

Documentation et classification des séjours hospitaliers

Modalités de codage pour les données sur les séjours hospitaliers pour l'année **2024**

I. Avant-propos

La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière établit que « *tout hôpital procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité. Cette analyse repose sur les données administratives, médicales et de soins, produites pour chaque séjour en hospitalisation stationnaire ou de jour.* » (Art. 38). Ces informations participent à l'évaluation des besoins sanitaires nationaux et sont utilisées dans le cadre de comparaisons internationales (Art. 3). Le service d'information médicale a pour missions la collecte, le traitement, l'assurance de la qualité des données, la transmission des informations structurées vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale ainsi que la conservation des dites données. La Commission consultative de la documentation hospitalière instituée par la même loi est en charge du suivi du système de documentation médicale hospitalière au niveau national et de l'élaboration des bonnes pratiques de codage (Art. 38).

En outre, il existe une convention entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, conclue en exécution de l'article 74 et suivants du Code de la sécurité sociale, prévoit à l'article 47bis que les hôpitaux communiquent à la CNS, sur base semestrielle, le relevé individuel des séjours stationnaires, ainsi que des séjours en hospitalisation de jour pour répondre à l'objectif de la loi hospitalière du 8 mars 2018 qui prévoit que tout établissement hospitalier visé à l'article 1er, sous a), b) et c) procède à l'analyse quantitative et qualitative de son activité.

Le présent document définit les modalités de codage et de transfert des données sur les séjours hospitaliers entre les établissements hospitaliers concernés vers les administrations de la santé et de la sécurité sociale. Le document est applicable à tous les séjours dont la date de sortie est comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre 2024.

Les modalités de codage sont à appliquer pour le codage de l'ensemble des séjours hospitaliers stationnaires ou en hospitalisation de jour. **La version du manuel de codage à appliquer est la version 2023 de ICD-10-BE Version.**

II. Définition des variables et modalités de codage

1. Identification de l'établissement hospitalier
 - a. Code fournisseur : code numérique repris au tableau i) du chapitre V
2. Identification du patient / du nouveau-né
 - a. Matricule : pour les personnes protégées le numéro de matricule au format AAAAMMJJXXC1C2, et pour les personnes non visées le matricule générique 7000010105084 ¹
 - b. Sexe déclaré à l'état civil : « M » s'il s'agit d'un sujet de sexe masculin, « F » s'il s'agit d'un sujet de sexe féminin, « U » si l'information n'est pas connue
 - c. Date de naissance : selon les informations présentes sur la carte d'identité ou le passeport au format AAAAMMJJ
 - d. Pays de résidence : indication du pays de résidence suivant la codification internationale des pays à deux lettres définies suivant la norme ISO 3166-1 alpha 2. "LU" si l'information n'est pas connue.
 - e. Code postal de résidence selon le format du pays de résidence, non précédé par la lettre du pays. 0000 pour les patients RCAM, 0001 pour les personnes non visées et 0002 pour les sans-abris / sans-résidence.
 - f. Nationalité : « LU » s'il s'agit d'un ressortissant Luxembourgeois, « EU » s'il s'agit d'un ressortissant d'un autre pays membre de l'Union européenne, « R » s'il s'agit d'un ressortissant d'un pays non-membre de l'Union européenne, « I » si l'information n'est pas connue
 - g. Âge en jours (uniquement pour les nourrissons de moins d'un an (365 jours)) : Identifier l'âge d'un nourrisson à l'entrée sous forme d'une valeur numérique entre 0 et 365
 - h. Matricule de la mère : Identifier la mère d'un nouveau-né en indiquant le numéro de matricule au format AAAAMMJJXXC1C2 pour les personnes protégées, et pour les personnes non visées, le matricule générique 7000010105084. Cette variable n'est à indiquer que pour les nouveau-nés dans le cadre de leur séjour lié à la naissance et non pour tout autre séjour qui pourrait avoir lieu avant le 29^{ième} jour.
 - i. Assurabilité : code alphanumérique :
 - « A » : Personne protégée en vertu du livre premier du code de la sécurité sociale par une des caisses de maladie énumérées à l'article 44 du même code

¹ Personnes protégées en vertu du livre premier du code de la sécurité sociale par une des caisses de maladie énumérées à l'article 44 du même code, ainsi que celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale. Sont concernées pareillement les personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre II du code de la sécurité sociale

- « B » Personne protégée par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale
- « C » : Personne assurée ne tombant ni dans le cas A ni dans le cas B (dont RCAM)
- « D » : Personne non assurée

Les personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre II du code de la sécurité sociale sont à inscrire en fonction de leur catégorisation initiale.

