

## RÉFÉRENTIELS

Cadre d'interopérabilité des SIS - Couche Contenus

### **Volet Télémedecine**

**(TLM\_2026.01)**

## Spécifications fonctionnelles

05/05/2026



# Sommaire

<b>1</b>	<b>POSITIONNEMENT DANS LE CADRE D'INTEROPERABILITE .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>UN VOLET EN DEUX PARTIES .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>LE MODELE METIER .....</b>	<b>5</b>
3.1	LE VOLET TELEMEDECINE (TLM) .....	5
3.2	LES CAS D'USAGES.....	5
3.2.1	<i>La téléconsultation où le patient est seul.....</i>	5
3.2.2	<i>La téléconsultation où le patient est accompagné d'un PS.....</i>	6
3.2.3	<i>La téléexpertise entre deux professionnels de santé.....</i>	6
3.3	LES DOCUMENTS DE TELEMEDECINE.....	7
3.3.1	<i>Liste des documents de télémédecine.....</i>	7
3.3.2	<i>Demande d'acte de télémédecine (TLM-DA) structurée .....</i>	8
3.3.2.1	Données administrative .....	8
3.3.2.2	Données médicales .....	9
3.3.2.2.1	Liste des rubriques .....	9
3.3.2.2.2	Anamnèse et facteurs de risques .....	10
3.3.2.2.1	Traitements .....	13
3.3.2.2.1	Dispositifs médicaux.....	14
3.3.2.2.1	Signes vitaux .....	14
3.3.2.2.1	Résultats d'examens.....	14
3.3.2.2.1	Obstétrique .....	15
3.3.2.2.2	Documents ajoutés.....	15
3.3.3	<i>CR de télémédecine (TLM-CR) non structuré.....</i>	16
3.3.3.1	Données administratives.....	16
3.3.3.2	Données médicales .....	16
<b>4</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>17</b>
4.1	ACRONYMES.....	17
4.2	CARDINALITES ET TYPES DE DONNEES .....	17
4.3	HISTORIQUE DU DOCUMENT .....	18

# 1 Positionnement dans le cadre d'interopérabilité

Les systèmes d'information dans les domaines sanitaire et médico-social doivent être communicants pour favoriser la coopération des professionnels dans le cadre des parcours de santé centrés sur le patient et pour aider la décision médicale.

Le **Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS)** fixe les règles d'une informatique de santé communicante. Il couvre :

- **l'interopérabilité sémantique**, portant sur les contenus métiers, qui permet le traitement des données de santé et leur compréhension par les systèmes d'information en s'appuyant sur un langage commun ;
- **l'interopérabilité technique**, qui porte sur les services garantissant l'échange et le partage des données de santé et sur le transport des flux dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité des données personnelles de santé.

L'interopérabilité sémantique, portant sur les contenus métiers, est assurée par la définition de **modèles de documents médicaux** à implémenter dans les logiciels médicaux. Ces modèles sont décrits dans des **Volets Modèles de documents médicaux** (aussi appelés *Modèles de contenus*) qui appartiennent à la couche Contenu du CI-SIS (encadré orangé de la Figure 1 ci-dessous).

