

Nom et prénom du patient :

Date :

Ambulatoire plutôt que stationnaire

Critères médicaux pouvant justifier une prise en charge stationnaire (valable dès le 01.01.2019)

Critères généraux	Intervention	1. Yeux		2. Orthopédie				3. Cardiologie			4. Vaisseaux		5. Chirurgie				6. Gynécologie		7. Urologie	8. ORL	
		1.1 Cataracte	2.1 Chirurgie de la main	2.2 Chirurgie du pied excl. hallux valgus	2.3 AMO	2.4 Arthroscopies du genou* incl. réparations méniscales	3.1 PTCA	3.2 Pacemaker incl. remplacement	4.1 Veines variqueuses des membres inférieurs*	4.2 Angioplastie transluminale percutanée incl. dilatation par ballonnet	5.1 Hémorroïdes*	5.2 Hernies inguinales* excl. intervention de réparation Interventions en cas d'hermie récidivante	5.3 Circoncision	6.1 Interventions sur le col utérin*	6.2 Interventions sur l'utérus*	7.1 ESWL	8.1 Tonsillectomie et adénoïdectomie*				
Age (anniversaire)	En dessous 16 ans Plus de 75 ans			C1	D1	E1	F1	G1	H1	I1	J1	≤ 3	K1	≤ 3	L1	M1	N1	O1	≤ 3	P1	
Malformations	Malformations congénitales de l'appareil circulatoire ou respiratoire					E2			H2		J2		K2				N2			P2	
Maladies cardiaques	Insuffisance ventriculaire gauche; NYHA >II	A3	B3	C3	D3	E3	EF <40% et NYHA >II	F3	G3	H3	I3	J3	K3	L3	M3	N3	O3			P3	
	Hypertension artérielle difficile à réguler**	A4	B4	C4	D4	E4		F4	G4	H4	I4	J4	K4	L4	M4	N4	O4			P4	
Maladies pulmonaires (seulement en cas d'anesthésie générale)	Apnée du sommeil avec AHI ≥15 et pas de CPAP possible	A5	B5	C5	D5	E5		F5	G5	H5	I5	J5	K5	L5	M5	N5	O5			P5	
	COPD > GOLD II	A6	B6	C6	D6	E6		F6	G6	H6	I6	J6	K6	L6	M6	N6	O6			P6	
	Asthme instable ou majoré	A7	B7	C7	D7	E7		F7	G7	H7	I7	J7	K7	L7	M7	N7	O7			P7	
Anomalie de la coagulation (dyscrasie)	Anomalies de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques	A8	B8	C8	D8	E8		F8	G8	H8	I8	J8	K8	L8	M8	N8	O8			P8	
	Anticoagulant thérapeutique		B9	C9	D9	E9		F9	G9	H9	Anticoagulation thérapeutique avec AVK, NACO, liqemine iv	I9	J9	K9	L9	M9	N9	O9		P9	
Anticoagulation	Double anti agrégation plaquettaire		B10	C10	D10	E10	Triple thérapie	F10	G10	H10	Triple thérapie	I10	J10	K10	L10	M10	N10	O10		P10	
Maladies neurologiques	Démence MMS ≤26, test de l'horloge ≤5	A11	B11	C11	D11			F11	G11			I11		L11					O11		P11
Maladies métaboliques	Diabète sucré difficile à réguler, instable***	A12	B12	C12	D12	E12		F12	G12	H12	I12	J12	K12	L12	M12	N12	O12			P12	
	Obésité BMI ≥40 chez les enfants : >97 ^e Percentile			C13	D13	E13	BMI >35	F13	G13	H13	BMI >35	I13	J13	K13		M13	N13	BMI < 18.5 oder >30	O13		P13
	Malnutrition/Cachexie (BMI <17.5, chez les enfants <3 ^e Percentile)	A14	B14	C14	D14	E14		F14	G14	H14	I14	J14	K14	L14	M14	N14	O14			P14	
	Anomalies sévères du métabolisme					E15				H15		J15	K15			N15				P15	
Insuffisance rénale	CKD-EPI >3 (Clearance créatinine <30 ml/mn)	A16	B16	C16	D16	E16	< 60 ml/min	F16	< 60 ml/min	G16	H16	< 60 ml/min	I16	J16	K16	L16	M16	N16	O16		P16
Psychisme	Dépendances (alcool, médicaments, drogue) avec complication					E17				H17		J17	K17			N17				P17	
	Troubles mentaux sévères et instables, qui rendent impossible le suivi du traitement après une intervention ambulatoire	A18	B18	C18	D18	E18		F18	G18	H18	I18	J18	K18	L18	M18	N18	O18			P18	
Facteurs sociaux	Personne de contact pas atteignable par téléphone et pas rapidement sur place dans les premières 24 heures postopératoires	A19	B19	C19	D19	E19	Pas de personne de contact dans le même ménage	F19	Pas de personne de contact dans le même ménage	G19	H19	Pas de personne de contact dans le même ménage	I19	J19	K19	L19	M19	N19	O19		P19
	Pas de possibilité de transport à la maison post-OP ou retour dans un hôpital (incl. Taxi)	A20	B20	C20	D20	E20		F20	G20	H20	I20	J20	K20	L20	M20	N20	O20			P20	
	Durée du trajet > 60 min. à l'hôpital avec urgence 24h et discipline correspondante	A21	B21	C21	D21	E21	>30 Min	F21	>30 Min	G21	H21	>30 Min	I21	J21	K21	L21	M21	N21	O21	>30 Min	P21
	Besoin d'une surveillance permanente					E22					H22		J22	K22			N22			P22	
	Problèmes de compréhension pertinents avec le patient					E23				H23		J23	K23			N23				P23	
Autres raisons	S'il y a d'autres raisons pour une prise en charge stationnaire, veuillez les indiquer sur la demande de garantie de paiement. Ces raisons seront examinées par le médecin-conseil.																				

