

# Manuel d'utilisation

## Transpose RHS 2018

### Soins de suite et de réadaptation (SSR)



---

JANVIER  
2018

*Service Architecture et production informatiques*

*Pôle Logiciels des établissements de santé*

**Support utilisateurs**

Téléphone : 0 820 771 234 (0,019 euros TTC/min)

Foire aux questions (thème LAMDA SSR) : [https://applis.atih.sante.fr/agora/ago\\_theme.do?idTheme=687](https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_theme.do?idTheme=687)

Courriel : [support@atih.sante.fr](mailto:support@atih.sante.fr)



# Sommaire

<b>1.</b>	<b>Présentation générale</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Fonctionnalités</b>	<b>4</b>
2.1.	Fenêtre principale	4
2.2.	Fichiers Générés	5
<b>3.</b>	<b>Support technique</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Formats</b>	<b>8</b>
4.1.	M09/M19	8
4.2.	M0A/M1A	16
4.3.	M0B/M1B	27

# 1. Présentation générale

Ce logiciel permet de transposer un fichier de RHS au format 2018 (soit M0A/M1A et/ou M0B/M1B) en un fichier au format 2017 (M09/M19 et M0A/M1A) dans les modalités de la campagne 2017. Ceci correspond donc au format M09/M19 avant la semaine 09 2017 et au format M0A/M1A à partir de la semaine 09 2017.

Cet outil permet de transformer les fichiers exportés au format 2018 pour les traiter dans le logiciel LAMDA GENRHA.

## 2. Fonctionnalités

### 2.1. Fenêtre principale

L'interface de l'application se présente comme ci-dessous.