3. Données sur l'admission du patient

- a. Numéro d'admission : numéro décerné au séjour du patient par l'établissement, code alphanumérique à 9 caractères (le numéro doit être préfixé d'un ou de plusieurs 0 si le numéro utilisé en interne dispose de moins de 9 caractères)
- b. Date d'admission : date au format AAAAMMJJ
- c. Heure d'admission : heure au format hhmm
- d. Mode d'admission :
 - « P » : admission programmée : il s'agit d'un séjour enregistré au service des admissions de l'établissement hospitalier au moins 24 heures avant l'admission physique effective du patient dans l'établissement
 - « N » : admission non-programmée : il s'agit d'un séjour non-prévu ou prévu dans les 24 heures précédant l'arrivée du patient dans l'établissement
- e. Provenance du patient : code alphanumérique repris au tableau ii) du chapitre V pour identifier le lieu d'où vient le patient.
- f. Code de l'établissement de provenance : code alphanumérique repris au tableau iii) du chapitre V (à indiquer si la variable « Provenance du patient » = H0 ou H1 ou H2 ou H4 ou P1)
- g. Modalité d'entrée : indication d'un code à deux caractères selon les modalités suivantes
 - « AI » Service hélicoptère médicalisé / Air Rescue
 - « SA » Service d'aide médicale urgente
 - « AM » Ambulance, services de secours non-médicalisés
 - « MP » Arrivée à l'établissement par moyens personnels
 - « AT » Autre modalité, dont admission sous contrainte
 - « NN » Né à l'hôpital
- h. Mode d'adressage : indication d'un code à deux caractères selon les modalités suivantes
 - « ME » Envoyé par médecin extérieur à l'hôpital
 - « MA » Envoyé par médecin agréé à l'hôpital
 - « MX » Autre - Non adressé par un médecin

- « XX » Non applicable (spécifique aux nouveau-nés nés à l'hôpital)
 - i. Passage par le service d'urgence : « 1 » si le patient est passé par le service d'urgence, « 0 » dans le cas contraire.
 - j. Code médecin individuel : identifier le médecin traitant hospitalier (responsable pour l'hospitalisation du patient), selon le code numérique individuel attribué à chaque médecin par la CNS
4. Données sur la sortie du patient
- a. Date de sortie : date au format AAAAMMJJ
 - b. Heure de sortie : heure au format hhmm
 - c. Modalité de sortie : code numérique à 2 chiffres repris au tableau iv) du chapitre V. A noter que le code 06 prime sur tous les autres codes en cas de conflit et qu'en cas de doute il faut toujours renseigner l'information la plus précise.
 - d. Code de l'établissement de destination de sortie : définir le site hospitalier de destination du patient par indication du code alphanumérique repris au tableau iii) du chapitre V, le code est à indiquer uniquement si la valeur de "Modalité de sortie" est 02, 03, 04, 08 ou 09.
5. Données relatives aux spécialités de prises en charge ayant pris en charge le patient, à indiquer pour chaque changement de spécialité de prise en charge au cours du séjour. Cette donnée est à renseigner sur base d'un mapping basé sur les spécialités et le service hospitalier auquel cette spécialité est rattachée
- a. Date du début de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
 - b. Heure du début de la prise en charge : heure au format hhmm
 - c. Date de la fin de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
 - d. Heure de la fin de la prise en charge : heure au format hhmm
 - e. Type de prise en charge médicale : indication du code à 4 caractères repris au tableau v) du chapitre V

Les séjours sont à séquencer par spécialités de prises en charge. Les diagnostics sont à rattacher à ces différents épisodes (voir aussi chapitre IV).