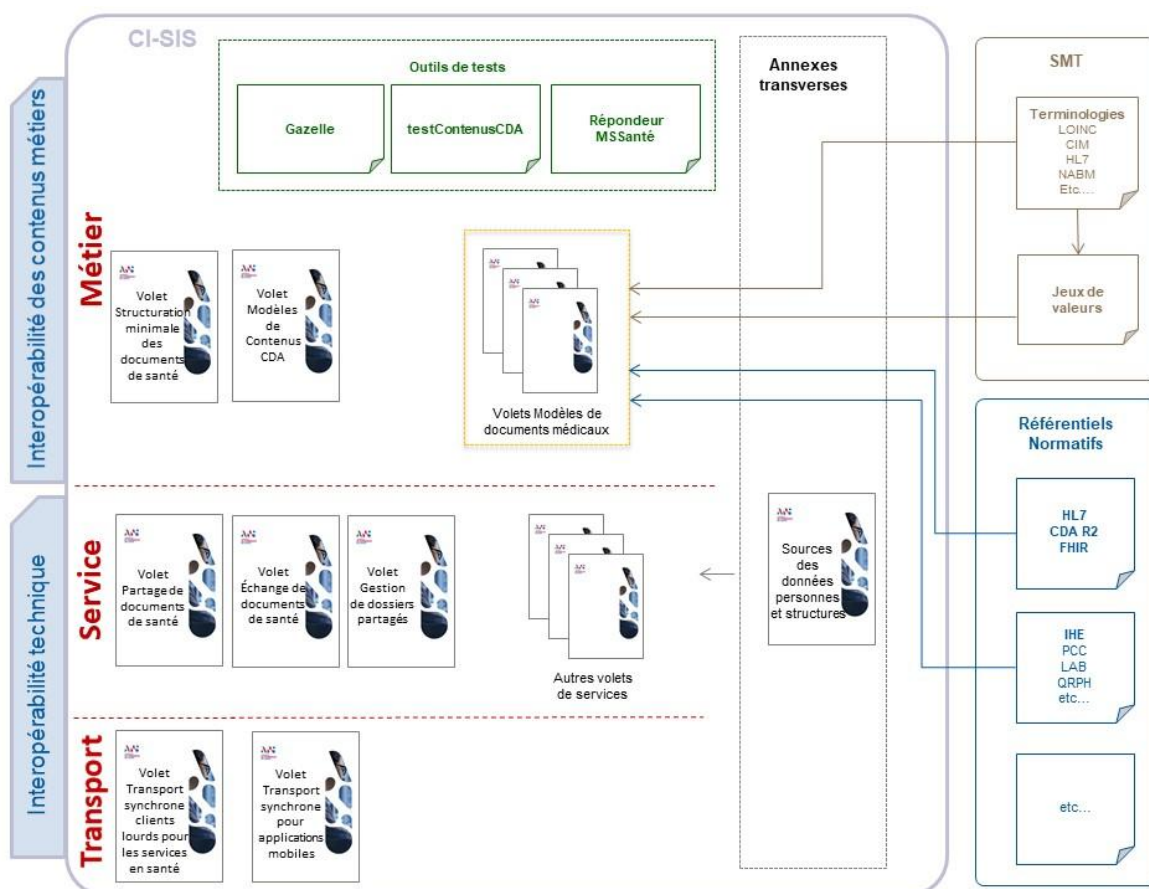


Figure 1 – Les volets Modèles de documents médicaux dans le CI-SIS

## 2 Un volet en deux parties

Ce volet fait partie de la couche « *Contenus* » du CI-SIS.

Ce volet spécifie les modèles de documents suivants :

- **Demande d'acte de télémédecine** (téléconsultation ou téléexpertise uniquement) (**TLM-DA**) dans le format **CDA R2 niveau 3** ;
- **Compte-rendu d'acte de télémédecine** (téléconsultation ou téléexpertise uniquement) (**TLM-CR**) dans le format **CDA R2 niveau 1**.

Ce volet comporte :

- **des spécifications fonctionnelles (le présent document)** qui décrit les modèles métier des deux documents et validés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).
- **des spécifications techniques** élaborées par l'ANS à partir des spécifications fonctionnelles. Les spécifications techniques transposent dans une syntaxe normée les données décrites dans les spécifications fonctionnelles. L'interopérabilité est garantie car ces spécifications techniques sont exprimées sous la forme du standard *Clinical Document Architecture* (CDA R2), en s'appuyant sur les briques interopérables spécifiées par IHE (International Health Enterprise) et les spécifications techniques du Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS).

Les spécifications techniques sont complétées par :

- **Des exemples d'implémentation en CDA R2** (<https://github.com/ansforge/interop-outil-cda-testcontenucda3.0-outil-validation-documents-cda/tree/main/ExemplesCDA>)
- **Des éléments sémantiques** (jeux de valeurs / terminologies) utilisés pour le codage des données métiers des documents ([IG Terminologies de santé](#)).
- **Un outil de vérification en local (testContenuCDA)** de la compatibilité des documents produits. Il est téléchargeable à partir de l'[espace de publication du CI-SIS](#).
- **Un outil de vérification en ligne (Gazelle)** de la compatibilité des documents produits.

## 3 Le modèle métier

### 3.1 Le Volet Télémédecine (TLM)

Le Volet Télémédecine (TLM) constitue les **spécifications fonctionnelles et techniques des documents médicaux électroniques à produire** par les logiciels des médecins pratiquant la télémédecine lors des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Par la lettre de mission du 23 mars 2018, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) missionne l'ASIP Santé, pour l'enrichissement du cadre d'interopérabilité pour faciliter la mise en œuvre des actes de télémédecine et leur facturation.

Cette démarche est menée conjointement à l'entrée dans le droit commun, à partir du 15 septembre 2018, du remboursement de la téléconsultation et de la téléexpertise. L'arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale signée le 25 août 2016 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie décrit les conditions de la pratique de la téléconsultation et de la téléexpertise.

### 3.2 Les cas d'usages

Trois cas d'usages génériques sont définis :

#### 3.2.1 La téléconsultation où le patient est seul

Le patient fait une demande de téléconsultation directement au médecin téléconsulté (requis) via une plateforme de télémédecine ou tout autre moyen. Le patient peut joindre à cette demande un (ou des) document(s) au format texte, PDF, jpeg, etc...

A l'issue de la téléconsultation, le médecin téléconsulté (requis) rédige, sous la forme d'un texte libre, un **compte-rendu d'acte de télémédecine (TLM-CR)**. Il peut également joindre à ce compte rendu d'autres documents au format texte ou PDF.

Le médecin téléconsulté (requis) peut ensuite mettre ce **compte-rendu d'acte de télémédecine (TLM\_CR)** en partage dans le DMP ou l'échanger par messagerie sécurisée de santé avec le médecin traitant et d'autres professionnels de santé (PS).

Dans ce cas d'usage :

- **La demande de téléconsultation par le patient ne relève pas du CI-SIS.**
- **Le CR de télémédecine (TLM-CR) est un document au format CDA R2 niveau 1 (à corps non structuré).**

### 3.2.2 La téléconsultation où le patient est accompagné d'un PS

Le patient est assisté par un professionnel de santé (par exemple PS au sein d'un EHPAD) pour envoyer une demande de téléconsultation à un autre médecin. Cette demande comprend des informations administratives (patient, PS demandeur, ...), le motif de la demande et des données de santé (antécédents médicaux, facteurs de risques, traitements en cours, etc.).

