

**MINISTERE DE LA SANTE**

-----

**SECRETARIAT GENERAL**

**CELLULE DE PLANIFICATION ET  
DE STATISTIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

-----

**Un Peuple - Un But - Une Foi**

# **SUPPORTS DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER**

## **DESCRIPTION ET GUIDE D'UTILISATION**

# Description des supports de recueil de données de l'hôpital

## INTRODUCTION

Le système d'information hospitalier doit permettre d'atteindre les objectifs suivants :

- Fournir les informations nécessaires aux chefs de service afin d'analyser leur activité, de mesurer la performance de leur service et de formuler des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des patients dans leur service.
- Fournir les bases nécessaires pour l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital
- Permettre aux gestionnaires de l'hôpital de suivre le fonctionnement de l'hôpital, d'évaluer ses besoins et de planifier son développement. Il doit leur permettre d'effectuer des choix et d'établir des priorités dans l'allocation des ressources aux différents services de l'établissement. Il doit leur permettre de maîtriser tous les aspects liés à la facturation et au recouvrement des coûts.
- Fournir aux services centraux les informations utiles au suivi du fonctionnement des hôpitaux du pays et à la planification du développement des services de soins au niveau du pays
- Permettre de disposer de données pour la recherche médicale et l'enseignement de la médecine.

Pour remplir son rôle, le SIH doit être composé d'un certain nombre de constituants qui sont :

- Les outils de collecte de données : registres regroupant des données individuelles selon un ordre chronologique : registres du bureau des entrées, registres d'hospitalisation, registre de consultation, registres des services médico techniques, protocole opératoire.
- Les tableaux de bords des services qui reflètent l'évolution de quelques indicateurs au cours du temps.
- Le dossier du malade qui comporte toutes les informations médicales sur chaque patient.
- Les rapports transmis à la direction de l'hôpital (mensuels internes) et les rapports transmis au niveau central (rapport trimestriel).

*NB : Les supports comptables ne seront pas traités ici. En effet, dans le cadre de la réforme hospitalière en cours, l'ensemble de la comptabilité hospitalière doit être revu et les supports adaptés. Il n'est donc pas souhaitable actuellement d'envisager des modifications ou adaptations de ces supports.*

## DESCRIPTION DES SUPPORTS ET PROCEDURES

### LE BUREAU DES ENTREES

Le bureau des entrées est la pièce maîtresse du système d'information hospitalier. Si la taille et l'activité de l'hôpital l'exige, une permanence doit être assurée 24h/24. Tout patient venant à l'hôpital pour une consultation, un examen ou une hospitalisation doit obligatoirement transiter par le BE, qu'il soit payant ou non payant, afin d'y être enregistré.

Le bureau des entrées, outre le guichet d'enregistrement comprend également la caisse où s'effectuent tous les paiements des actes pratiqués dans l'hôpital. Le service de statistiques de l'hôpital est également rattaché au BE.

Il est recommandé que le bureau d'enregistrement et la caisse soient situés dans deux sites distincts pour éviter que seuls ne soient enregistrés les malades payants.

Procédure concernant le circuit du malade :

1/ Le patient vient pour une consultation externe ou un examen paraclinique, qu'il soit référé ou non : après avoir pris le rendez vous pour la consultation ou l'examen, il se présente le jour de l'examen au BE où il est enregistré dans le registre des prestations externes. Il va ensuite à la caisse où il s'acquitte des frais et reçoit sa quittance. Il peut ensuite se présenter pour la prestation muni de la prescription et de la quittance.

A l'issue de la consultation, si une hospitalisation doit être prononcée, le médecin rédige une demande d'hospitalisation avec laquelle le patient se présente au BE le jour de l'hospitalisation. Il est alors enregistré dans le registre des admissions et un billet d'hôpital lui est remis. Il va alors au guichet pour s'acquitter de la provision et se rend ensuite dans le service, muni de son billet d'hôpital.

2/ Si le patient est référé pour hospitalisation ou s'il arrive en urgence, il est reçu par le service des urgences où il est consulté avant d'être admis dans le service. La même procédure d'enregistrement est appliquée.

3/ A sa sortie, le patient se présente muni de la partie administrative de son billet d'hôpital au bureau des entrées où sa sortie est enregistrée dans le registre des admissions et le nombre de JH calculé. Il se présente ensuite à la caisse pour régler le solde de ses frais de séjour. Une quittance du trésor lui est alors remise. Une fois la saisie informatique des données du billet d'hôpital faite, il est archivé au niveau du BE.

La partie médicale du BH est transmise le lendemain de la sortie du patient au plus tard par le major de pavillon au BE pour la saisie informatique du résumé médical.

Les documents concernés par le bureau des entrées sont les suivants :

## 1/ LE REGISTRE DES ADMISSIONS

Tous les patients hospitalisés doivent y être enregistrés. Ce registre constitue une pièce essentielle de contrôle de la gestion hospitalière. Il doit être tenu dans tous les hôpitaux. A partir des données de ce service, le BE sera amené à effectuer des contrôles dans les services d'hospitalisation afin de vérifier que tous les malades présents dans l'hôpital sont effectivement passés par le BE.

Utilité : Etablissement des pièces comptables, Statistiques d'utilisation de l'hôpital, Utilité médico-légale.

Contenu

Date

N° admission : AA/----- (l'année suivie d'un numéro d'ordre) : Ce numéro unique pour une hospitalisation sera reporté sur le billet d'hôpital, le dossier du malade et toutes les demandes d'examen ou prescriptions durant l'hospitalisation du patient.

N° patient : numéro unique pour un patient (reproduit sur une carte remise au patient et devant être présenté à chaque nouvelle hospitalisation). L'utilisation de ce numéro unique par patient permettra de suivre le patient au fil de ses consultations et hospitalisations à l'hôpital.

Nom et prénom

Sexe

Age

Résidence habituelle : adresse habituelle du patient

Statut : P=payant, DT=demi-tarif, G=gratuité totale, TP=tiers payant

Date entrée

Service

Catégorie : 1, 2, 3, 4 et VIP

Date transfert1 : en cas de transfert interne vers un autre service

Service : nom du service pour le premier transfert

Catégorie : catégorie de la chambre dans le service de transfert

Date transfert 2 : en cas de second transfert interne

Service : nom du service du second transfert

Catégorie : catégorie de la chambre dans ce service

Date sortie : date de sortie de l'hôpital

Nombre de JH : date de sortie – date d'entrée (le jour de l'entrée est compté, le jour de la sortie n'est pas compté). Si entrée et sortie le même jour, JH = 0.

Type de sortie : 1=normale (sur avis médical, quel que soit l'état du patient), 2=référé vers une autre structure, 3= décédé, 4=abandon (sortie contre avis médical ou "évasion")

## REGISTRE DES ADMISSIONS – Bureau des entrées

N° Hospitalisation	N° patient	Nom et prénom	Age	Sexe	Résidence habituelle	Statut	Date entrée	Service	Catégorie	Date transfert1	Service	catégorie	Date transfert2	service	catégorie	Date de sortie	Nombre de JH

N° d'hospitalisation : année/numéro d'ordre

N° patient : numéro unique pour 1 patient. Il doit être reporté sur une carte remise au patient et présentée à chaque contact avec l'hôpital.

Statut : P = payant, G = gratuité totale, DT = demi tarif, TP = tiers payant

Catégorie = catégorie de la chambre

Nombre de JH = date de sortie – date d'entrée

## 2/ LE REGISTRE DES PRESTATIONS EXTERNES :

Registre regroupant tous les actes réalisés pour les patients externes. Document à utilité statistique et comptable (recoupement avec les encaissements).

Contenu :

Date

N° patient

Nom et prénom

Prestation demandée (consultation, radio, labo, échographie...)

## REGISTRE DES PRESTATIONS EXTERNES – Bureau des entrées

DATE	N° d'ordre	N° patient	Nom et prénom	Statut	Consultation externe (indiquer le service)	Laboratoire (type d'examen)	Radiologie (type d'examen)	Cabinet dentaire (type de prestation)

N° patient : numéro unique pour 1 patient. Il doit être reporté sur une carte remise au patient et présentée à chaque contact avec l'hôpital.

Statut : P = payant, G = gratuité totale, DT = demi tarif, TP = tiers payant

#### 4/ LE BILLET D'HOPITAL

Tout patient devant être hospitalisé doit se présenter au BE avec une demande d'hospitalisation rédigée par le médecin qui décide d'admettre le patient. A la présentation de cette demande d'hospitalisation, le patient est inscrit dans le registre des admissions et un billet d'hôpital est rempli. Le billet d'hôpital comporte deux volets :

La partie administrative : données d'identification du patient, numéro de patient, numéro d'hospitalisation, données permettant la facturation des frais d'hospitalisation.

La partie médicale : "résumé" d'hospitalisation rempli par le service lors de la sortie du patient.

Les deux parties du billet d'hôpital suivent le patient pendant toute la durée de son hospitalisation. A sa sortie, le patient ou sa famille remet la partie administrative du document au BE pour le calcul des frais d'hospitalisation.

La partie médicale est remplie par le médecin qui prononce la sortie et est renvoyée par le responsable de l'unité de soin au BE le lendemain de la sortie au plus tard.

Dans la perspective de l'informatisation future des BE, la partie médicale du billet d'hôpital ne comporte pas de données d'identification nominatives mais seulement le numéro d'hospitalisation dans le but d'assurer le respect du secret médical. Les données médicales pourront alors être saisies séparément et serviront aux statistiques médicales des hospitalisations.



## LES SERVICES DE CONSULTATIONS

### 1/ REGISTRE DE CONSULTATION

Il doit se trouver au niveau de toutes les consultations externes de l'hôpital, ainsi qu'au niveau des salles de garde et d'urgence.

Tout patient arrivant à l'hôpital, qu'il soit référé ou non, doit transiter par une consultation ou par les urgences ou la garde. Son inscription dans le registre est obligatoire. L'utilisation de registres standardisés, y compris au niveau des services de garde, facilite l'exploitation des données d'activités.

Utilité :

Statistiques d'utilisation de l'hôpital, Utilité médico-légale, données épidémiologiques.

Contenu :

Données d'identification : nom, adresse, âge, sexe, profession

Référé par (lui-même, Cscm, Csref, HR, HN, cabinet privé, clinique privée). Ne sont considérés comme référés que les patients pouvant présenter une lettre de référence.

Diagnostic

Suivi (traitement ambulatoire, hospitalisation, référence vers une autre structure)

### 2/ FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN

Demande d'examen complémentaire comportant l'identification du patient, le type d'examen demandé, le nom du médecin prescripteur et le service, la date, la signature du médecin et un espace pour les résultats de l'examen.

### 3/ DEMANDE D'HOSPITALISATION

Remplie par le médecin qui prononce l'admission du patient. Elle est remise au BE qui enregistre alors le patient et établit le billet d'hôpital. Elle comporte le nom du médecin demandant l'admission, le pavillon où sera admis le patient, la date prévue de l'admission, le nom et prénom du patient, la date, la signature du médecin. La demande d'hospitalisation ne doit pas comporter pas de données médicales (diagnostic d'admission) car il s'agit d'un document à usage administratif. Le diagnostic d'entrée du patient est porté sur le dossier du malade.

## REGISTRE DES CONSULTATIONS EXTERNES

N° ordre	Nom et prénom	Résidence habituelle	Age	Sexe	Référence	Profession	Consultations		Diagnostic	Traitement	Suivi
							N	A			

Codage référence : 1 = non référé    2 = Cscm    3 = Csref    4 = HR    5 = HN    6 = cabinet med privé    7 = Cabinet soins privé    8 = Clinique privée  
 Suivi : ambulatoire = A + date RDV éventuel, hospitalisé = H + nom du service , référé vers = R + structure de référence

## LES SERVICES D'HOSPITALISATION

### 1/ REGISTRE D'HOSPITALISATION

Un registre doit exister dans chaque unité de soin. Tout patient admis en hospitalisation doit être inscrit dans ce registre le jour de son admission. Lors de sa sortie, le registre doit être complété par la date de sortie, le calcul des journées d'hospitalisation, le diagnostic de sortie et les observations éventuelles.

Utilité : Statistiques d'hospitalisation et usage médico-légal. Les données du registre d'hospitalisation peuvent être recoupées avec les données du BE.

Contenu :

Date, N° hospitalisation

Données d'identification : nom, adresse, âge, sexe

Référé par (lui-même, Cscm, Csref, HR, HN, cabinet privé, clinique privée). Ne sont considérés comme référés que les patients pouvant présenter une lettre de référence.

Diagnostic, examen prescrits en cours d'hospitalisation, traitement

Type de sortie (normale, référé, transféré dans un autre service, décédé, évadé)

Suivi d'hospitalisation (RDV de consultation par exemple)

## REGISTRE DES HOSPITALISES

N° ordre	Numéro Hosp	Nom et prénom	Age	Sexe	Référence	Profession	Résidence habituelle	Date entrée	Date sortie	Durée de séjour	Type de sortie	Diagnostic

Codage référence : 1 = non référé    2 = Cscm    3 = Csref    4 = HR    5 = HN    6 = cabinet med privé    7 = Cabinet soins privé    8 = Clinique privée

Type de sortie : M = sortie médicale    R = référé vers autre structure    D = décédé    Tf = transféré vers autre service    A = abandon

## 2/ FICHE JOURNALIERE D'ACTIVITE

Cette fiche doit être tenue dans toutes les unités de soins et remplie quotidiennement. Elle permet une comptabilisation quotidienne des malades du service. Ces informations sont transmises chaque jour au BE pour recoupement avec les données du registre d'admissions. Elle permet un décompte exact des journées d'hospitalisation en fin de mois pour les statistiques du service.

Procédures de remplissage :

Chaque jour à la même heure, en principe le matin à la prise de service, les données concernant les entrées et sorties du jour précédent sont reportées sur la fiche journalière. Le total des présents de J-1 est ainsi obtenu. Il doit correspondre aux malades effectivement présents dans le service lors de la prise de service.

Exploitation pour l'élaboration des statistiques d'activité du service en fin de mois :

Le cumul des colonnes en fin de mois permet d'obtenir le nombre d'admissions, le nombre de sorties par type ainsi que le nombre de journées d'hospitalisation (cumul des présences quotidiennes).

**FICHE JOURNALIERE DES ACTIVITES D'HOSPITALISATION**

SERVICE : \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_

Date	EFFECTIF J-1	ENTREES			SORTIES					EFFECTIF DU JOUR
		Admiss	Transf.	Total	Normal	Transf.	Décès	Abandon	Total	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

Total du mois	ENTREES			SORTIES					Journées d'hospitalis ation
	Admiss	Transf.	Total	Normal	Transf.	Décès	Abandon	Total	

### 3/ ORDONNANCIER A 3 SOUCHES :

L'ordonnancier est utilisé pour les prescriptions aux malades hospitalisés afin qu'ils puissent se procurer les médicaments à la pharmacie de l'hôpital. Une souche reste avec le patient, une souche reste au niveau du service et une souche à la pharmacie. L'ordonnance doit comporter l'identification du patient, le service, le numéro d'hospitalisation et le nom du prescripteur.

### 4/ FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN :

Demande d'examen complémentaire comportant l'identification du patient, le statut externe ou hospitalisé, le numéro d'hospitalisation, le service et le lit, le type d'examen demandé, le nom du médecin prescripteur, la date de la demande, les informations médicales nécessaires, la date de réalisation de l'examen et le résultat.

### 5/ DOSSIER DU MALADE

Le dossier du malade est l'élément clé du système d'information hospitalier. Il doit rassembler toutes les informations médicales, techniques et administratives recueillies sur un malade au cours de son hospitalisation. Il est également le moyen de communication entre tous ceux qui participent aux soins du malade.

Si, pris individuellement, le dossier du malade est indispensable au suivi du patient, à l'action soignante et à la communication entre les soignants, pris collectivement il permettra des études épidémiologiques, l'enseignement de la médecine, des études de qualité des soins, des analyses d'activités.

#### Contenu proposé :

Données administratives : nom du service, numéro d'hospitalisation, numéro du patient, Nom et prénom, Nom d'épouse pour les femmes mariées, sexe, date de naissance, adresse, profession.

ENTREE : Date d'entrée, type d'entrée (hospitalisation programmée, référé de la consultation externe, urgence), référence (sans, Cscm, CSref, HR, HN, cabinet privé, clinique privée), nom et adresse de la personne qui réfère (à qui adresser la contre référence), statut d'hospitalisation (payant, demi-tarif, gratuit, tiers payant), catégorie

Observation à l'entrée et traitement initial

Observations médicales quotidiennes, examens paracliniques pratiqués

SORTIE : date de sortie, type de sortie (normale, référé, décès, abandon (évadé)).

Diagnostic de sortie : principal et secondaire et codage (selon CIM10 dans le futur)

Intervention chirurgicale : type d'intervention et type d'anesthésie

Suivi médical et contre référence

## LE SERVICE D'OBSTETRIQUE

### 1/ REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS (ET AVORTEMENTS)

Date, N° hospitalisation

Données d'identification : nom, adresse, âge

Référée par (elle-même, Cscm, Csref, HR, HN, cabinet privé, clinique privée). Ne sont considérés comme référés que les patientes pouvant présenter une lettre de référence.

Type accouchement (eutocique, dystocique par voie basse, césarienne, rupture utérine)

Indication de la césarienne

Avortement

Etat de l'enfant : vivant, mort-né, poids, DC avant 7j

DC maternel : cause

Toutes les parturientes doivent être enregistrées dans le registre des accouchements, y compris celles ayant eu une césarienne ou opérées en urgence pour rupture utérine. Toutes les naissances doivent également figurer dans le registre de maternité.

### 2/ PARTOGRAMME

Permet le suivi individuel de chaque parturiente. Utilité médico légale et permet l'analyse de la qualité de la prise en charge des accouchements. Le modèle de partogramme est standardisé pour l'ensemble des structures sanitaires du Mali.

### 3/ REGISTRES DE CONSULTATIONS PRENATALES, PLANNING FAMILIAL, POST NATALES, RECUEIL DE VACCINATION.

En principe les hôpitaux ne mènent pas ce type d'activités qui sont dévolues aux structures de premier niveau. Cependant, si certains hôpitaux développent ces activités, les supports utilisés sont identiques aux registres utilisés dans les formations sanitaires de 1ère référence. On ajoutera une colonne sur la référence.

Les données de ces activités doivent être transmises aux services socio sanitaires du cercle d'implantation de l'hôpital pour être compilées avec les données du 1<sup>er</sup> niveau de soins.

## LES SERVICES MEDICO TECHNIQUES

### LE LABORATOIRE

#### 1/ REGISTRE DES EXAMENS (1 par type d'examen)

Contenu : numéro d'ordre, date de l'examen, nom du patient, numéro patient, externe ou hospitalisé, numéro d'hospitalisation, service demandeur, date de la demande, résultat de l'analyse et codification.

#### 2/ FICHE D'ACTIVITE QUOTIDIENNE

Relevé journalier par type d'examen et par statut externe ou hospitalisé.

### LA RADIOLOGIE

#### 1/ REGISTRE DES EXAMENS DE RADIOLOGIE

Contenu : numéro d'ordre, date de l'examen, nom du patient, numéro patient, externe ou hospitalisé, numéro d'hospitalisation, service demandeur, date de la demande, incidence radio et codification, nombre de clichés par format utilisé.

#### 2/ REGISTRE DES ECHOGRAPHIES

Contenu : numéro d'ordre, date de l'examen, nom du patient, numéro patient, externe ou hospitalisé, numéro d'hospitalisation, service demandeur, date de la demande, type d'échographie, numéro de la quittance du BE.

### LE BLOC CHIRURGICAL

#### 1/ REGISTRE DE PROTOCOLE OPERATOIRE

Identification du patient (nom, numéro patient, numéro hospitalisation), motif de l'intervention, type d'intervention, type d'anesthésie, compte rendu opératoire, diagnostic per opératoire, traitement et suivi, nom du chirurgien, nom de l'anesthésiste, décès per opératoire, cause du décès.

#### 2/ FICHES D'ANESTHESIE

#### 3/ FICHE JOURNALIERE D'ACTIVITE DU BLOC

Nombre d'interventions d'urgence, programmées, nombre d'anesthésies par type.

### LA PHARMACIE

Supports standardisés par la DLP. Il sera nécessaire d'établir une liste de médicaments vitaux pour le calcul des indicateurs de disponibilité définis dans le schéma directeur.

#### 1/ LIVRE JOURNAL

#### 2/ FICHES DE STOCK

#### 3/ DOUBLE DES ORDONNANCES

**MODELE DE FICHE JOURNALIERE DES ACTIVITES DU LABORATOIRE**

MOIS \_\_\_\_\_

	Hématologie		Sérologie		Parasitologie		Bactériologie		Biochimie		Autres	
	ext	hos	ext	hos	ext	hos	ext	hos	ext	hos	ext	hos
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
Total du mois												