6. Données relatives aux services (lieu) ayant pris en charge le patient, à indiquer pour chaque changement de spécialité de prise en charge au cours du séjour.
- a. Service hospitalier (lieu) de prise en charge : indication du code à 4 caractères repris au tableau v) du chapitre V. Cette donnée est à renseigner sur base d'un mapping, réalisé par les hôpitaux, entre les unités de soins et les services autorisés par épisode de prise en charge médicale
 - b. Date du début de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
 - c. Heure du début de la prise en charge : heure au format hhmm

- d. Date de la fin de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
- e. Heure de la fin de la prise en charge : heure au format hhmm
- f. Code site hospitalier : indication du site hospitalier dans lequel le service se situe selon la table iii) du chapitre V
7. Données relatives aux médecins ayant pris en charge le patient, à indiquer pour chaque médecin traitant au cours du séjour d'un patient, pour chaque changement de médecin traitant
- Date du début de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
 - Heure du début de la prise : heure au format hhmm
 - Date de la fin de la prise en charge : date au format AAAAMMJJ
 - Heure de la fin de la prise en charge : heure au format hhmm
 - Spécialité médicale du médecin traitant : spécialité médicale du médecin traitant selon code du tableau vi) du chapitre V,
 - Degré d'urgence : « 1 » pour les séjours dont l'admission n'a pas pu être retardée plus que 24 heures, « 0 » dans le cas contraire*
8. Données sur les procédures (actes), à indiquer pour toutes les procédures à coder selon les règles du manuel de codage ICD-10-BE. Pour les actes à ne pas coder, merci de consulter le document y relatif sur <https://www.dcsch.lu/ressources>
- Code de la procédure : code alphanumérique d'une procédure selon la classification ICD-10-PCS, à indiquer pour chaque **épisode de prise en charge**
 - Date de la procédure : date de début de la procédure au format AAAAMMJJ
 - Heure de la procédure : heure de début de la procédure au format hhmm. A indiquer uniquement si la variable 7.d. Lieu de la procédure = « A » Salle opératoire. L'heure correspond à l'heure d'incision.*
 - Lieu de la procédure : indication d'un code à un caractère pour chaque procédure selon les modalités suivantes
 - « A » Salle opératoire
 - « B » Plateau médico-technique hospitalier
 - « C » Cabinet de consultations
 - « D » Service d'hospitalisation
 - « E » Service d'imagerie
 - « F » Service des urgences
 - « G » Autre établissement
 - « H » salle d'accouchement
 - « X » Autre service diagnostique
 - « Y » Lieu indéterminé
 - Code du médecin exécutant : identifier le médecin ayant effectué la procédure selon le code numérique individuel attribué à chaque médecin par la CNS, à indiquer pour chaque

- code de procédure. Si le lieu de la procédure égale « G », il est possible d'utiliser « 00000000 » - Inconnu
- f. Spécialité médicale du médecin exécutant : spécialité médicale du médecin exécutant selon le tableau vi) du chapitre V. Si le lieu de la procédure égale "G", il est possible d'utiliser « XX » - Inconnu
 - g. Technique d'anesthésie utilisée : code alphanumérique à indiquer selon le tableau ix) du chapitre V.
9. Données sur les **diagnostics**, à coder selon les règles du manuel de codage ICD-10-BE :
- a. Diagnostic principal : code alphanumérique selon la classification ICD-10-CM, la définition du diagnostic principal suit les règles du manuel de codage ICD-10-BE, à indiquer pour chaque type de **prise en charge médicale**
 - b. Diagnostic du séjour: diagnostic principal de tout le séjour hospitalier. Code alphanumérique selon la classification ICD-10-CM, la définition du diagnostic principal suit les règles du manuel de codage ICD-10-BE. Correspond au diagnostic principal **du premier type de prise en charge médicale**, hors urgence, qui est utilisé par le grouper pour le calcul du DRG pour le séjour complet.
 - c. Diagnostics secondaires : code alphanumérique selon la classification ICD-10-CM, la définition des diagnostics secondaires suit les règles du manuel de codage ICD-10-BE, à indiquer pour tous les diagnostics secondaires
 - d. Présent à l'admission : « Y » pour chaque diagnostic qui était présent au moment de l'admission du patient à **l'hôpital**, « N » dans le cas contraire, « E » pour les diagnostics pour lesquels la notion de présent à l'admission n'est pas applicable selon les règles de codage. A indiquer pour tous les diagnostics (aussi bien pour les diagnostics principaux que pour les diagnostics secondaires).
10. Données sur les nouveau-nés (à indiquer si l'âge à l'admission est égal ou inférieur à 28 jours)
- a. Poids à la naissance : Valeur numérique en grammes entre 0 et 9999
 - b. Durée de gestation du nouveau-né en semaines accomplies de gestation : valeur numérique entre 20 et 42
 - c. Séquence de naissance : À indiquer pour chaque nouveau-né dans l'ordre de naissance issu d'une seule grossesse selon le code numérique repris au tableau vii) du chapitre V
 - d. Score APGAR à 1 minute en indiquant un code numérique de 00 à 10*
 - e. Score APGAR à 5 minutes en indiquant un code numérique de 00 à 10*
 - f. Screening des cardiopathies congénitales graves (CCG)

