESENTS ET CONNUS AVANT
L'HOSPITALISATION ACTUELLE



ACTIVES

ont une influence directe ou indirecte sur la prise en charge (donc les coûts) durant l'hospitalisation actuelle

Demande un effort thérapeutique supplémentaire, une réflexion de la stratégie de prise en charge, un changement de traitement, consultation par un spécialiste

Décrire explicitement la prise en charge dans « Evolution, discussion et prise en charge des différents problèmes »

Peut faire changer le SwissDRG et donc le montant de la facture

INACTIVES

n'ont aucune influence directe ou indirecte sur la prise en charge (donc les coûts) durant l'hospitalisation actuelle

Mentionnées pour mémoire, traitement habituel non modifié, comorbidités non investiguées

Antécédents personnels pertinents

DIAGNOSTICS, INTERVENTIONS OU PROBLEMES QUI ONT TOUCHE LE PATIENT ET QUI NE SONT PLUS PRESENTS A L'ADMISSION, « QUI SONT TERMINES »

Pathologie traitée, terminée pertinente

ex.: patient hospitalisé en cardiologie pour une insuffisance cardiaque : status post-thrombose veineuse profonde en 2004

Tous les antécédents de tumeurs doivent être mentionnés

ex. : en rémission depuis... / tumeur réséquée en ...

Tout ce qui commence par « status post- »



« status post- » ne s'utilise pas pour une procédure effectuée durant la même hospitalisation (1 seul EdS) même si le patient passe dans plusieurs services

Anamnèse actuelle et status d'entrée

HISTOIRE DE L'AFFECTION OU DU TRAUMATISME AYANT ENTRAINE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE, TELLE QUE RELATEE PAR LE PATIENT OU UN TIERS, ET RESUME DE L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT A L'ADMISSION

Mentionner ce qui est pertinent et éviter les « pas de... », sauf si c'est important dans le tableau clinique, par exemple

- Mode d'admission** (urgent, planifié, transfert de...)
- Symptômes, accident** (type et date)
- Investigations ou gestes pratiqués avant l'hospitalisation**

Interventions et procédures

Préciser la date de l'acte ou de la procédure, la date et le nombre de culots de dérivés sanguins administrés, la date des dialyses

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Actes et procédures chirurgicaux

Spécifique aux services de chirurgie - mettre le résultat anatomopathologique de la pièce ou du prélèvement peropératoire sous le paragraphe « Diagnostic anatomo-pathologique »

INTERVENTIONS ET PROCEDURES NON CHIRURGICALES

Actes et procédures non chirurgicaux

ex. : radiologie interventionnelle, polypectomie sous coloscopie, cardiologie interventionnelle, traitements endoscopiques, chimiothérapie, médicaments coûteux, antibiothérapie iv, procédure invasive, transfusion, sonde urinaire, plâtre

Evolution, discussion et prise en charge des différents problèmes

RESUME SYNTHETIQUE DES REFLEXIONS MEDICALES AU SUJET DU PATIENT INCLUANT

❑ PRISE EN CHARGE ET L'EVOLUTION AUX URGENCES

Le 1^{er} service qui suit immédiatement le passage aux Urgences documente ce passage – y compris les diagnostics posés et résolus ainsi que les actes faits (ex. : suture de plaie)

Mentionner si prise en charge par le cardiomobile des HUG et les gestes effectués (ex. : réanimation cardio-respiratoire, intubation, etc.)

❑ DESCRIPTION CHRONOLOGIQUE PAR PROBLEME DE LA SITUATION DE SANTE ET DE SON EVOLUTION LORS DE L'HOSPITALISATION

La conclusion des investigations, les suites postopératoires

Evolution, discussion et prise en charge des différents problèmes

- ❑ PRISE EN CHARGE DE SES DIFFERENTS PROBLEMES MEDICAUX ET/OU SOCIAUX

Les complications survenues après l'admission, les comorbidités actives prises en charge durant le séjour

Préciser la date à partir de laquelle le patient est en attente de transfert dans un lieu de convalescence