Le grand nombre de demandes de téléconsultation à partir d'établissements comme les EHPAD justifie la structuration des données médicales systématiquement fournies à chaque demande (comme par exemple, les antécédents médicaux du patient). Ces données peuvent être récupérées, dans un certain nombre de cas, à partir du dossier patient du logiciel métier du lieu où se trouve le patient (le SI de l'EHPAD par exemple). Le PS demandeur (requérant) peut joindre à cette **demande d'acte de télémedecine (TLM-DA)** un (ou des) document(s) au format texte, PDF, jpeg, etc...

La suite de ce cas d'usage, sur la production d'un **CR de télémedecine (TLM-CR)**, est identique au cas d'usage précédent (La téléconsultation où le patient est seul) décrit dans le § 3.2.1.

Dans ce cas d'usage :

- **La demande d'acte de télémedecine (TLM-DA) peut porter des données de santé structurées récupérées du dossier patient du logiciel métier de l'établissement ou du PS. Le modèle de cette demande d'acte de télémedecine (TLM-DA) est donc un modèle à corps structuré au format CDA R2 niveau 3.**
- **Le CR de télémedecine (TLM-CR) est un document au format CDA R2 niveau 1 (à corps non structuré).**

### 3.2.3 La téléexpertise entre deux professionnels de santé

Un professionnel de santé (exercice libéral ou hospitalier) envoie une demande de téléexpertise à un professionnel de santé spécialiste (exercice libéral ou hospitalier). Cette demande comprend des informations administratives (patient, médecin demandeur (requérant), ...), le motif de la demande et des données de santé (antécédents médicaux, facteurs de risques, traitements en cours, etc.).

Le grand nombre de demandes de téléexpertise entre médecins traitants et spécialistes justifie la structuration des données médicales systématiquement fournies à chaque demande (comme par exemple, les antécédents médicaux du patient). Ces données peuvent être récupérées, dans un certain nombre de cas, à partir du dossier patient du logiciel métier du PS demandeur (requérant). Le PS demandeur (requérant) peut joindre à cette **demande d'acte de télémedecine (TLM-DA)** un (ou des) document(s) au format texte, PDF, jpeg, etc... (imagerie médicale, résultats d'examen, etc.).

A l'issue de la téléexpertise, le médecin sollicité (requis) rédige, sous la forme d'un texte libre, un **CR de télémedecine (TLM-CR)**. Il peut également joindre à ce compte rendu d'autres documents au format texte, PDF, jpeg, etc...

Le médecin sollicité (requis) répond au PS demandeur (requérant) par messagerie sécurisée de santé en lui adressant ce **CR de télémédecine (TLM-CR)**. Il pourra ensuite être échangé par messagerie sécurisée de santé avec d'autres PS ou mis en partage dans le DMP du patient.

Dans ce cas d'usage :

- **La demande d'acte de télémédecine (TLM-DA) peut porter des données de santé structurées récupérées du dossier patient du logiciel métier du PS demandeur (requérant). Le modèle de cette demande d'acte de télémédecine (TLM-DA) est donc un modèle à corps structuré au format CDA R2 niveau 3.**
- **Le CR de télémédecine (TLM-CR) est un document au format CDA R2 niveau 1 (à corps non structuré).**

## 3.3 Les documents de télémédecine

### 3.3.1 Liste des documents de télémédecine

Le format des documents de télémédecine sont définis en fonction des données qu'ils portent.

Le tableau ci-dessous résume les formats retenus pour chaque cas d'usage :

La téléconsultation où le patient est seul		
Demande de téléconsultation par le patient		<i>Hors cadre CI-SIS</i>
CR de télémédecine (TLM-CR)	Texte libre	Modèle à corps non structuré
La téléconsultation où le patient est accompagné d'un PS		
Demande d'acte de télémédecine (TLM-DA)	Données structurées	Modèle à corps structuré
CR de télémédecine (TLM-CR)	Texte libre	Modèle à corps non structuré
La téléexpertise entre deux professionnels de santé		
Demande d'acte de télémédecine (TLM-DA)	Données structurées	Modèle à corps structuré
CR de télémédecine (TLM-CR)	Texte libre	Modèle à corps non structuré

Il y aura donc 2 modèles de documents de télémédecine :

- **La demande d'acte de télémédecine (TLM-DA)**, document à corps structuré ;
- **Le CR de télémédecine (TLM-CR)**, document à corps non structuré.

### 3.3.2 Demande d'acte de télémédecine (TLM-DA) structurée

La demande d'acte de télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise) faite par un PS demandeur (requérant) et transmise au médecin téléconsulté (requis) est un document structuré au format CDA R2 niveau 3 qui contient :

- **Des données administratives**, portées dans l'en-tête du document conformément aux *Volet Structuration minimale des documents de santé*.
- **Le motif de la demande et des données médicales structurées**, portées dans le corps du document conformément aux spécifications techniques de ce volet.