Mesure de saturation en oxygène du nouveau-né :

f.1) Mesure 1: indiquer « N » pour Normal, « L » pour Limite et « A » pour Anormal

f.2) Mesure 2: indiquer « N » pour Normal, « L » pour Limite et « A » pour Anormal

f.3) Mesure 3: indiquer « N » pour Normal, « L » pour Limite et « A » pour Anormal

Les mesures 2 et/ou 3 sont faites, seulement si la mesure1 est anormale ou limite. En cas de réalisation d'une échographie cardiaque, révélant une cardiopathie, veuillez coder l'examen en ICD-10-PCS.

11. Résultats du groupage en APR-DRG, à indiquer pour chaque séjour ; le calcul de l'APR-DRG est effectué pour le séjour complet :
- a. DRG : code à 3 caractères représentant le groupe DRG dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - b. Major disease category : code à 3 caractères représentant la « Major disease category » dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - c. Severity of Illness : code numérique selon la table viii) représentant la sévérité d'une maladie dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - d. Risk of Mortality : code numérique selon la table viii) représentant le risque de mortalité dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - e. DRG à l'admission : code à 3 caractères représentant le groupe DRG à l'admission dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - f. Major Disease Category à l'admission : code à 3 caractères représentant la « Major disease category » à l'admission dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - g. Severity of Illness à l'admission : code numérique selon la table viii) représentant la sévérité d'une maladie à l'admission dans laquelle le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - h. Risk of Mortality à l'admission : code numérique selon la table viii) représentant le risque de mortalité à l'admission dans lequel le séjour a été affecté par le grouper APR-DRG
 - i. Medical/Surgical : Définir si un séjour est classé en médecine ou chirurgie selon la norme suivante (résultat du groupage APR-DRG) :
 - « 1 » - pour les séjours classés en médecine
 - « 2 » - pour les séjours classés en chirurgie
 - « 0 » - pour les séjours classés ni en médecine, ni en chirurgie

III. Modalités de transfert des données

Le mode de transmission sécurisé sera défini dans un cahier des charges pour les données à envoyer à la CNS et dans un futur règlement grand-ducal pour les données à envoyer à la Direction de la Santé.

De manière générale, les données sont à transmettre par périodes semestrielles à la CNS et à la Direction de la santé par les hôpitaux :

- Pour le 1^{er} avril de chaque année, l'hôpital transmet les données mentionnées au chapitre II du présent document pour toutes les hospitalisations pour lesquelles la fin de séjour a eu lieu entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre de l'année précédente.
- Pour le 1^{er} octobre de chaque année, l'hôpital transmet les données mentionnées au chapitre II du présent document pour toutes les hospitalisations pour lesquelles la fin de séjour a eu lieu entre le 1^{er} janvier et le 30 juin de la même année.

Le codage des variables marquées d'un « * » est optionnel.

Les données à transférer à la CNS sont les variables suivantes du chapitre II : 1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2g, 2h, 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3i, 3j, 4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 6a, 6b, 6c, 6d, 6e, 6f, 9a, 9b, 9c, 9d, 11a, 11b, 11c, 11d, 11e, 11f, 11g, 11h et 11i.

Pour la Direction de la santé : les données à transférer sont toutes les variables du set de données de documentation hospitalière. Certaines de ces variables doivent être pseudonymisées par les hôpitaux, selon des critères définis.

Pour les centres hospitaliers spécialisés en rééducation ou en psychiatrie, les variables administratives reprises ci-dessous sont à coder, du chapitre II : 1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f, 2i, 3a, 3b, 3c, 3e, 3f, 4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 8a, 8b, 8c, 8d. De ces variables, les données à transférer à la CNS sont les variables suivantes du chapitre II : 1a, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 3a, 3b, 3c, 3e, 3f, 4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 8a, 8b, 8c, 8d.

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble de toutes les variables à renseigner :

Variable	CNS	Direction de la Santé	
	Envoi XSD	Envoi CDA-HL7	*Pseudonymisation
1a	X	X	
2a	X	X*	pour les personnes protégées, à pseudonymiser selon clef fournie par l'IGSS
2b	X	X	
2c	X	X*	À pseudonymiser sous le format AAAA0101
2d	X	X	

2e	X	X*	A pseudonymiser sous format XX00 ou XXX00 (donc mettre un 0 pour les 2 dernières lettres du code postale)
2f	0	X	
2g	X	X*	Âge en jours - Indiquer la lettre correspondant à une des catégories ci-dessous : « a » pour les nouveau nés âgés de 0 à 7 jours inclus « b » pour les nouveau nés âgés de 8 à 14 jours inclus « c » pour les nouveau nés âgés de 15 à 28 jours inclus « d » pour les enfants âgés de 29 jours à moins de 365/366 jours (bissexile) (<1an) « e » de 1 an et plus
2h	X	X*	pour les personnes protégées, sous format AAAAMMJJXXXC1C2 -> utilisation de la clé de pseudonymisation
2i	0	X	
3a	X	X*	à pseudonymiser selon clef fournie par l'IGSS
3b	X	X	
3c	X	X	
3d	X	X	
3e	X	X	
3f	X	X	
3g	X	X	
3h	0	X	
3i	X	X	
3j	X	X*	à pseudonymiser selon clef fournie par l'IGSS
4a	X	X	
4b	X	X	
4c	X	X	
4d	X	X	
5a	X	X	
5b	X	X	
5c	X	X	
5d	X	X	
5e	X	X	
6a	X	X	
6b	X	X	
6c	X	X	
6d	X	X	
6e	X	X	
6f	X	X	
7a	0	X	
7b	0	X	

7c	0	X	
7d	0	X	
7e	0	X	
7f	0	X	
8a	0	X	
8b	0	X	
8c	0	X	
8d	0	X	
8e	0	X*	à pseudonymiser selon clef fournie par l'IGSS
8f	0	X	
8g	0	X	
8h	0	X	
9a	X	X	
9b	X	X	
9c	X	X	
9d	X	X	
10a	0	X	
10b	0	X	
10c	0	X*	à minimiser à partir du code 4 : 4ème né lors d'une naissance multiple jusqu'au code 8 : 8ème né lors d'une naissance multiple → regroupement sous format « 4+ »
10d	0	X	
10e	0	X	
10f	0	X	
11a	X	X	
11b	X	X	
11c	X	X	
11d	X	X	
11e	X	X	
11f	X	X	
11g	X	X	
11h	X	X	
11i	X	X	

IV. Modalités de codage des diagnostics et procédures spécifiques à l'année 2023 : découpage par service hospitalier versus découpage par spécialité médicale

A. Séquençage des séjours hospitaliers

Pour l'enregistrement DCSH, un séjour hospitalier débute dès l'admission du patient et se termine lorsque le patient quitte l'hôpital. Un séjour hospitalier dans

un même établissement ne peut avoir qu'un seul numéro d'admission correspondant au numéro attribué au moment de l'admission du patient.

En règle générale, un séjour stationnaire ou en hôpital de jour ne nécessite qu'un seul codage global et un seul enregistrement DCSH.

Au sein d'un même établissement, pour les séjours **ayant nécessité des prises en charge médicales de spécialités différentes**, un séquençage du séjour doit être réalisé pour l'enregistrement des diagnostics et les procédures.

Ce séquençage des séjours doit être réalisé selon deux modalités selon un séquençage par spécialité médicale (lié à la prise en charge médicale).

B. Reconstitution des séjours hospitaliers scindés pour des raisons de facturation

Le système DCSH ne s'aligne pas sur les règles de facturation. Pour l'enregistrement DCSH, un séjour hospitalier dans un même établissement hospitalier doit avoir un seul numéro d'admission (de l'entrée à la sortie). Au cours du même séjour hospitalier et en présence de plusieurs numéros d'admission :

- maintenir un numéro d'admission (qui correspond à celui de l'admission)
- préciser la date d'admission à l'hôpital et la date de sortie effective de l'hôpital, ainsi que les différents services de transfert (avec les dates et heures respectives d'entrée et de sortie de chaque service, et les médecins responsables correspondants)

V. Annexes

Table i) Codes fournisseur des établissements hospitaliers

Établissement hospitalier	Code
CHL	70100179
CHEM	70101189
CHNP	70131101
HIS	70126148
BACLESSE	70135040
INCCI	70125037
Rehazenter	70140801
CHdN	70105031
OMEGA90	70128067
HRS	70129077
CRCC	70142518

Table ii) Provenance du patient

Code	Libellé
D0	Domicile et assimilable (amis, famille ...)
D1	Voie publique (y inclus les sans domiciles fixes)
D2	Lieu dédié au sport (stade, gymnase, piscine, piste de ski, parcours santé, ...)
D3	Lieu de travail
D4	Structure scolaire ou d'enseignement
D5	Autre lieu accessible au public (gare, salle de spectacle, restaurant, ...)
D9	Autre
DX	Non connu
E0	CIPA, maison de soins, logements encadrés, foyers et autres institutions de long séjour
E1	Lieu de détention
N0	Nouveau-né, né à l'hôpital
N1	Nouveau-né, né hors de l'hôpital
H0	Etablissement hospitalier luxembourgeois - service de soins aigus
H1	Etablissement hospitalier luxembourgeois - service de moyen séjour
H2	Etablissement hospitalier luxembourgeois - service de longue durée*
H4	Etablissement de soins étranger
P1	Psychiatrie aiguë

*conformément à la loi hospitalière du 08/03/2018

Table iii) Code des établissements et des sites hospitaliers

Établissement hospitalier	Site hospitalier	Code
CHEM	Esch-sur-Alzette	A1
	Dudelange	A2
	Niederkorn	A3
	Site inconnu	A0
CHL	CHL-Centre	B1
	CHL-Maternité	B3
	CHL-Kannerklinik	B4
	CHL-Eich	B2
	Site inconnu	B0
HRS	Hôpital Kirchberg	C1
	Clinique privée Dr E. Bohler	C2
	Zithaklinik	C3
	Clinique Ste Marie	C4
	Site inconnu	C0
CHdN	Ettelbruck	D1
	Wiltz	D2
	Site inconnu	D0
INCCI	INCCI - Luxembourg	E1
CFB	CFB - Esch-sur-Alzette	F1
CNRFR	CNRFR - Luxembourg	G1
CHNP	CHNP - Ettelbruck	H1
HIS	HIS - Steinfort	I1
CRCC	CRCC - Colpach	J1
CTH	CTH - Mondorf	K1
Maison Omega	Haus Omega	L1
Hôpital de soins aigus situé à l'étranger		X1
Hôpital de moyen séjour ou de longue durée situé à l'étranger		Y1

Table iv) Modalité de sortie

Code	Modalité
01	Domicile et assimilable (amis, famille ...)
02	Etablissement hospitalier - service de soins aigus (excepté psychiatrie aiguë)
03	Etablissement hospitalier - réhabilitation /rééducation
04	Etablissement hospitalier - service de longue durée
05	CIPA, maison de soins, logements encadrés, foyers et autres institutions de long séjour
06	Contre avis médical
07	Décédé
08	Etablissement hospitalier - Soins palliatifs
09	Etablissement hospitalier - Psychiatrie aiguë
10	Lieu de détention

Table v) : Type de service selon le classement du plan hospitalier national

Service spécialisé	Code
Cardiologie	MCAR
Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque	CICC
Chirurgie esthétique	CEST
Chirurgie pédiatrique	CPED
Chirurgie plastique	CPLA
Chirurgie vasculaire	CVAS
Chirurgie viscérale	CVIS
Dialyse	MDIA
Gastroentérologie	MGAS
Gériatrie aiguë	MGER
Gynécologie	GYNE
Hémato-oncologie	MHON
Hospitalisation de jour chirurgicale	CHDJ
Hospitalisation de jour non chirurgicale	MHDJ
Hospitalisation de longue durée médicale	HLDM
Hospitalisation de longue durée psychiatrique	HLDP
Imagerie médicale	IMAG
Immuno-allergologie	MIMA
Maladies infectieuses	MINF
Médecine de l'environnement	MENV
Médecine interne Générale	MINT
Néonatalogie intensive	SINN
Néphrologie	MNEP
Neurochirurgie	CNEU
Neurologie	MNEU
Neuro-vasculaire de niveau 1 (stroke unit niveau 1)	MNVA
Neuro-vasculaire de niveau 2 (stroke unit niveau 2)	MNVB
Obstétrique	OBST
Oncologie	MONC

Ophtalmologie spécialisée	COPH
ORL	CORL
Orthopédie	CORT
Pédiatrie de proximité	PEDP
Pédiatrie spécialisée	PEDS
Pneumologie	MPNE
Procréation médicalement assistée	PMA
Psychiatrie aiguë	PSYA
Psychiatrie infantile	PSYI
Psychiatrie juvénile	PSYJ
Radiothérapie	RADT
Rééducation fonctionnelle	REFO
Rééducation gériatrique	REGE
Réhabilitation physique	REPH
Réhabilitation post-oncologique	REPO
Réhabilitation psychiatrique	REPY
Soins intensifs et anesthésie	SIAN
Soins intensifs pédiatriques	SIPE
Soins palliatifs	SPAL
Traumatologie	CTRA
Urgence	URGE
Urgence pédiatrique	URGP
Urologie	CURO

Table vi) : Spécialités en médecine reconnues au Luxembourg

Spécialités en médecine	Code
Anesthésiologie	B0
Allergologie	F3
Anatomie pathologique	C1
Biologie clinique	C0
Cardiologie	D0
Chimie biologique	C2
Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale (formation médicale de base et formation dentaire)	E6
Chirurgie des vaisseaux	E3
Chirurgie plastique	E2
Chirurgie gastro-entérologique	E7
Chirurgie générale	E0
Chirurgie maxillo-faciale (formation de base de médecine)	E5
Chirurgie pédiatrique	E4
Chirurgie thoracique	E1
Dermatologie	F1
Dermato-vénérologie	F0
Endocrinologie	H0

Gastro-entérologie	I0
Gériatrie	A5
Gynécologie et obstétrique	J0
Hématologie biologique	C3
Hématologie générale	K0
Immunologie	L2
Maladies contagieuses	L3
Médecine génétique	L5
Médecine interne	L0
Médecine du travail	MT
Médecine nucléaire	G1
Médecine physique et réadaptation	Q0
Médecine tropicale	L6
Microbiologie-bactériologie	C4
Néphrologie	L1
Neurochirurgie	M0
Neurologie	O0
Neurophysiologie clinique	O1
Neuropsychiatrie	N0
Oncologie médicale	L4
Ophtalmologie	R0
Orthopédie	S0
Oto-rhino-laryngologie	T0
Pédiatrie	U0
Pharmacologie	C7
Pneumologie	V0
Psychiatrie	P0
Psychiatrie infantile	P1
Radiodiagnostic	G0
Radiologie	G3
Radiothérapie	G2
Rhumatologie	W0
Santé publique et médecine sociale	SP
Traumatologie et médecine d'urgence	S1
Urologie	X0
Vénérologie	F2
Médecin généraliste	A0
Spécialités en médecine dentaire reconnues au Luxembourg	
Orthodontie	Z3
Chirurgie buccale	Z2
Médecin dentiste	Z0
Stomatologie	Z1

Inconnu	XX
---------	----

Table vii) Séquence de naissance

Code Modalité

0	Naissance d'un seul enfant
1	Premier-né lors d'une naissance multiple
2	Deuxième-né lors d'une naissance multiple
3	Troisième-né lors d'une naissance multiple
4	Quatrième né lors d'une naissance multiple
5	Cinquième-né lors d'une naissance multiple
6	Sixième-né lors d'une naissance multiple
7	Septième-né lors d'une naissance multiple
8	À partir du huitième nouveau-né d'une naissance multiple
9	Non spécifié

Table viii) Severity of illness / risk of mortality

Code Libellé

0	No class specified
1	Minor
2	Moderate
3	Major
4	Severe

Table ix) code d'anesthésie

Code Libellé

AI	Anesthésie inconnue
XX	Pas d'anesthésie
AL	Anesthésie locale
LR	Anesthésie locorégionale
AG	Anesthésie générale
RA	Rachianesthésie
PE	Péridurale
SE	Sédation
GP	Générale combinée à péridurale
GR	Générale combinée à locorégionale
HY	Hypnose
AA	Autre
BP	Bloc périphérique