- ❑ PROPOSITIONS AU SUJET DE SA PRISE EN CHARGE APRES LE SEJOUR

ex. : réhospitalisation planifiée

Traitement prescrit à la sortie

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ET/OU NON MEDICAMENTEUX
PRESCRIT AU PATIENT AU MOMENT DE SA SORTIE ET QU'IL DEVRA
SUIVRE APRES SON HOSPITALISATION

Diffère du traitement habituel prescrit par le médecin traitant et que le patient prenait avant l'hospitalisation actuelle

Médicamenteux – ordonnance de sortie

Non médicamenteux

ex. : physiothérapie, moyens auxiliaires, soins à domicile

Suivi après la sortie

CONTROLES, CONSULTATIONS, COLLOQUES PLURIDISCIPLINAIRES
PREVUS OU A PREVOIR APRES L'HOSPITALISATION ACTUELLE.
DEFINIR QUI EST RESPONSABLE, DU MEDECIN HOSPITALIER OU DU
MEDECIN TRAITANT ET DE QUOI

ex. : ablation des fils à J10 à la Policlinique, sera revu à la consultation du Dr X le
03/10/2011, le cas sera discuté au Tumorboard du 07/11/2011, le rapport vous
parviendra directement

Recommandations au médecin traitant pour la suite de la prise en charge
ex. : contrôle de l'INR dans 8 jours, coloscopie de contrôle dans 3 mois

Recommandations délivrées au patient pour améliorer ou stabiliser son état
ex. : port d'une ceinture abdominale pendant 2 mois, ne pas faire de
sport pendant 3 mois

Arrêt de travail / Certificats établis

TOUTE IMPOSSIBILITE (PARTIELLE/TOTALE) A FOURNIR UNE ACTIVITE LIEE A LA SITUATION DE SANTE DU PATIENT A SA SORTIE ET DEFINIE PAR LE MEDECIN

Préciser

- Type (travail, école, sport, conduite automobile)
- Pourcentage
- Date de début (1^{er} jour à l'hôpital)
- Date de fin (inclus le dernier jour non travaillé / à réévaluer par le médecin traitant)
- Nature (maladie, accident, AI)

Points d'attention

- DIAGNOSTICS ASSOCIATIFS INCONTOURNABLES
- PRISE EN CHARGE MULTIMODALE
- BIEN DOCUMENTE = BIEN REMBOURSE
- RATTACHER LES DOCUMENTS AU BON PASSAGE = BONNE VISIBILITE
- CORRECTION / SUPPRESSION D'UN DOCUMENT
- DOCUMENTATION NECESSAIRE AU CODAGE
- OU TROUVER DES INFORMATIONS ?

Diagnostics associatifs incontournables

G8200	Paraplégie flasque: Paraplégie complète aiguë d'origine non traumatique
G8201	Paraplégie flasque: Paraplégie incomplète aiguë d'origine non traumatique
G8210	Paraplégie spastique: Paraplégie complète aiguë d'origine non traumatique
G8211	Paraplégie spastique: Paraplégie incomplète aiguë d'origine non traumatique
G8220	Paraplégie, sans précision: Paraplégie complète aiguë d'origine non traumatique
G8221	Paraplégie, sans précision: Paraplégie incomplète aiguë d'origine non traumatique
G8230	Tétraplégie flasque: Paraplégie complète aiguë d'origine non traumatique
G8231	Tétraplégie flasque: Paraplégie incomplète aiguë d'origine non traumatique
G8240	Tétraplégie spastique: Paraplégie complète aiguë d'origine non traumatique
G8241	Tétraplégie spastique: Paraplégie incomplète aiguë d'origine non traumatique
G8250	Tétraplégie, sans précision: Paraplégie complète aiguë d'origine non traumatique
G8251	Tétraplégie, sans précision: Paraplégie incomplète aiguë d'origine non traumatique
P1150	Lésion du rachis et de la moelle épinière due à un traumatisme obstétrical: Avec paraplégie aiguë
P1159	Lésion du rachis et de la moelle épinière due à un traumatisme obstétrical: Non précisé
S140	Commotion et oedème de la moelle cervicale
S1410	Lésion de la moelle cervicale, SAI
S1411	Lésion transversale complète de la moelle cervicale
S1412	Lésion centrale de la moelle cervicale (lésion transversale incomplète)
S1413	Autres lésions transversales incomplètes de la moelle cervicale
S240	Commotion et oedème de la moelle dorsale
S2410	Lésion médullaire dorsale sans autre précision
S2411	Lésion transversale complète de la moelle dorsale
S2412	Lésion centrale de la moelle dorsale (lésion transversale incomplète)
S340	Commotion et oedème de la moelle lombaire [cône médullaire]
S3410	Lésion transversale complète de la moelle lombaire
S3411	Lésion transversale incomplète de la moelle lombaire
S3418	Autre lésion de la moelle lombaire
S3430	Syndrome traumatique complet de la queue de cheval
S3431	Syndrome traumatique incomplet de la queue de cheval
S3438	Lésion autre et non précisée de la queue de cheval
T060	Lésions traumatiques du cerveau et des nerfs crâniens avec lésions traumatiques des nerfs et de la moelle épinière au niveau du cou
T061	Lésions traumatiques des nerfs et de la moelle épinière de plusieurs autres parties du corps
T093	Lésion traumatique de la moelle épinière, niveau non précisé