#### 3.3.2.1 Données administrative

La structure de l'entête du document TLM-DA se conforme aux spécifications du *Volet Structuration minimale des documents de santé*.

Le tableau ci-dessous ne présente (en bleu) que les contraintes spécifiques à l'entête du document TLM-DA :

Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
<b>Données administratives propres au document</b>			
Type de document	[1..1]	CE	75496-0 [LOINC] Demande d'acte de télémédecine
Titre du document	[1..1]	ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour une téléconsultation : "Demande de téléconsultation"</li> <li>• Pour une téléexpertise : "Demande de téléexpertise"</li> </ul>
<b>Patient</b>			
Identifiants du patient	[1..*]	II	Matricule INS obligatoire Numéro de sécurité sociale si possible
<b>Auteur</b>			
Rôle fonctionnel de l'auteur	[1..1]	CE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "PCP" pour le médecin traitant</li> <li>• "ATTPHYS" pour un médecin référent</li> <li>• "353" pour un membre de l'équipe de soins</li> </ul>
<b>Destinataire du document</b>			
Evènement principal documenté [1]	[1..1]		<b>Le médecin téléconsulté (requis)</b> Permet d'indiquer, lorsqu'il est connu, le médecin téléconsulté ou requis.
<b>Acte de télémédecine</b>			
Code de l'acte	[1..1]		Une première instanciation de l'évènement documenté est obligatoire pour préciser l'acte de télémédecine. <b>Code de l'acte [obligatoire dans le TLM-DA]</b> Code issu de la NGAP (1.2.250.1.215.300.3)
Date de début et de fin de l'acte	[1..1]	TS	
Exécutant de l'acte	[1..1]		<b>Médecin demandeur (requérant)</b>
<b>Acte d'accompagnement</b>			
Evènement documenté [2]	[0..1]		Une deuxième instanciation de l'évènement documenté est possible pour préciser un acte d'accompagnement.
Code de l'acte	[1..1]		<b>Code de l'acte [obligatoire dans le TLM-DA]</b> Code issu de la NGAP (1.2.250.1.215.300.3)
Date de début et de fin de l'acte	[1..1]	TS	[obligatoire dans le TLM-DA]
Exécutant de l'acte	[1..1]		<b>Accompagnant [obligatoire dans le TLM-DA]</b>
<b>Prise en charge</b>			
Type de prise en charge	[1..1]	CE	"VR" pour "Virtuelle"

### 3.3.2.2 Données médicales

#### 3.3.2.2.1 Liste des rubriques

Les données médicales contenues dans les documents des actes de télémédecine sont extraites du dossier médical du patient détenu par le médecin requérant.

Les rubriques principales de la demande sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Niv.	Rubrique	Card.	Commentaires
1	Anamnèse et facteurs de risques	[1..1]	<b>Cette rubrique est obligatoire</b> car elle contient au minimum la sous-rubrique Anamnèse.
2	Anamnèse	[1..1]	<b>Cette sous-rubrique est obligatoire</b>
3	Problèmes actifs	[0..1]	<b>Cette sous-rubrique est facultative</b> Si le patient n'a aucun problème actif, la demande doit l'indiquer explicitement.
3	Antécédents médicaux	[0..1]	<b>Cette sous-rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que si le patient a des antécédents médicaux.
3	Antécédents chirurgicaux	[0..1]	<b>Cette sous-rubrique est facultative.</b> Si le patient n'a aucun antécédent chirurgical, la demande doit l'indiquer explicitement.
3	Allergies, hypersensibilités non allergiques, intolérances et idiosyncrasies	[0..1]	<b>Cette sous-rubrique est facultative.</b> Si le patient n'a aucune allergie, hypersensibilité non allergique, intolérance et idiosyncrasie passée ou en cours, la demande doit l'indiquer explicitement.
3	Antécédents familiaux	[0..1]	<b>Cette sous-rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les antécédents familiaux pouvant influencer sur l'état de santé du patient
2	Mode de vie	[0..1]	<b>Cette sous-rubrique (non codée) est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les habitudes et modes de vie du patient.
2	Facteurs de risques professionnels	[0..1]	<b>Cette sous-rubrique (non codée) est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les informations décrivant les risques professionnels du patient pouvant influencer sur l'état de santé du patient.
1	Traitements (de fond ou pas) passés, en cours et à venir.	[1..1]	<b>Cette rubrique est obligatoire.</b> Si le patient n'a aucun traitement médicamenteux passé, en cours ou à venir, la demande doit l'indiquer explicitement.
1	Dispositifs médicaux	[0..1]	<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour lister les dispositifs médicaux implantés.
1	Constantes	[0..1]	<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les signes vitaux observés.
1	Résultats d'examens	[0..1]	<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les résultats d'actes techniques, d'examens complémentaires ou d'examens de biologie.
1	Obstétrique	[0..1]	<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour lister les informations liées à une grossesse en cours ou à des grossesses antérieures.

### 3.3.2.2.2 Anamnèse et facteurs de risques

Cette rubrique est obligatoire car elle contient au minimum la sous-rubrique obligatoire "Anamnèse" et peut aussi contenir les sous-rubriques "Habitus, mode de vie" et "Facteurs de risques professionnels".

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
1	<b>Anamnèse et facteurs de risques</b>	[1..1]	N	<b>Cette rubrique est obligatoire.</b>
2	<b>Anamnèse</b>	[1..1]		<b>Cette rubrique est obligatoire.</b>
3	Commentaire sur l'anamnèse	[0..1]	ST	
3	<b>Problèmes actifs</b>	[0..1]		Cette rubrique est facultative Si le patient n'a aucun problème actif, la demande doit l'indiquer explicitement.
4	Commentaire sur les problèmes actifs	[0..1]	ST	
4	<b>Problème</b>	[0..*]		
5	Type d'observation	[1..1]	CD	<b>jdvd-code-probleme-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.172).
5	Date de début du problème	[1..1]	TS	
5	Date de fin du problème	[0..1]	TS	
5	Problème observée	[1..1]	CD	<b>CIM10FRPMSI</b> (2.16.840.1.113.883.6) <b>CISP2</b> (2.16.840.1.113883.6.139)
5	Sévérité	[0..1]	CD	<b>jdvd-severite-observation-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.675)
5	Statut du problème	[0..1]	CE	<b>jdvd-hl7-condition-clinical-cisis</b> (2.16.840.1.113883.4.642.3.164)
5	Statut clinique du patient	[0..1]	CE	<b>jdvd-health-status-code-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.4.2.283.1).
3	<b>Antécédents médicaux</b>	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que si le patient a des antécédents médicaux.
4	Commentaire sur les antécédents médicaux	[0..1]	ST	
4	<b>Problème</b>	[0..*]		
5	Type d'observation	[1..1]	CD	<b>jdvd-code-probleme-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.172).
5	Date de début du problème	[1..1]	TS	
5	Date de fin du problème	[0..1]	TS	
5	Problème observée	[1..1]	CD	<b>CIM10FRPMSI</b> (2.16.840.1.113.883.6) <b>CISP2</b> (2.16.840.1.113883.6.139)
5	Sévérité	[0..1]	CD	<b>jdvd-severite-observation-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.675)
5	Statut du problème	[0..1]	CE	<b>jdvd-hl7-condition-clinical-cisis</b> (2.16.840.1.113883.4.642.3.164)
5	Statut clinique du patient	[0..1]	CE	<b>jdvd-health-status-code-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.4.2.283.1).
3	<b>Antécédents chirurgicaux</b>	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative.</b> Si le patient n'a aucun antécédent chirurgical, la demande doit l'indiquer explicitement.
4	Commentaire sur les antécédents chirurgicaux	[0..1]	ST	
4	<b>Acte</b>	[0..*]		
5	Type d'acte	[1..1]	CD	<b>CCAM</b> (1.2.250.1.215.300.1)
5	Statut de l'acte	[1..1]	CS	<b>jdvd-hl7-v3-ActStatus-cisis</b> (2.16.840.1.113883.1.11.15933)
5	Date de l'acte	[0..1]	TS	Si l'acte a été réalisé : date de l'acte. Si l'acte a été annulé ou arrêté : garder la valeur initiale si elle était renseignée. Si l'acte est prévu : date de planification si elle est connue ou 'inconnue' si elle n'est pas connue.

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
5	Priorité	[0..1]	CE	<b>jdV-hI7-v3-ActPriority-cisis</b> (2.16.840.1.113883.1.11.16866) Obligatoire si intervention prévue et la date non renseignée. Facultatif si intervention réalisée
5	Voie d'abord	[0..*]	CD	Non renseigné si la voie d'abord est contenue dans le code de l'acte (comme c'est le cas avec la CCAM). SNOMED_CT (2.16.840.1.113883.6.96)
5	Localisation anatomique	[0..*]	CD	SNOMED_CT (2.16.840.1.113883.6.96)
5	Chirurgien ayant effectué l'intervention	[0..*]		
5	Motif de l'acte	[0..*]		Référence à la pathologie
5	Circonstances ayant décidé de l'acte	[0..*]		Référence à la consultation
<b>3</b>	<b>Allergies et hypersensibilités</b>	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative.</b> Si le patient n'a aucune allergie, hypersensibilité non allergique, intolérance et idiosyncrasie passée ou en cours, la demande doit l'indiquer explicitement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• "aucune allergie connue" quand il a bien été vérifié qu'il n'y a pas d'allergie connue ;</li> <li>• "Information inconnue" quand l'information n'est pas connue et que cela n'a pas été vérifié.</li> </ul>
4	Commentaire sur les allergies, hypersensibilités non allergiques, intolérances ou idiosyncrasies	[0..1]	ST	
<b>4</b>	<b>Allergie ou intolérance</b>	[0..*]		
5	Type d'allergie / hypersensibilité non allergique / intolérance / idiosyncrasie	[1..1]	CD	<b>jdV-type-evenement-indesirable-previsible-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.794). Si le type précis n'est pas connu, utiliser la valeur par défaut "propension aux effets indésirables"
5	Date de début	[1..1]	TS	
5	Date de fin	[1..1]	TS	
5	Agent responsable	[0..1]	CD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>pour les médicaments : CIP</b> (1.2.250.1.213.2.3.2) ou <b>UCD</b> (1.2.250.1.213.2.62)</li> <li>• <b>Pour les substances : SMS</b> (2.16.840.1.113883.3.6905.2)</li> <li>• <b>Pour les substances non présentes dans SMS</b> (par exemple feuille de millepertuis ou extrait d'organe) : <b>texte libre</b></li> <li>• <b>Pour les aliments : CIM11MMS</b> (2.16.840.1.113883.6.347)</li> <li>• <b>Agent environnemental ou physique : CIM11MMS</b> (2.16.840.1.113883.6.347)</li> </ul>
5	Réaction observée	[0..*]	CD	<b>CIM11MMS</b> (2.16.840.1.113883.6.347)
5	Statut de l'allergie / hypersensibilité non allergique / intolérance / idiosyncrasie	[0..1]	CD	<b>jdV-hI7-allergyintolerance-clinical-cisis</b> (2.16.840.1.113883.4.642.3.1372)
5	Criticité de l'allergie / hypersensibilité non allergique / intolérance / idiosyncrasie	[0..1]	CD	<b>jdV-hI7-allergy-intolerance-criticality-cisis</b> (2.16.840.1.113883.4.642.3.129)
5	Certitude de l'allergie / hypersensibilité non allergique / intolérance / idiosyncrasie	[0..1]	CD	<b>jdV-hI7-condition-ver-status-cisis</b> (2.16.840.1.113883.4.642.3.166)
<b>3</b>	<b>Antécédents familiaux</b>	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les antécédents familiaux pouvant influencer sur l'état de santé du patient

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
4	Commentaire sur les antécédents familiaux	[0..1]	ST	
<b>4</b>	<b>Antécédents familiaux d'un sujet</b>	<b>[1..*]</b>		
5	Lien de parenté	[1..1]	CD	<b>jdV-hl7-v3-PersonalRelationshipRoleType-cis</b> (2.16.840.1.113883.1.11.19563)
5	Identifiants du sujet	[0..*]	II	
5	Sexe du sujet	[0..1]	CD	<b>jdV-hl7-v3-AdministrativeGender-cis</b> (2.16.840.1.113883.1.11.1)
5	Antécédent familial observé	[1..*]		
6	Type d'observation	[1..1]	CD	<b>jdV-code-probleme-cis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.172).
6	Valeur de l'observation	[1..1]	CD	<b>CIM10FRPM</b> SI (2.16.840.1.113.883.6) <b>CISP2</b> (2.16.840.1.113883.6.139)
<b>2</b>	<b>Habitus, mode de vie</b>	<b>[0..1]</b>		<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les habitudes et modes de vie du patient.
	<i>Commentaires sur les habitudes, mode de vie</i>		ST	
<b>2</b>	<b>Facteurs de risques professionnels</b>	<b>[0..1]</b>		<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les informations décrivant les risques professionnels du patient pouvant influencer sur l'état de santé du patient.
	<i>Commentaires sur les facteurs de risques professionnels</i>		ST	

### 3.3.2.2.1 Traitements

Cette rubrique est obligatoire et permet d'indiquer les **traitements (de fond ou pas) passés, en cours et à venir**.

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
1	Traitements	[1..1]		<b>Cette rubrique est obligatoire.</b> Si le patient n'a aucun traitement médicamenteux passé, en cours ou à venir, la demande doit l'indiquer explicitement.
2	Commentaire sur les traitements	[0..1]	ST	Texte libre
2	Traitement	[1..*]		Au minimum 1 entrée si pas de traitement ou pas d'information.
3	Mode d'administration	[1..1]		<i>Exemple : Normal, doses progressives, doses fractionnées, doses conditionnelles, doses combinées, doses à début différé</i>
3	Date de début du traitement	[1..1]	TS	Si la date de début du traitement n'est pas connue, utiliser l'élément nullFlavor="UNK"
3	Date de fin du traitement	[1..1]	TS	Si la date de fin du traitement n'est pas connue, utiliser l'élément nullFlavor="UNK"
3	Fréquence d'administration	[0..1]	TS	
3	Voie d'administration	[0..1]	CD	<b>EDQM Standard terms</b> (0.4.0.127.0.16.1.1.2.1) / <b>classe ROA</b> (Voie d'administration)
3	Région anatomique d'administration	[0..1]	CD	<b>jdv-human-substance-administration-site-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.686)
3	Dose à administrer	[0..1]		<i>Ex : "100 à 400 mg", "2 gélules", etc...</i>
3	Rythme d'administration	[0..1]		<i>Ex : "500 mg par heure"</i>
3	Médicament	[1..1]	CD	<b>CIS</b> (1.2.250.1.213.2.3.1) <b>CIP</b> (1.2.250.1.213.2.3.2) <b>UCD</b> (1.2.250.1.213.2.62) <b>ATC</b> (2.16.840.1.113883.6.73) <b>MEDICABASE</b> (1.2.250.1.213.2.59) <b>DC</b> (1.2.250.1.213.2.58)
3	Prescription	[0..*]	II	Identifiant de la prescription
3	Instruction au patient	[0..1]	ST	

### 3.3.2.2.1 Dispositifs médicaux

Cette rubrique est facultative et permet d'indiquer les **dispositifs médicaux implantés** chez le patient.

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
1	<b>Dispositifs médicaux</b>	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour lister les dispositifs médicaux implantés.
2	Commentaire sur les dispositifs médicaux	[0..1]	ST	
2	<b>Dispositif médical</b>	[0..*]		
3	Identifiant du dispositif	[0..*]	CD	
3	Date d'utilisation du dispositif	[1..1]	TS	
3	Catégorie de dispositif	[1..1]	CD	<b>EMDN (1.2.250.1.213.2.68)</b>
3	Autre code du dispositif	[0..*]	TS	

### 3.3.2.2.1 Signes vitaux

Cette rubrique est facultative et n'est créée que pour indiquer les signes vitaux observés.

1	<b>Signes vitaux</b>	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle n'est créée que pour indiquer les signes vitaux observés.
2	Commentaire sur les signes vitaux	[0..1]		Texte libre
2	<b>Signe vital</b>	[1..*]		
3	Signe vital observé	[1..1]	CD	<b>jdv-signe-vital-cisis</b> (1.2.250.1.213.1.1.5.171)
3	Date de l'observation	[0..1]	TS	
3	Valeur observée	[1..1]		
3	Interprétation	[0..1]		<b>jdv-hl7-v3-ObservationInterpretation-cisis</b> (2.16.840.1.113883.1.11.78)
3	Méthode utilisée pour l'observation	[0..1]		
3	Site de l'observation	[0..1]		

### 3.3.2.2.1 Résultats d'examens

Cette rubrique est facultative et n'est créée que pour indiquer les résultats d'actes techniques, d'examens complémentaires ou d'examens de biologie.

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
1	<b>Résultats d'examens</b>	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative.</b>
2	Commentaire sur les résultats	[0..1]	ST	
2	Résultats pertinents des actes techniques	[0..*]	ST	
2	Résultats pertinents des examens complémentaires	[0..*]	ST	
2	Résultats pertinents des examens biologiques	[0..*]	ST	

### 3.3.2.2.1 Obstétrique

**Cette rubrique est facultative** et n'est créée que pour lister les informations liées à une grossesse en cours ou à des grossesses antérieures.

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
1	Obstétrique	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative.</b>
2	Commentaire sur l'obstétrique	[0..1]	ST	Texte libre
2	Observation sur l'obstétrique	[0..*]		<b>Cette rubrique est facultative</b> et n'est créée que pour lister les observations sur l'obstétrique.
3	Catégorie de l'observation	[1..1]	CE	Liste des observations : <ul style="list-style-type: none"> <li>Statut de grossesse (enceinte, pas enceinte, inconnu)</li> <li>Statut de l'état menstruel</li> <li>Date des dernières règles</li> <li>Date prévisionnelle de l'accouchement</li> <li>Age gestationnel du fœtus</li> <li>Grossesses multiples</li> </ul>
3	Résultat de l'observation	[1..1]		Le type de la valeur observée dépend de la catégorie de l'observation : <ul style="list-style-type: none"> <li>CE pour Statut de grossesse (enceinte, pas enceinte, inconnu)</li> <li>CE pour Statut de l'état menstruel</li> <li>TS pour Date des dernières règles</li> <li>TS pour Date prévisionnelle de l'accouchement</li> <li>PQ pour Age gestationnel du fœtus</li> <li>BL pour Grossesses multiples</li> </ul>

### 3.3.2.2.2 Documents ajoutés

Cette rubrique permet de joindre un document à la demande de téléconsultation ou de téléexpertise.

Chaque document, quel que soit son type (pdf, rtf, jpeg, tiff ou txt), est encodé en base64 et encapsulé dans la demande.

Niv.	Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
1	Documents ajoutés	[0..1]		<b>Cette rubrique est facultative</b> Elle permet d'attacher un ou plusieurs documents dans la demande.
2	Document attaché	[1..*]		
3	Nature du document attaché	[1..1]	CD	
3	Document attaché encodé en Base64	[1..1]		

### 3.3.3 CR de télémédecine (TLM-CR) non structuré

Le CR de télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise) fait par un médecin téléconsulté (requis) et transmis au médecin téléconsultant (requérant) est un **document non structuré au format CDA R2 niveau 1** qui contient :

- Les données administratives seront portées dans l'en-tête du document conformément aux *Volet Structuration minimale des documents de santé*.
- Le compte rendu sera au format pdf encapsulé dans le corps du document.

#### 3.3.3.1 Données administratives

La structure de l'entête du document TLM-CR se conforme aux spécifications du *Volet Structuration minimale des documents de santé*.

Le tableau ci-dessous ne présente (en bleu) que les contraintes spécifiques à l'entête du document TLM-CR :

Élément de donnée	Card	Type	Jeu de valeurs / commentaires
<b>Données administratives propres au document</b>			
Type de document	[1..1]	CE	85208-7 [LOINC] CR de télémédecine
Titre du document	[1..1]	ST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour une téléconsultation : "CR de téléconsultation"</li> <li>• Pour une téléexpertise : "CR de téléexpertise"</li> </ul>
<b>Patient</b>			
Identifiants du patient	[1..*]	II	Matricule INS obligatoire Numéro de sécurité sociale si possible
Auteur	[1..1]		<b>Le médecin sollicité ou requis, auteur du CR</b> Une seule occurrence est obligatoire pour indiquer l'auteur du CR de télémédecine.
Destinataire en copie du document	[1..1]		<b>Le PS téléconsultant ou requérant</b> Une occurrence est obligatoire pour indiquer le PS téléconsultant ou requérant.
<b>Évènement principal documenté [1]</b>			
Code de l'acte	[1..1]		<b>Code de l'acte</b> [obligatoire dans le TLM-CR] Code issu de la NGAP (1.2.250.1.215.300.3)
Date de début et de fin de l'acte	[1..1]	TS	
Exécutant de l'acte	[1..1]		<b>Médecin téléconsulté (requis)</b>
<b>Évènement documenté [2]</b>			
Code de l'acte	[1..1]		<b>Code de l'acte</b> [obligatoire dans le TLM-CR] Code issu de la NGAP (1.2.250.1.215.300.3)
Date de début et de fin de l'acte	[1..1]	TS	[obligatoire dans le TLM-CR]
Exécutant de l'acte	[1..1]		<b>Accompagnant</b> [obligatoire dans le TLM-CR]
<b>Prise en charge</b>			
Type de prise en charge	[1..1]	CE	"VR" pour "Virtuelle"

#### 3.3.3.2 Données médicales

Le compte rendu sera au format pdf ou txt, encapsulé dans le corps du document.

## 4 Annexes

### 4.1 Acronymes

Acronyme	Libellé
ANS	L'agence du numérique en santé
CDA R2	Clinical Document Architecture Release 2
CI-SIS	Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé
ES	Etablissement de santé
JDV	Jeu de valeurs
PCC	Patient Care Coordination (domaine d'IHE)
PS	Professionnel de santé
TLM	Télémédecine
TLM-DA	Demande d'acte de télémédecine
TLM-CR	Compte rendu d'acte de télémédecine

### 4.2 Cardinalités et types de données

Les cardinalités (colonne « Card ») permettent d'indiquer si les données sont obligatoires ou facultatives et le nombre minimum (à gauche) et maximum (à droite) d'occurrences. Exemples :

Card	Définition
[1..1]	La donnée est obligatoire (minimum 1 occurrence) et 1 seule occurrence possible (maximum 1 occurrence).
[1..3]	La donnée est obligatoire (minimum 1 occurrence) et maximum 3 occurrences.
[1..*]	La donnée est obligatoire (minimum 1 occurrence) et pas de maximum.
[0..1]	La donnée est facultative (minimum 0) et maximum 1 occurrence.
[0..*]	La donnée est facultative (minimum 0) et pas de maximum.

Les types de données (colonne « Type ») indiquent le format des données. Exemples :

Type	Définition
ST	Texte libre
CS / CV / CE / CD	Code
BL	Booléen (O/N ou vrai/faux)
II	Identifiant
TS	Date et heure (plusieurs formats possibles du type AAAA / AAAAMMJJ / AAAAMMJJhhmm+/-ZZzz)
PN	Personne
ON	Organisation
AD	Adresse
TEL	Téléphone

## 4.3 Historique du document

Historique du document		
Version	Date	Action
V0.1	06/09/2019	Création du document
V0.2	11/10/2019	Modification du document suite à la relecture CGO
V0.3	21/10/2019	Relecture Experts métier
V0.4	18/11/2019	Relecture qualité
V0.5	18/12/2019	Relecture
V0.6	20/12/2019	<b>Version en concertation</b> Modifications TLM-DA : suppression de la sur-section "Traitements et dispositifs médicaux"
V1.0	27/03/2020	<b>Version publiée</b> Intégrant les commentaires reçus pendant la concertation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrections de cardinalités dans l'en-tête des documents.</li> <li>- Ajout de "équipe de soins" dans l'auteur de la demande de téléconsultation (pour le cas où la demande est faite un PS non médecin dans une structure de santé)</li> <li>- Ajout de la possibilité de créer une 2<sup>ème</sup> occurrence de l'acte documenté (dans les données administratives) pour l'accompagnement à la téléconsultation par les infirmiers et les pharmaciens.</li> </ul>
2021.01	30/08/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mise au nouveau format ANS du document.</b></li> <li>• <b>Destinataire du document :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suppression de la contrainte d'un destinataire obligatoire.</li> </ul> </li> </ul>
2022.01	06/12/2022	<b>Modification suite à concertation sur Modification des terminologies et jeux de valeurs dans les volets de contenus.</b> Pas de modification fonctionnelle.
2026.01	25/03/2026	<b>Nouvelle version 2026 (en concertation du 25 mars au 30 avril 2026)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à jour des jeux de valeurs et terminologies conformément au CI-SIS</li> <li>- Ajout du n° de sécurité sociale du patient</li> <li>- Suppression de la liste des codes NGAP pour l'évènement documenté (ils peuvent évoluer dans le temps) et remplacé par "code issu de la NGAP".</li> </ul>
2026.01	05/05/2026	<b>Publication version 2026.01 après concertation</b>

\*\*\* FIN DU DOCUMENT \*\*\*