* Ces groupes d'intervention sont inscrits sur la liste des interventions à fournir en mode ambulatoire du Département fédéral de l'intérieur (DFI)

** Hypertension artérielle incontrôlée > 160 mmHg systolique

*** Diabète sucré avec glycémie capillaire >11.1 ou < 3.6 mmol/L ou HbA1c > 8%

Critères spécifiques à l'intervention	B24	C24	D24	G24	I24	O24
Drain avec débit significatif. Greffes du lambeau pédiculé. AMO combiné au radius/cubitus ou dans le tiers proximal du bras. Récidive du tunnel carpien (SCC).						
Drain avec débit significatif. Greffes du lambeau pédiculé. AMO pour les fractures articulaires complexes (talus, calcaneum, fractures du pilon tibial). > 3 corrections d'orteils en marteau sur 1 côté en 1 session. Pied diabétique avec polyneuropathie.						
Drain avec débit significatif. AMO au niveau de l'omoplate, des côtes et/ou du sternum AMO combiné au radius/cubitus ou dans le tiers proximal du bras. AMO pour les fractures articulaires complexes (talus, calcaneum, fractures du pilon tibial) ou après reconstruction importante des tissus mous. AMO de clous intramédullaires (pas d'embrochage!).						
Intervention bilatérale avec ponction bilatérale. Chirurgie de fente et chirurgie des vaisseaux aortiques. Intervention suite à une complication au point de ponction. Accès via cathéter à ballonnet >6F. Intervention de recanalisation suite à une obstruction. Retrait d'un corps étranger endovasculaire.						
Calcul infectieux (calcul sur pyélonéphrite obstructive ou sur infections récurrentes avec uricacé positif au même germe).						

Afin de faciliter l'application du concept "ambulatoire plutôt que stationnaire", vous trouverez ci-dessus des critères médicaux non exhaustifs permettant de justifier une prise en charge stationnaire plutôt qu'ambulatoire. Même si l'un des critères est rempli, le patient peut quand même être pris en charge en ambulatoire. A contrario, un patient peut être hospitalisé même si aucun des critères ci-dessus n'est rempli à condition que le médecin justifie la prise en charge stationnaire.

Si un patient doit être hospitalisé pour une prestation figurant sur la liste du canton, une demande de garantie de paiement doit être déposée au préalable. Si un des critères médicaux ci-dessus est rempli (en vert), le code concerné doit être inscrit sur la demande de garantie de paiement (rubrique F) ou la case y relative doit être cochée et transmise avec la demande de garantie de paiement. La demande de garantie de paiement sera acceptée sans examen.

Si d'autres raisons justifient une prise en charge stationnaire (autres raisons, en rouge), le médecin requérant doit les indiquer sur la demande de garantie de paiement (rubrique F). Ces raisons feront par contre l'objet d'une analyse par le médecin-conseil.