Prise en charge multimodale

Création document | Documents disponibles | Les documents en cours de rédaction | Mes Documents créés

Sélectionner le passage patient *

▼	N° 11170848	du 07/01/2009 au 01/12/2009	[i]
●	07/01/2009	SRV-M	N-CS /
▶	N° 11152733	du 18/12/2008 au 18/12/2008	[i]
▶	N° 11151484	du 17/12/2008 au 17/12/2008	[i]
▶	N° 10097486	du 03/03/2006 au 31/12/2006	[i]
▶	N° 1459418	du 11/12/2000 au 31/12/2004	[i]

Sélectionner le type de document service médical DTC

- ▶ Documents génériques
- ▶ Service d'anesthésiologie
- ▶ Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition
- ▼ Swiss DRG - codes complexes
 - Douleur - Diagnostic interventionnel étendu des douleurs avec surveillance instrumentale et contrôle standardisé des résultats (93.A0.11)
 - Douleur - Evaluation en médecine palliative : screening multidimensionnel (93.8A.11)
 - Douleur - Evaluation en médecine palliative: examen de base de standardisé (PBA) (93.8A.12)
 - Douleur - Traitement complexe de médecine palliative (93.8A.2)
 - Douleur - Traitement complexe des douleurs aiguës (93.A3.2)
 - Douleur - Traitement de douleurs aiguës (93.A3.1)
 - Douleur - Traitement multimodal de la douleur (93.A2)
 - Douleur - Traitement multimodal de la douleur, de brève durée (93.A1)
 - Médecine - Instruction du patient lors de diabète sucré nouvellement diagnostiqué ou décompensé (00.95.2)
 - Médecine - Traitement complexe multimodal du diabète sucré (99.B5.3)
 - Médecine - Traitement interdisciplinaire de complications du pied diabétique (99.B5.4)
 - Médecine - Traitement complexe de cirrhose du foie (99.B1)
 - Médecine - Traitement nutritionnel multimodal (89.0A.4)
 - Neurologie - Examen de l'opérabilité de troubles moteurs (89.15.41)
 - Neurologie - Réglage par le neurologue des paramètres de stimulation (89.1A)
 - Neurologie - Diagnostic complexe avant stimulation cérébrale profonde (89.15.90)
 - Neurologie - Monitoring-encéphalographique par vidéo et radio-téléme...

* liste des passages depuis le 01/01/2001

1 2 3 4 créer

PdG PP R P NdS F Lab Doc+ Doc Img RD EC DI RAD E VCS TC SV AD PV AS re

Bien documenté = bien remboursé

Nombre de points = cost-weight (CW)

Index de lourdeur de prise en charge attribué à chaque groupe de pathologie et pondéré par la durée du séjour (en dehors des bornes standards)

Valeur de point 2012 SwissDRG

Valeur de point *provisoire* édictée par le Conseil d'Etat pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le canton de Genève, soit CHF 11'233.-