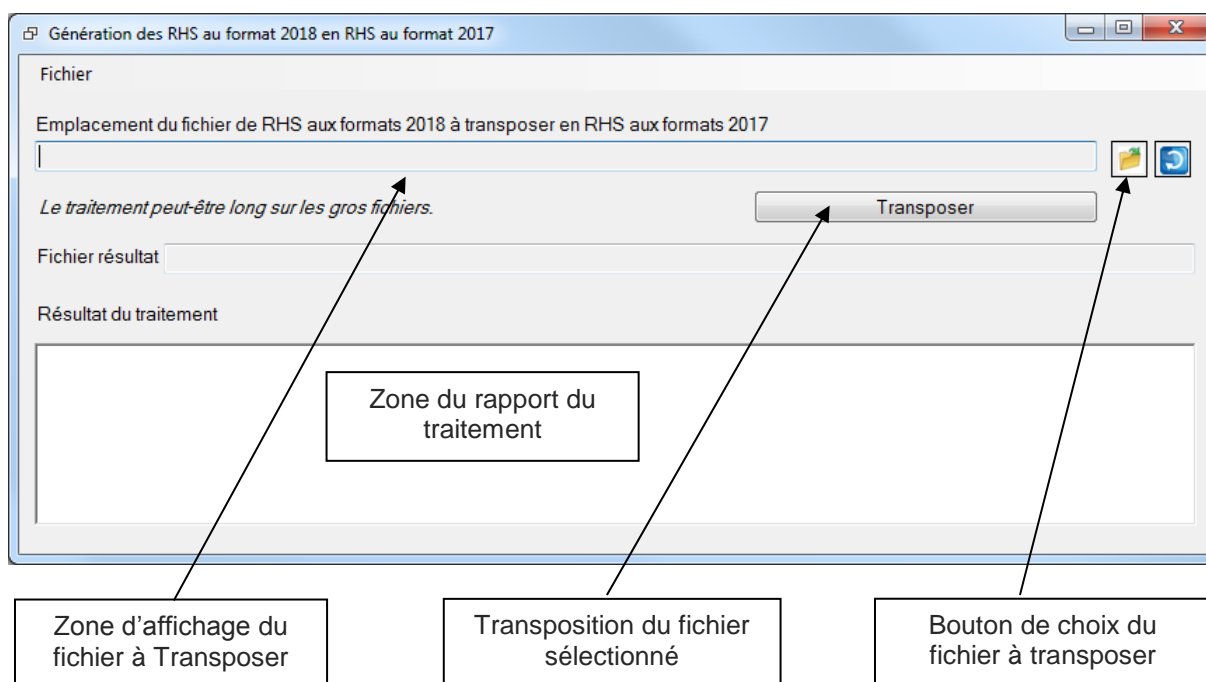



Figure 1 : la fenêtre principale de Transpose RHS 2018

## 2.2. Fichiers Générés

Quand vous cliquez sur le bouton  une boîte de dialogue s'ouvre pour choisir le fichier de RHS à transposer.

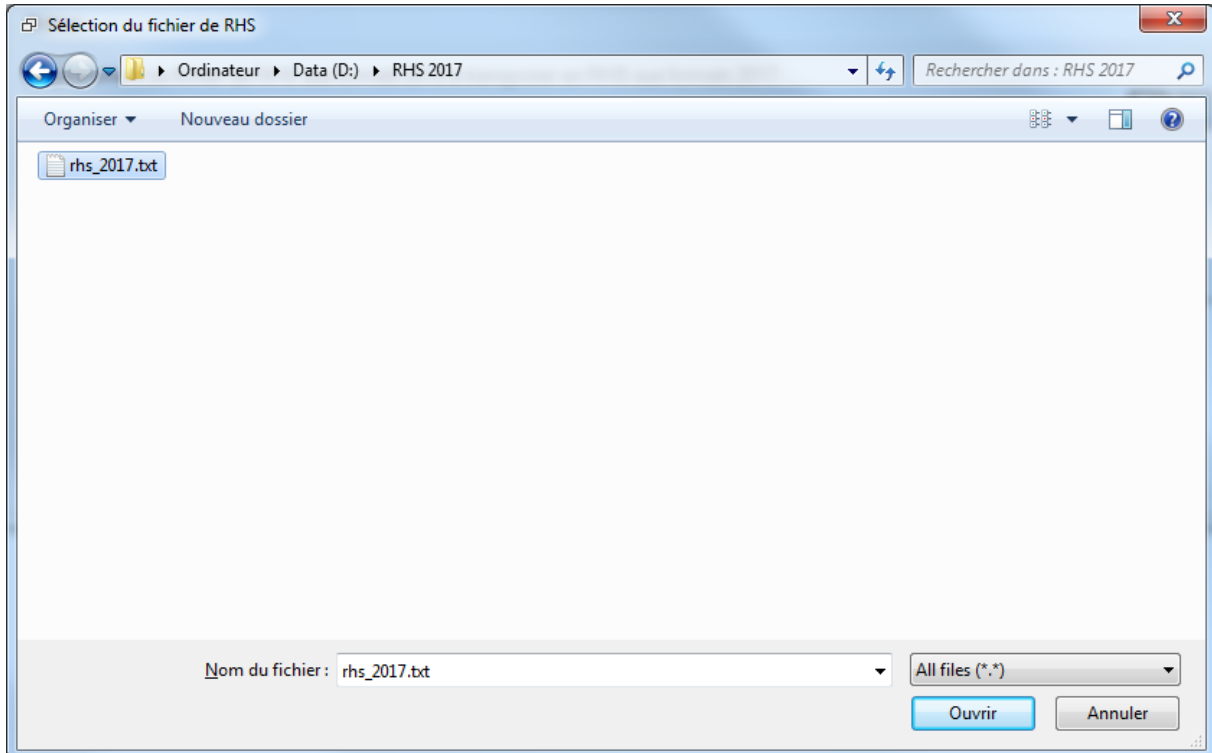


Figure 2 : la fenêtre de sélection du fichier RHS à transposer

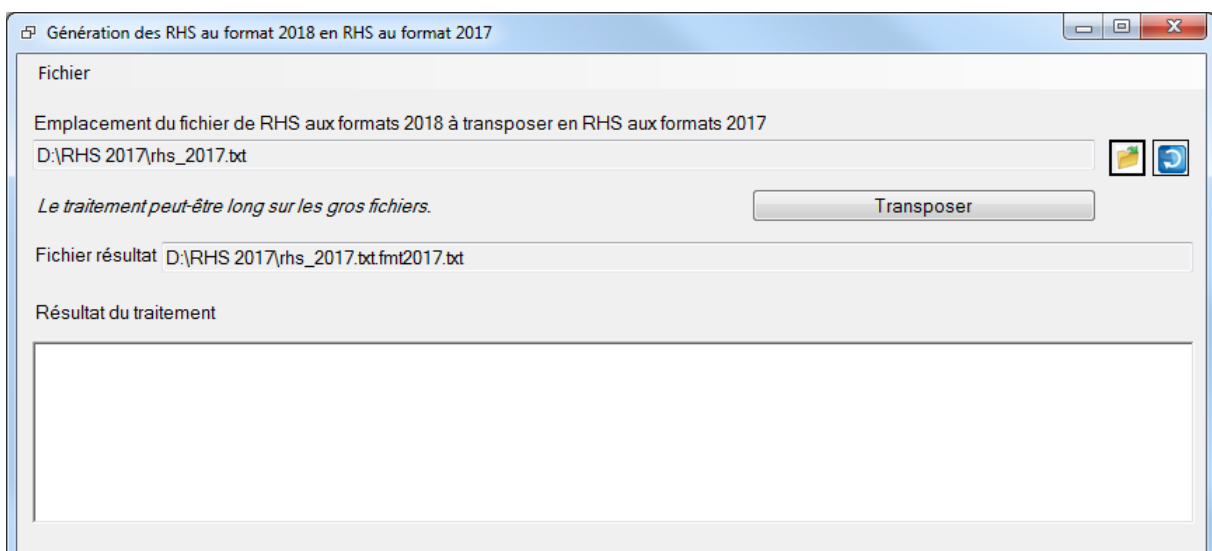


Figure 3 : la fenêtre principale avec un fichier RHS sélectionné

Lors d'un clic sur le bouton [**Transposer**], une boîte de dialogue s'ouvre pour choisir l'emplacement et le nom du fichier transposé.

Automatiquement un nom de fichier transposé est proposé en fonction du format de transposition :

Ce nom est composé du nom du fichier RHS d'entrée plus un suffixe « .fmt2017.txt ».

Une fois la transposition terminée, un message indique l'issue du traitement.

De plus, un compte-rendu s'affiche faisant l'inventaire des lignes transposées avec succès ou en erreur. L'ensemble des lignes en erreur est listé.

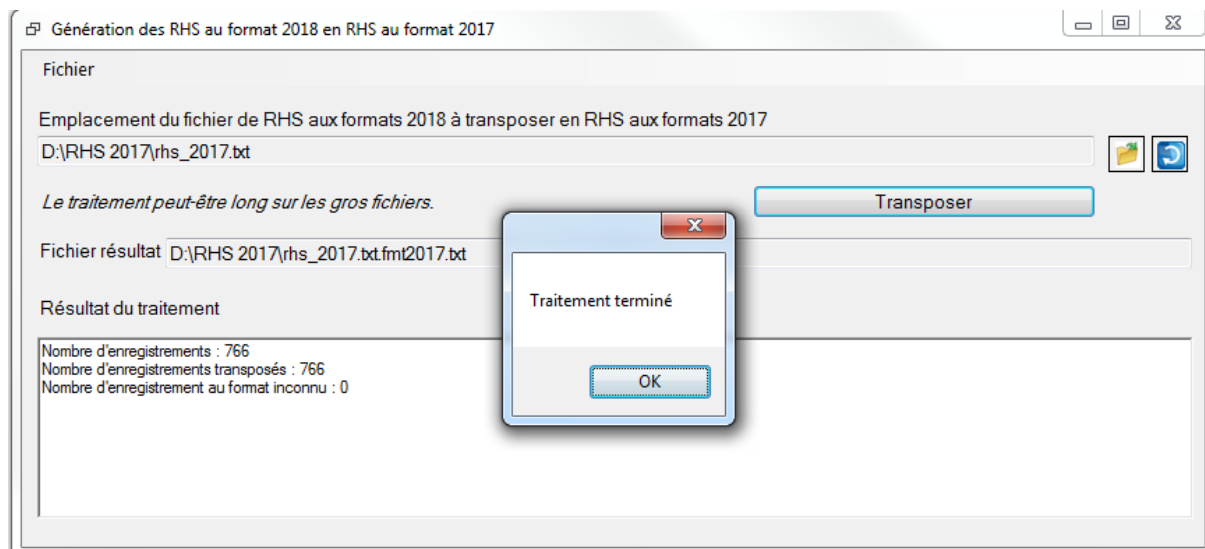


Figure 4 :A l'issue du traitement de transposition

## 3. Support technique

*Pour toute demande que l'utilisateur n'a pu résoudre lui-même, vous avez désormais plusieurs moyens pour avertir les techniciens de vos problèmes.*

Nous vous rappelons, que quel que soit le moyen de nous contacter, ce sont les mêmes référents qui reçoivent les incidents.

Les moyens disponibles sont les suivants :

### **Le manuel d'utilisation**

Celui-ci est la première source d'information du logiciel en lui-même. Il contient en général toutes les informations nécessaires au bon fonctionnement du logiciel et une liste des problèmes connus. Il est à consulter en priorité.

### **Foire aux question AGORA**

Indiquer votre incident au niveau du thème « **Agora > Logiciels > SSR > Lamda SSR** » du forum AGORA. L'objet du message doit correspondre à l'erreur précise visualisée ainsi que l'indication du nom du logiciel Transpose RHS

Lien : [https://applis.atih.sante.fr/agora/ago\\_theme.do?idTheme=687](https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_theme.do?idTheme=687) (lien direct) ou au niveau du site de l'ATIH « Support utilisateurs » :

### **Hotline et mail utilisateurs**

En cas de difficulté à trouver ou à poser une question, il est possible de joindre la hotline téléphonique externalisée ou d'adresser un mail au support utilisateurs.

Ces services orientent vers le canal de communication adéquat et apportent également de l'aide pour installer un logiciel ou accéder à une plateforme (ne pas oublier de se munir de ses identifiants).

**Hotline : 08 20 77 12 34** (0,019 € TTC/min)

[support@atih.sante.fr](mailto:support@atih.sante.fr)

### **Plateformes ATIH**

Un support spécifique est disponible sur la page « Contact » ou « Aide en ligne » de chaque plateforme.

[Accès aux plateformes](#)

## 4. Formats

### 4.1. M09/M19

Libellé des variables	Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS	3	10	12	O	NA/NA	M09
Numéro de séjour SSR	7	13	19	O	Gauche/Espace	
Numéro administratif de séjour	20	20	39	O	Gauche/Espace	
Zone réservée	12	40	51	F	Gauche/Espace	
Date de début de séjour	8	52	59	O	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8	60	67	F	NA/NA	JJMMAAAA
Date de naissance	8	68	75	O	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	76	76	O	NA/NA	1=homme, 2=femme
Code postal du lieu de résidence	5	77	81	O	NA/NA	
Type d'hospitalisation	1	82	82	O	NA/NA	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	83	90	O	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	91	91	O	NA/NA	
Provenance	1	92	92	F	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	93	100	F	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	101	101	F	NA/NA	
Destination	1	102	102	F	NA/NA	
Numéro de la semaine	6	103	108	O	Droite/Zéro	semaine+Année
Journées hors week-end	5	109	113	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Journées week-end	2	114	115	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale	4	116	119	O	Gauche/Espace	
Type d'autorisation de l'unité médicale	3	120	122	O	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	123	130	F	NA/NA	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	131	138	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10



Manifestation morbide principale	8	139	146	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	147	154	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillement°	1	155	155	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle ; Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1 <sup>er</sup> RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	156	156	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	157	157	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	158	158	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	159	159	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	160	160	F	NA/NA	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)	2	161	162	O	Droite/Zéro	00-99
Nombre d'actes CSARR dans ce RHS (n2)	3	163	165	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)	2	166	167	O	Droite/Zéro	00-99
Poursuite du même projet thérapeutique	1	168	168	F	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
DAS n°1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...	*8					
DAS n° n1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Acte CSARR n° 1	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3		F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2		F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2		F	NA/NA	
	Code intervenant	2		O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro

	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;=2 pour les actes de type « collectif »</li> <li>• =1 pour les actes de types pluri professionnels</li> <li>• &gt;=1 pour les autres types d'actes</li> </ul>
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...		...	...	...	...	...	...
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;=2 pour les actes de type « collectif »</li> <li>• =1 pour les actes de types pluri professionnels</li> <li>• &gt;=1 pour les autres types d'actes</li> </ul>

	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	...						
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

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

[2] : NA signifie non applicable

Libellé des variables				Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs
Filler				10	1	10	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS groupé				3	11	13	O	NA/NA	M19
Numéro FINESS d'inscription ePMSI				9	14	22	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS				3	23	25	O	NA/NA	M09
Numéro de séjour SSR				7	26	32	O	Gauche/Espace	
Numéro administratif de séjour				20	33	52	O	Gauche/Espace	
Groupage	Version classification			2	53	54	O	NA/NA	
	GME	RGME	GN	2	55	56	O	NA/NA	
			CM						
			Code	2	57	58	O	NA/NA	
			Subdivision	1	59	59	O	NA/NA	
			Sévérité	1	60	60	O	NA/NA	
	Code retour			3	61	63	O	NA/NA	
	Indicateur d'erreur			1	64	64	O	NA/NA	X=>erreur, blanc=> pas d'erreur
Date de début de séjour				8	65	72	O	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séjour				8	73	80	F	NA/NA	JJMMAAAA
Date de naissance				8	81	88	O	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe				1	89	89	O	NA/NA	1=homme, 2=femme
Code postal du lieu de résidence				5	90	94	O	NA/NA	
Type d'hospitalisation				1	95	95	O	NA/NA	
Date d'entrée dans l'unité médicale				8	96	103	O	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale				1	104	104	O	NA/NA	
Provenance				1	105	105	F	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale				8	106	113	F	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie				1	114	114	F	NA/NA	
Destination				1	115	115	F	NA/NA	
Numéro de la semaine				6	116	121	O	Droite/Zéro	semaine+Année
Journées hors week-end				5	122	126	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Journées week-end				2	127	128	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale				4	129	132	O	Gauche/Espace	

Type d'autorisation de l'unité médicale	3	133	135	O	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	136	143	F	NA/NA	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	144	151	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Manifestation morbide principale	8	152	159	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	160	167	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillement°	1	168	168	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle ; Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1 <sup>er</sup> RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	169	169	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	170	170	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	171	171	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	172	172	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	173	173	F	NA/NA	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)	2	174	175	O	Droite/Zéro	00-99
Nombre d'actes CSARR dans ce RHS (n2)	3	176	178	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)	2	179	180	O	Droite/Zéro	00-99
Poursuite du même projet thérapeutique	1	181	181	F	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
DAS n°1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...	*8					
DAS n° n1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Acte CSARR n° 1	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3		F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2		F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2		F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O	

	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;=2 pour les actes de type « collectif »</li> <li>• =1 pour les actes de types pluri professionnels</li> <li>• &gt;=1 pour les autres types d'actes</li> </ul>
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...		...			...	...	...
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;=2 pour les actes de type « collectif »</li> </ul>

							<ul style="list-style-type: none"> <li>=1 pour les actes de types pluri professionnels</li> <li>&gt;=1 pour les autres types d'actes</li> </ul>
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

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

[2] : NA signifie non applicable

## 4.2. M0A/M1A

Libellé des variables	Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS	3	10	12	O	NA/NA	M0A
Numéro de séjour SSR	7	13	19	O	Gauche/Espace	
Numéro administratif de séjour	20	20	39	O	Gauche/Espace	
Zone réservée	12	40	51	F	Gauche/Espace	
Date de début de séjour	8	52	59	O	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8	60	67	F	NA/NA	JJMMAAAA
Date de naissance	8	68	75	O	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	76	76	O	NA/NA	1=homme, 2=femme
Code postal du lieu de résidence	5	77	81	O	NA/NA	
Type d'hospitalisation	1	82	82	O	NA/NA	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	83	90	O	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	91	91	O	NA/NA	
Provenance	1	92	92	F	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	93	100	F	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	101	101	F	NA/NA	
Destination	1	102	102	F	NA/NA	
Numéro de la semaine	6	103	108	O	Droite/Zéro	semaine+Année
Journées hors week-end	5	109	113	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Journées week-end	2	114	115	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale	4	116	119	O	Gauche/Espace	
Type d'autorisation de l'unité médicale	3	120	122	O	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	123	130	F	NA/NA	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	131	138	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10



Manifestation morbide principale	8	139	146	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	147	154	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillement°	1	155	155	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle ; Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1er RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	156	156	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	157	157	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	158	158	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	159	159	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	160	160	F	NA/NA	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)	2	161	162	O	Droite/Zéro	00-99
Nombre d'actes CSARR dans ce RHS (n2)	3	163	165	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)	2	166	167	O	Droite/Zéro	00-99
Poursuite du même projet thérapeutique	1	168	168	O	NA/NA	1 : Oui ; 2 : Non
Filler	1	169	169		NA/NA	Blancs
Lit identifié soins palliatifs (LISP)	2	170	171	F	NA/NA	"08" ou espaces
DAS n°1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...	*8					
DAS n° n1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Acte CSARR n° 1	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3		F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2		F	NA/NA	

	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		>=2 pour les actes de type « collectif » =1 pour les actes de types professionnels pluri >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...		...	...	...	...	...	...
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	

	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		>=2 pour les actes de type « collectif » =1 pour les actes de types professionnels pluri >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	ATTENTION Obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM

	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAASignalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	ATTENTION, obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

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

[2] : NA signifie non applicable

Libellé des variables				Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs	des
Filler				10	1	10	O	NA/NA		
N° de version du format du RHS groupé				3	11	13	O	NA/NA	M1A	
Numéro FINESS d'inscription ePMSI				9	14	22	O	NA/NA		
N° de version du format du RHS				3	23	25	O	NA/NA	MOA	
Numéro de séjour SSR				7	26	32	O	Gauche/Espace		
Numéro administratif de séjour				20	33	52	O	Gauche/Espace		
Groupage	Version classification			53	54	54	O	NA/NA		
	GME	RGME	GN	CM	2	55	56	O	NA/NA	
				Code	2	57	58	O	NA/NA	
			Subdivision	1	59	59	O	NA/NA		
		Sévérité			1	60	60	O	NA/NA	
	Code retour			3	61	63	O	NA/NA		
	Indicateur d'erreur			1	64	64	O	NA/NA	X=>erreur, blanc=> d'erreur	pas
Date de début de séjour				8	65	72	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Date de fin de séjour				8	73	80	F	NA/NA	JJMMAAAA	
Date de naissance				8	81	88	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Sexe				1	89	89	O	NA/NA	1=homme, 2=femme	
Code postal du lieu de résidence				5	90	94	O	NA/NA		
Type d'hospitalisation				1	95	95	O	NA/NA		
Date d'entrée dans l'unité médicale				8	96	103	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Mode d'entrée dans l'unité médicale				1	104	104	O	NA/NA		
Provenance				1	105	105	F	NA/NA		
Date de sortie de l'unité médicale				8	106	113	F	NA/NA	JJMMAAAA	
Mode de sortie				1	114	114	F	NA/NA		
Destination				1	115	115	F	NA/NA		
Numéro de la semaine				6	116	121	O	Droite/Zéro	semaine+Année	

Journées hors week-end	5	122	126	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Journées week-end	2	127	128	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale	4	129	132	O	Gauche/Espace	
Type d'autorisation de l'unité médicale	3	133	135	O	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	136	143	F	NA/NA	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	144	151	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Manifestation morbide principale	8	152	159	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	160	167	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillement°	1	168	168	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle ; Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1er RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	169	169	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	170	170	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	171	171	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	172	172	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	173	173	F	NA/NA	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)	2	174	175	O	Droite/Zéro	00-99
Nombre d'actes CSARR dans ce RHS (n2)	3	176	178	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)	2	179	180	O	Droite/Zéro	00-99
Poursuite du même projet thérapeutique	1	181	181	O	NA/NA	1 : Oui ; 2 : Non
Filler	1	182	182		NA/NA	Blancs
Lit identifié soins palliatifs (LISP)	2	183	184	F	NA/NA	"08" ou espaces
DAS n°1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...	*8					
DAS n° n1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10

Acte CSARR n° 1	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		>=2 pour les actes de type « collectif » =1 pour les actes de types pluri professionnels >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste

							des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...		...	...	...	...	...	...
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		>=2 pour les actes de type « collectif » =1 pour les actes de types pluri professionnels



							>=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	ATTENTION, obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	...						
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	ATTENTION, obligatoire lorsqu'elle existe

	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

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

[2] : NA signifie non applicable

### 4.3. MOB/M1B

Libellé des variables	Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS	3	10	12	O	NA/NA	MOB
Numéro de séjour SSR	7	13	19	O	Gauche/Espace	
Numéro administratif de séjour	20	20	39	O	Gauche/Espace	
Zone réservée	12	40	51	F	Gauche/Espace	
Date de début de séjour	8	52	59	O	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8	60	67	F	NA/NA	JJMMAAAA
Date de naissance	8	68	75	O	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	76	76	O	NA/NA	1=homme, 2=femme
Code postal du lieu de résidence	5	77	81	O	NA/NA	
Type d'hospitalisation	1	82	82	O	NA/NA	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	83	90	O	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	91	91	O	NA/NA	
Provenance	1	92	92	F	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	93	100	F	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	101	101	F	NA/NA	
Destination	1	102	102	F	NA/NA	
Numéro de la semaine	6	103	108	O	Droite/Zéro	semaine+Année
Journées hors week-end	5	109	113	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Journées week-end	2	114	115	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale	4	116	119	O	Gauche/Espace	
Type d'autorisation de l'unité médicale	3	120	122	O	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	123	130	F	NA/NA	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	131	138	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Manifestation morbide principale	8	139	146	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	147	154	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10

Dépendance à l'habillement ou à la toilette°	1	155	155	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1er RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	156	156	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	157	157	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	158	158	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	159	159	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	160	160	F	NA/NA	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)	2	161	162	O	Droite/Zéro	00-99
Nombre d'actes CSARR dans ce RHS (n2)	3	163	165	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)	2	166	167	O	Droite/Zéro	00-99
Poursuite du même projet thérapeutique	1	168	168	O	NA/NA	1 : Oui ; 2 : Non
Filler	1	169	169	NA	NA/NA	Blancs
Lit identifié soins palliatifs (LISP)	2	170	171	F	NA/NA	"08" ou espaces
Type d'unité spécifique	2	172	173	O	NA/NA	USP SSR: "08" ; UCC : "09" ; Unité EVC-EPR : "10"
DAS n°1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...	*8					
DAS n° n1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Acte CSARR n° 1	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3		F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	

	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			O	NA/NA	
	Nombre réel de patients	2			O		>=2 pour les actes de type « collectif » =1 pour les actes de types pluri professionnels >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...		...	...	...	...	...	...
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	

	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			O	NA/NA	
	Nombre réel de patients	2			O		>=2 pour les actes de type « collectif » =1 pour les actes de types pluri professionnels >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	ATTENTION Obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM

	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAASignalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	ATTENTION, obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

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

[2] : NA signifie non applicable

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

[2] : NA signifie non applicable

Libellé des variables				Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs	
Filler				10	1	10	O	NA/NA		
N° de version du format du RHS groupé				3	11	13	O	NA/NA	M1B	
Numéro FINESS d'inscription ePMSI				9	14	22	O	NA/NA		
N° de version du format du RHS				3	23	25	O	NA/NA	M0B	
Numéro de séjour SSR				7	26	32	O	Gauche/Espace		
Numéro administratif de séjour				20	33	52	O	Gauche/Espace		
Groupage	Version classification			2	53	54	O	NA/NA		
	GME	RGME	GN	CM	2	55	56	O	NA/NA	
				Code	2	57	58	O	NA/NA	
			Subdivision	1	59	59	O	NA/NA		
			Sévérité	1	60	60	O	NA/NA		
	Code retour			3	61	63	O	NA/NA		
	Indicateur d'erreur			1	64	64	O	NA/NA	X=>erreur, blanc=> pas d'erreur	
Date de début de séjour				8	65	72	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Date de fin de séjour				8	73	80	F	NA/NA	JJMMAAAA	
Date de naissance				8	81	88	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Sexe				1	89	89	O	NA/NA	1=homme, 2=femme	
Code postal du lieu de résidence				5	90	94	O	NA/NA		
Type d'hospitalisation				1	95	95	O	NA/NA		



Date d'entrée dans l'unité médicale	8	96	103	O	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	104	104	O	NA/NA	
Provenance	1	105	105	F	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	106	113	F	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	114	114	F	NA/NA	
Destination	1	115	115	F	NA/NA	
Numéro de la semaine	6	116	121	O	Droite/Zéro	semaine+Année
Journées hors week-end	5	122	126	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Journées week-end	2	127	128	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale	4	129	132	O	Gauche/Espace	
Type d'autorisation de l'unité médicale	3	133	135	O	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	136	143	F	NA/NA	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	144	151	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Manifestation morbide principale	8	152	159	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	160	167	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillage° ou à la toilette	1	168	168	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle ;  Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1er RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	169	169	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	170	170	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	171	171	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	172	172	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	173	173	F	NA/NA	

Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)		2	174	175	O	Droite/Zéro	00-99
Nombre d'actes CSARR dans ce RHS (n2)		3	176	178	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)		2	179	180	O	Droite/Zéro	00-99
Poursuite du même projet thérapeutique		1	181	181	O	NA/NA	1: oui; 2: non
Filler		1	182	182	NA	NA/NA	blancs
Lit identifié soins palliatifs (LISP)		2	183	184	F	NA/NA	"08" ou espaces
Type d'unité spécifique		2	185	186	O	NA/NA	USP SSR: "08" ; UCC : "09" ; Unité EVC-EPR : "10"
DAS n°1		8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...		*8					
DAS n° n1		8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Acte CSARR n° 1	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	

	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			O	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<input type="checkbox"/> $\geq 2$ pour les actes de type « collectif » <input type="checkbox"/> $= 1$ pour les actes de types pluri professionnels <input type="checkbox"/> $\geq 1$ pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...	...	...	...	...	...	...	...
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 1	2			F	NA/NA	
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	

	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			O	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<input type="checkbox"/> >=2 pour les actes de type « collectif » <input type="checkbox"/> =1 pour les actes de types pluri professionnels <input type="checkbox"/> >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA

	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