Pour les résidents genevois, assurés auprès de la LAMal, ce montant est pris en charge en partie par l'assureur maladie (45%) et par la subvention cantonale (55%)

Bien documenté = bien remboursé

*Exemple : patient genevois hospitalisé en chambre commune
pour un diabète décompensé chez qui on découvre une bronchopneumonie*

- Diabète non insulino-dépendant → **Diagnostic principal**

DRG K60F

Diabète sucré, âge > 10 ans, sans CC extrêmement sévères ou sévères, sans complications multiples, sans cétoacidose, sans traitement multimodal complexe pour diabète sucré

CW : 0.68

3'437.- CHF

- Diabète non insulino-dépendant → **Diagnostic principal**

- Broncho-pneumopathie → **Diagnostic secondaire**

DRG K60E

Diabète sucré avec CC sévères ou complications multiples ou cétoacidose, âge > 15 ans

CW : 0.976

4'934.- CHF

Exemple : patient genevois hospitalisé en chambre commune pour un ictère

- Tumeur maligne : canal extra-hépatique → **Diagnostic principal**
- Angiocholite → **Complication**

DRG H61B

Néoplasme maligne sur le système hépatobiliaire et le pancréas, un jour d'hospitalisation ou sans diagnostic complexe ou sans complication extrêmement sévères

CW : 0.851

4'302.- CHF

- Tumeur maligne : canal extra-hépatique → **Diagnostic principal**
- Angiocholite → **Complication**
- Septicémie à Pseudomonas → **Complication**
- Syndrome de réponse inflammatoire systémiques d'origine infectieuse avec complications organiques → **Complication**
- Autres insuffisances rénales aiguës → **Complication**

DRG H61A

Néoplasme maligne sur le système hépatobiliaire et le pancréas, plus d'un jour d'hospitalisation, avec diagnostic complexe, avec complication extrêmement sévères

CW : 1.358


6'865.- CHF


Rattacher les documents au bon passage = bonne visibilité

LES DOCUMENTS DOIVENT ETRE IMPERATIVEMENT RATTACHES AU BON PASSAGE DE LA TRAJECTOIRE

Lettre de sortie

- doit être rattachée à la date d'entrée du patient dans votre service

 Lorsque le patient entre par le Service des Urgences puis transféré dans votre service le séjour aux urgences (date d'entrée aux urgences à la date de transfert dans votre service) doit absolument figurer sur votre lettre

N°	du 06/08/1990 au 30/08/1990 
<input checked="" type="radio"/> 07/08/1990	CHIR-DIG / HDJ-2CL /
<input type="radio"/> 06/08/1990	SRV-SU / SUOB-US /
<input type="radio"/> 06/08/1990	SRV-SU / MAUVE /

LETTRE DE SORTIE

Monsieur _____, né le _____
Séjour du 06/08/1990 au 07/08/1990 aux urgences
Séjour du 07/08/1990 au 30/08/1990, unité HDJ-2CL

Rattacher les documents au bon passage = bonne visibilité

Compte-rendu opératoire

- doit être rattaché à la date de l'intervention

N°	du 18/01/2012 au 30/01/2012 
<input type="radio"/> 22/01/2012	SRV-CHCAR / 6-CL /
<input type="radio"/> 21/01/2012	SRV-CHCAR / RE-OPE / 6A-6-657
<input type="radio"/> 19/01/2012	SRV-SI / OPERASH-US /
<input checked="" type="radio"/> 19/01/2012	SRV-CHCAR / OP-OPE / 5A-P-320.0
<input type="radio"/> 18/01/2012	SRV-CHCAR / 6-CL /



Rapport d'examen complémentaire, de consultation spécialisée, d'intervention et procédure non chirurgicales

- doit être rattaché à l'EdS du séjour

Rattacher les documents au bon passage = bonne visibilité

- Modifier le rattachement d'un document au bon EdS

Libellé du document	Etat	EdS	Passage
Unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques Rapport de consultation	temporaire	97021671	08/02/2012 13:32 0-DL UNT-CHMAIN



TOUTES LES ERREURS DETECTEES DANS DPA DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE CORRECTION

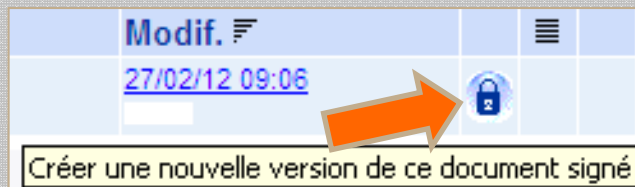
- Erreur d'attribution de service médical
- Trajectoire manquante
- Erreur de date

Envoyer un mail à dpa@hcuge.ch, après validation par un médecin ou une infirmière, ou se conformer au processus de validation et de correction de votre service s'il existe

Correction / suppression d'un document

❑ Corriger un document signé

La fonction de « dé-signature » est remplacée par la création d'une nouvelle version du document (versionning)



Une nouvelle version du document sera de nouveau accessible pour modification. Seule la dernière version sera visible dans le résumé du dossier, les anciennes seront archivées

❑ Invalider (supprimer) un document signé

Envoyer votre demande à l'adresse
direction.medicale@hcuge.ch

Documentation nécessaire au codage – liste de contrôle

The screenshot shows a web application interface for patient management. The sidebar on the left contains various navigation options, with 'Suivi de la documentation clinique' highlighted at the bottom. The main content area displays a support message dated 24/24 7/7 au 24/9/06, detailing support for clinical applications. A 'Quoi de neuf dans DPI ?' section highlights a new feature: '18.05.2011 Accès direct DPA', which allows direct access to patient administrative files. Below this, a 'Mes messages' section shows a search bar and a table header for messages.

Support 24/24 7/7 au 24/9/06
Le support aux applications cliniques peut être atteint 24/24 7/7 au :

- 24040 depuis les postes du site Cluse-Rosealie
- 37 24040 depuis les sites Hôpital des Trois Chênes, Hôpital de Bellelève, Hôpital de Loëx
- 022 37 24040 depuis les sites externes et non HUG
- par email à l'adresse support.sim@hug.ch durant les heures de bureau ou directement depuis le bouton situé en haut à droite

Quoi de neuf dans DPI ?
18.05.2011 Accès direct DPA Liste des patients dans DPI, en passant la souris sur le nom d'un patient apparaît un bouton permettant d'accéder directement au dossier administratif du patient

Mes messages
Nouveau répondre répondre à tous archiver Envoyer/Recevoir Action

Rechercher

Courrier entrant Envoyés Messages en attente

objet	expéditeur	patient	date
-------	------------	---------	------

Site intranet

29.08.2012 16:20

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

applications cliniques

support 24040 ou 372 4040

Modules Médicaux | Moc... | firmiers | Modules Spécialisés | Itinéraires cliniques | Références | Formation | Administration

.DPI | Documenta... | Gestion des droits d'accès | Portail d'UpLoad

LE SYSTÈME D'INFORMATION EST OPÉRATIONNEL

Accès aux documents temporaires

Recherche : Tapez un mot

Annuaire : Tapez un nom

Bienvenue sur l'INTRAhug

Accès personnalisé

Login:

Password:

Palette de liens

Liens "De tous les jours"

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

ACCUEIL | HUG INSTITUTIONNEL | HUG PRATIQUE | TRAVAILLER AUX HUG | OUTILS & DOCUMENTS | URGENCES & SECURITE

Les incontournables

- Annuaire
- Formulaires
- HUGO
- Organigramme
- DRH
- Documentation clinique
- Techniques de soins
- Déclaration d'incident
- Applications HUG
- Mobilhug

Gros plan sur...

Nouvelles publications :

- "Au coeur des HUG"
- "Les HUG en bref"

Actus/Flashes

- 20.09.2012 | 10e journée genevoise d'addictologie
- Août 2012 | Vélos en libre service : extension de la flotte
- 17.07-16.08.2012 | Ateliers d'initiation au Qi Gong !
- 25.08.2012 | Participez à la « Race against cancer 2012 » à Lucerne
- 29.08.2012 | Séminaire d'information sur les activités humanitaires
- 29.08.2012 | JADE : 10 ans et plus à l'occasion

Accès personnalisé

Login:

Password: