



CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

(Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière)

Octobre 1987

Révision : Avril 2010

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2010

NOTE

Le masculin employé dans les textes du présent document comporte aussi le féminin et n'est employé que par souci de concision et de clarté de l'écrit, et sans aucun préjudice ni exclusion de l'autre forme, le féminin.

Table générale des matières

Introduction

Mise à jour

Chapitre 1 Présentations

Chapitre 2 Information générale

Chapitre 3 Description des éléments

Chapitre 4 Validation

Chapitre 5 Tables pour la validation des données

Chapitre 6 Transmission des données au MSSS

Chapitre 7 Rapports médico-hospitaliers et références

INTRODUCTION

Le présent cadre normatif, rédigé à l'intention des archivistes médicales et des informaticiens, contient toute l'information nécessaire à la collecte des renseignements médico-hospitaliers présentant un intérêt pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et son réseau. C'est un outil de référence servant à harmoniser les modes de transmission des données vers la banque centrale MED-ÉCHO (**M**aintenance et **e**xploitation des **d**onnées pour l'**é**tude de la **c**lientèle **h**ospitalière), à valider ces données et à en assurer la compréhension.

Dans le cadre normatif, l'information est regroupée de la manière suivante:

Le premier chapitre présente, de manière générale, le système MED-ÉCHO de même que son rayonnement.

Le deuxième chapitre comprend un lexique et décrit les particularités du système.

Le chapitre 3 donne, pour chaque élément d'information à transmettre, le nom de l'élément, le format, la définition, la description et une ou des précisions lorsque c'est nécessaire.

Les chapitres 4 et 5 regroupent l'information sur la qualité et la compatibilité des données. On y trouve d'une part les contrôles de cohérence, les validations de routine et, d'autre part, les tables de validation pour certains éléments.

Le chapitre 6 comprend des renseignements sur la présentation et l'ordonnancement des données pour leur acheminement au MSSS.

Au chapitre 7, on retrouve la liste des rapports à produire localement et les références des ouvrages cités dans le texte.

MISE À JOUR

Note : Les modifications mineures aux textes ne sont pas répertoriées ici, même si les dates de révision au bas des pages en question ont été modifiées.

DATE	RAISON		CHAPITRE / DIVISION
97-11-11	Installation – Établissement	2.2	Lexique
		2.3	Particularité
		3.6	Code de l'installation
		3.21	Code de l'installation de provenance
		3.28	Code de l'installation de destination
97-11-11	Maison des naissances	3.22	Type de provenance
		4.21B	Type de provenance
97-11-11	Sage-femme	3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
		4.18C	Statut de résidence du médecin (traitement)
97-11-11	Soins intensifs	3.36.1	Code de l'unité
97-11-11	Soins <i>post mortem</i>	3.7	Type de soins
		3.29	Type de destination
		3.30	Diagnostic principal
		4.10B	Diagnostic principal
		4.20B	Type de destination (34)
		4.22G	Type de soins et code de l'installation
97-11-11	Soins psychiatriques	2.3	Particularités du système
		2.4	Abrégé informatisé d'admission/sortie
		3.1	Période financière
		3.2	Type de transaction
		3.8	Type d'admission
		3.25	Date de sortie
		3.27	Séjour total
		3.31.2	Type de séjour
		4.6D	Date de sortie
		4.22F	Type de soins et code de l'installation
97-11-11	Traitement à l'extérieur	3.35.3	Lieu de traitement
97-11-11	Tumeurs	3.37.5.1	Topographie de la tumeur
		3.37.5.3	Mode de diagnostic
		4.19D	Tumeur
98-04-01	Services pédiatriques	3.31.1	Code de service (Service)
		4.16H	Service

MISE À JOUR

DATE	RAISON		CHAPITRE / DIVISION
99-04-01	Date d'inscription urgence	4.8B	Date d'inscription à l'urgence
99-04-01	Procédure de transmission Lotus Notes	6.2	Support de transmission
00-04-01	Médecine de jour et CLSC	3.22 3.29 4.20 4.21	Type de provenance Type de destination Type de destination Type de provenance
00-04-01	Nunavut	3.14 4.4 4.24 5.4	Code géographique de l'utilisateur Code géographique Autres validations de dates Code géographique
00-04-01	Réfugiés Politique - Précision	3.16	Responsabilité de paiement
00-04-01	Spécialité, médecine d'urgence	3.31.4 3.33.3 3.35.7 3.35.9	Spécialité du médecin (service) Spécialité du médecin (consultation) Spécialité du médecin (traitement) Spécialité du médecin (anesthésie)
00-04-01	Transmission des traitements	6.4	Précisions sur le transfert des données MED-ÉCHO au MSSS
00-04-01	Type d'admission en psychiatrie courte durée	3.8	Type d'admission
01-04-01	Nouvelles coordonnées – adresse et téléphone	1.3 6.3	Présentation Processus de transmission Formulaire d'accompagnement
01-04-01	Nouvelles coordonnées – adresse et téléphone	7.1	Demande de production – série 700
01-04-01	Méthode de diagnostic – histologie	3.37.5.3	Mode de diagnostic
01-04-01	Spécialité médicale – chirurgie buccale et maxillo-faciale	3.31.4 3.33.2 3.33.3 3.35.7 3.35.9	Spécialité du médecin (service) Domaine de consultation Spécialité du médecin (consultation) Spécialité du médecin (traitement) Spécialité du médecin (anesthésie)
02-02-07	Ajout de domaine de valeur	3.15	Lieu de naissance

MISE À JOUR

03-04-01	Spécialité, Chirurgie cardiaque	3.31.4 3.33.3 3.35.7 3.35.9	Spécialité du médecin (service) Spécialité du médecin (consultation) Spécialité du médecin (traitement) Spécialité du médecin (anesthésie)
04-04-01	Modification de domaine de valeur	3.18	État civil
04-04-01	Description - valeur 17 CLSC	3.29	Type de destination
04-04-01	Retrait de domaine de valeur	3.31.7	Caractéristique du diagnostic (service)
04-04-01	Ajout de domaine de valeur	3.32.3	Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)
04-04-01	Ajout de domaine de valeur	3.35.5	Nombre d'actes
04-04-01	Modification arbre de décision	3.37.5.3	Mode de diagnostic
04-04-01	Précision - tumeur primaire et métastase	3.38.1	Cause immédiate de décès
04-04-01	Décès néonatal précoce et tardif	3.38.2	Type de décès
04-04-01	Complication liée à une grossesse	4.12	Mortinaissance
2006-04-01	Retrait fichier d'hygiène mentale	2.1 2.2 2.3 2.4 3.1 3.2 3.25.1 3.26 3.27 3.28 3.29 3.31.2 3.7	Rayonnement du système Lexique Particularités du système Abrégé informatisé d'admission/sortie Période financière Type de transaction Date de sortie Nombre de jours de congé temporaire Séjour total Code de l'installation de destination Type de destination Type de séjour Type de soins
2006-04-01	Précision fichier DRG	2.1	Rayonnement du système
2006-04-01	Précision fichier tumeurs	2.1	Rayonnement du système
2006-04-01	Références aux classifications	2.2 2.4 3.20.1 3.30 3.31.6 3.32.2 3.35.4.1 3.37 3.37.5.1	Lexique Abrégé informatisé d'admission/sortie Code de cause extérieure d'accident Diagnostic principal Diagnostic (service) Diagnostics (autres diagnostics) Code de l'intervention Tumeur Topographie de la tumeur

MISE À JOUR

		3.38.1	Cause immédiate du décès
2006-04-01	Nouvelle division	2.5	Précisions aux fournisseurs
2006-04-01	Ajout d'éléments	3.9.2 3.9.3 3.20.2 3.24.2 3.24.3 3.25.2 3.35.4.2 3.35.4.3 3.35.4.4 3.37.1 3.37.4	Nom de l'utilisateur Prénom de l'utilisateur Code de lieu d'accident Heure d'admission Diagnostic d'admission Heure de sortie Attribut de situation Attribut de lieu Attribut d'étendue Nom du père Prénom de la mère
2006-04-01	Augmentation nombre diagnostics	3.32	Autres diagnostics
2006-04-01	Augmentation nombre traitements	3.35	Traitements
2006-04-01	Ajout de domaines de valeur	3.32.3	Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)
2006-04-01	Modification de la transmission	3.37.5.2 3.32.3 3.37.2 3.37.3	Morphologie de la tumeur Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics) Prénom du père Nom de la mère
2006-04-01	Modification du format	3.20.1 3.30 3.31.6 3.31.7 3.32.2 3.32.3 3.35.4.1 3.37.5.1 3.37.5.2 3.38.1	Code de cause extérieure d'accident Diagnostic principal Diagnostic (service) Caractéristique du diagnostic (service) Diagnostics (autres diagnostics) Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics) Code de l'intervention Topographie de la tumeur Morphologie de la tumeur Cause immédiate du décès
2006-04-01	Retrait de validations ¹	4.2G 4.6D 4.10C 4.16F 4.22D 4.22F	Autres diagnostics Date de sortie Diagnostic principal Service Type de soins et code de l'installation Type de soins et code de l'installation
2006-04-01	Nouvelles validations	4.2F 4.2G 4.2J 4.2K 4.2L	Autres diagnostics Autres diagnostics Autres diagnostics Autres diagnostics Autres diagnostics

1. Numérotation applicable à la version de 2004 du cadre normatif.

MISE À JOUR

		4.3B	Code de cause extérieure d'accident
		4.6D	Date et heure de sortie
2006-04-01	Nouvelles validations	4.10C à 4.10L 4.14E 4.16F 4.16G 4.16I 4.16J 4.16N 4.18E 4.19E à 4.19G	Diagnostic principal Nouveau-né Service Service Service Service Service Traitement Tumeur
2006-04-01	Modification de validations	4.2B à 4.2E 4.2H 4.2I 4.3A 4.6C 4.10B 4.12C 4.14B 4.14I 4.16B à 4.16E 4.16H 4.19A à 4.19D 4.22D 4.23D	Autres diagnostics Autres diagnostics Autres diagnostics Code de cause extérieure d'accident Date et heure de sortie Diagnostic principal Mortinaissance Nouveau-né Nouveau-né Service Service Service Tumeur Type de soins et de code de l'installation Type d'admission
2006-04-01	Remplacement de la table de validation 5.1 par 5.1.1	5.1.1	Table de validation des diagnostics
2006-04-01	Remplacement de la table de validation 5.3 par 5.3.1	5.3.1	Table de validation des traitements
2006-04-01	Ajout au domaine de valeur de la validation selon le sexe	5.1.1 5.3.1	Table de validation des diagnostics Table de validation des traitements
2006-04-01	Ajout table de titres diagnostics	5.1.2	Table de titres des diagnostics
2006-04-01	Ajout table de titres de catégories	5.1.3	Table de titres des catégories
2006-04-01	Ajout table de titres de chapitres et regroupements	5.1.4	Table de titres des chapitres et regroupements
2006-04-01	Ajout table de titres traitements	5.3.2	Table de titres des traitements
2006-04-01	Ajout table de titres de rubriques	5.3.3	Table de titres des traitements

MISE À JOUR

2006-04-01	Ajout table de titres de section, groupes et regroupements	5.3.4	Table de titres des sections, groupes et regroupements
2006-04-01	Ajout de tables de validation des attributs	5.3.5 5.3.7 5.3.9	Table de validation attribut situation Table de validation attribut lieu Table de validation attribut étendue
2006-04-01	Ajout de tables de description des attributs	5.3.6 5.3.8 5.3.10	Table de description attribut situation Table de description attribut lieu Table de description attribut étendue
2006-04-01	Suppression des tables de description courtes de diagnostics et de traitements	5.9 5.10	Description courte des diagnostics Description courte des traitements
2006-04-01	Modifications du chapitre 6 sur la transmission des données	6	
2006-04-01	Suppression chapitre 8 et ajout des références au chapitre 7	8.1 à 8.3	Chapitre 8
2007-04-01	Ajouts	2.5 F et G	Précisions aux fournisseurs
2007-04-01	Nouvelles validations	4.2M 4.4B 4.10N 4.16O	Autres diagnostics Code géographique Diagnostic principal Service
2007-04-01	Modification de validations	3.32.2	Diagnostics (autres diagnostics)
2007-04-01	Précisions à certaines validations	3.15 4.2J 4.9C 4.10J	Lieu de naissance Autres diagnostics Décès Diagnostic principal
2007-04-01	Concordance de validations avec 4.2 et 4.16 avec le chapitre 3	4.10M à 4.10T 4.26	Diagnostic principal NAM
2007-04-01	Introduction de la notion « avertissement »	4.4 4.8 4.19 4.26 4.24B	Code géographique Date d'inscription à l'urgence Tumeur NAM Autres validations de dates
2007-04-01	Précisions sur la périodicité	5.1 5.3	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, Canada (CIM-10-CA) Classification canadienne des interventions (CCI)

MISE À JOUR

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION
2008-04-01	Nouvelle classification pour la morphologie de la tumeur	3.37.5.2 <i>Classification internationale des Maladies – Oncologie, 3^e édition (CIM-O3).</i>
2008-04-01	Ajout d'un domaine de valeur	3.35.3 Lieu d'intervention (valeur 7)
2008-04-01	Nouvelles validations	4.2N et O Autres diagnostics
		4.10V et W Diagnostic principal
		4.16P à R Service
		4.25B Âge
		4.27A à D Numéro de dossier médical de la mère
2008-04-01	Modification de validations	4.19G Tumeur 4.20A Code et type de destination 4.21A et B Code et type de provenance
2008-04-01	Nouveau format de table	5.8 Provenance/destination
2009-04-01	Nouvelles validations	3.30 Diagnostic principal 4.28 C, D et F Abrégé du nouveau-né et celui de la mère
2009-04-01	Modification de validations	4.2 H et L Autres diagnostics
		4.3A Code de cause extérieure d'accident
		4.10K et L Diagnostic principal
		4.12 C Mortinaissance
		4.16 N Service
		4.19 D,E et G Tumeur
2010-04-01	Nouvelles validations	4.2P Autres diagnostics
		4.4C Code géographique
		4.7C Date d'accident
		4.16S Service
		4.22G Type de soins et code de l'installation
		4.29A Diagnostic d'admission
2010-04-01	Modification de validations	4.10B Diagnostic principal
		4.14K Nouveau-né
		4.15A Responsabilité de paiement
		4.19D et G Tumeur
		4.20A et B Code et type de destination
		4.21A et B Code et type de provenance
		4.22E Type de soins et code de l'installation
2010-04-01	Ajout d'un domaine de valeur	3.22 Type de provenance (29 et 40)
		3.29 Type de destination (29 et 40)
2010-04-01	Précision au texte	3.21 Code de l'installation de provenance
		3.28 Code de l'installation de destination
		3.30 Diagnostic principal
		3.8 Type d'admission

MISE À JOUR

3.37.5.3 Mode de diagnostic

DATE	RAISON		CHAPITRE / DIVISION
2010-04-01	Format de tables	5.1.1	Table de validation des diagnostics
		5.2	Morphologie des tumeurs
		5.3.1	Table de validation des interventions

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.8 Type d'admission

ÉLÉMENT	Type d'admission
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code utilisé pour indiquer le degré d'urgence de l'admission de l'utilisateur au centre hospitalier. Il sert aussi à catégoriser distinctement les cas d'obstétrique et les nouveau-nés.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :</p> <p>1 : admission urgente : usager dont l'admission au centre hospitalier ne peut être retardée au risque de compromettre sa vie ou d'aggraver sérieusement sa maladie ;</p> <p>2 : admission semi-urgente : usager dont l'admission au centre hospitalier ne peut être retardée de plus de jours que le nombre indiqué sur le formulaire de demande d'admission sans risque de compromettre sa vie ou d'aggraver sérieusement sa maladie ;</p> <p>3 : admission non urgente : usager pour lequel un retard d'admission au centre hospitalier n'aggrave pas sérieusement sa maladie ;</p> <p>4 : admission en obstétrique : patiente qui se présente pour accoucher et toute patiente qui accouche au centre hospitalier ;</p> <p>5 : admission d'un nouveau-né : enfant né à l'installation ;</p> <p>7 : admission envoi pour examen : admission en psychiatrie pour observation en vertu d'une disposition légale provinciale relative à la protection du malade mental.</p> <p>Ex. : – ordonnance d'examen clinique psychiatrique, – ordonnance de garde en établissement (cure fermée), – absence provisoire de liberté, – autorisation de soins malgré un refus catégorique de l'utilisateur (jugement de la Cour supérieure) ;</p> <p>8 : admission envoi pour évaluation : admission en psychiatrie pour la garde, le traitement ou l'évaluation d'un prévenu ou d'un détenu visé par une ordonnance d'évaluation en vertu du Code criminel.</p> <p>Ex. : ordonnance d'évaluation sous garde dans une installation de santé ;</p>

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.8 Type d'admission

9 : **admission judiciaire** : admission en psychiatrie à la suite d'un mandat de dépôt, d'une décision du tribunal ou de la Commission québécoise d'examen.

Ex . : – décision de détention,
– ordonnance de placement.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.21 Code de l'installation de provenance

ÉLÉMENT	Code de l'installation de provenance
FORMAT	8 – numérique.
DÉFINITION	Code de l'installation ou valeur établie pour le lieu d'où arrive l'utilisateur. Il s'agit du numéro matricule attribué par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme numéro de permis d'exploitation à la délivrance du permis ou d'une valeur attribuée à un lieu qui n'est pas une installation.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire et le code de l'installation de provenance doit être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.</p> <p>En autonomie locale, en présence d'un type de provenance : Ressource non institutionnelle (40), le code de l'installation de provenance n'a pas à être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.</p>
PRÉCISION	Dans le cas où un établissement a plus d'une entité physique (installation), indiquer le code de l'entité d'où arrive l'utilisateur, ce qui permettra de faire la distinction entre le transfert vers un autre établissement et le déplacement d'une installation à l'autre d'un même établissement.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.22 Type de provenance

ÉLÉMENT	Type de provenance
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser le lieu où était l'usager avant son hospitalisation.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :</p> <p>01 : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques ; 03 : centre d'hébergement et de soins de longue durée ; 09 : centre hospitalier de soins (physiques et psychiatriques) de courte durée, hors province ; 10 : centre d'hébergement et de soins (physiques et psychiatriques) de longue durée, hors province ; 13 : centre de réadaptation ; 17 : CLSC (incluant les dispensaires) ; 21 : domicile ; 27 : unité de chirurgie d'un jour ; 29 : soins <i>post-mortem</i> ; 33 : médecine de jour ; 40 : ressources non institutionnelles ; 60 : maison des naissances.</p>
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">1) Le type de provenance est en relation avec le code de l'installation de provenance contenu dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.2) Pour les détenus fédéraux ou provinciaux et les enfants nés à l'installation, inscrire la valeur 21 (domicile).3) La valeur 17 (CLSC) s'applique à un usager qui arrive de son domicile, mais qui est envoyé par un CLSC.4) Le type de provenance 29 est utilisé par un centre préleveur d'organes lorsque le corps lui est transféré par un centre intermédiaire, c'est-à-dire, un centre qui a admis un patient décédé afin de maintenir ses fonctions vitales en attendant de pouvoir le transférer à un centre préleveur.5) La valeur 40, ressources non institutionnelles (RNI), regroupe les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) et les ressources privées (personnes âgées).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.28 Code de l'installation de destination

ÉLÉMENT	Code de l'installation de destination
FORMAT	8 – numérique.
DÉFINITION	Code de l'installation ou du lieu vers lequel a été dirigé l'utilisateur après son hospitalisation. Il s'agit du numéro matricule attribué par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la délivrance du permis s'il s'agit d'une installation, ou d'une valeur attribuée pour tout autre lieu.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire.</p> <p>Le code de l'installation doit être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.</p> <p>En autonomie locale, en présence d'un type de destination : Ressource non institutionnelle (40), le code de l'installation de destination n'a pas à être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.</p>
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">1) Dans le cas où une entreprise a plus d'une entité physique (installation), indiquer le code de l'entité vers où est dirigé l'utilisateur, ce qui permettra de faire la distinction entre le transfert vers un autre établissement et le déplacement d'une installation à l'autre d'un même établissement.2) La valeur 00000000 est attribuée pour l'utilisateur dont le « type de destination » a une valeur 21 (domicile), 31 (départ sans autorisation), 34 (maison funéraire après prélèvement d'organes) ou dans certaines conditions, une valeur 17 (CLSC) ou 30 (maison funéraire).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

ÉLÉMENT	Type de destination
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser le type de lieu vers lequel est dirigé l'utilisateur après son hospitalisation.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire.</p> <p>Les valeurs permises sont :</p> <ul style="list-style-type: none">01 : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques ;03 : centre d'hébergement et de soins de longue durée ;09 : centre hospitalier de soins (physiques et psychiatriques) de courte durée, hors province ;10 : centre d'hébergement et de soins (physiques et psychiatriques) de longue durée, hors province ;13 : centre de réadaptation ;17 : CLSC (incluant les dispensaires) ;21 : domicile ;29 : soins <i>post-mortem</i>;30 : maison funéraire ou autre CH pour prélèvement d'organes ;31 : départ sans autorisation ;33 : médecine de jour ;34 : maison funéraire après prélèvement d'organes ;40 : ressources non institutionnelles;
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">1) Le type de destination doit correspondre au « code de l'installation de destination » contenu dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO;2) Pour les détenus fédéraux ou provinciaux, inscrire la valeur 21 (domicile) ;3) La valeur 17 (CLSC) s'applique à un usager qui quitte pour son domicile, mais qui doit recevoir des services assurés par un CLSC. À cet effet, une note ou un formulaire de demande de services avec un CLSC figure au dossier de l'utilisateur, note ou formulaire précisant la raison pour laquelle le CLSC doit intervenir ainsi que le service requis. Que le service soit effectivement rendu ou non par le CLSC;

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

- 4) La valeur 31 (départ sans autorisation) doit être utilisée si la situation s'applique à l'utilisateur, que l'on connaisse ou non le lieu où il s'est rendu;
- 5) Le type de destination 29 est utilisé par un centre intermédiaire, centre qui a admis un patient décédé afin de maintenir ses fonctions vitales, jusqu'au transfert vers le centre préleveur;
- 6) La valeur 40, ressources non institutionnelles (RNI), regroupe les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) et les ressources privées (personnes âgées);
- 7) La valeur 30 (maison funéraire ou autre CH pour prélèvement d'organes) est utilisée par le CH où est constatée la mort cérébrale de l'utilisateur.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.30 Diagnostic principal

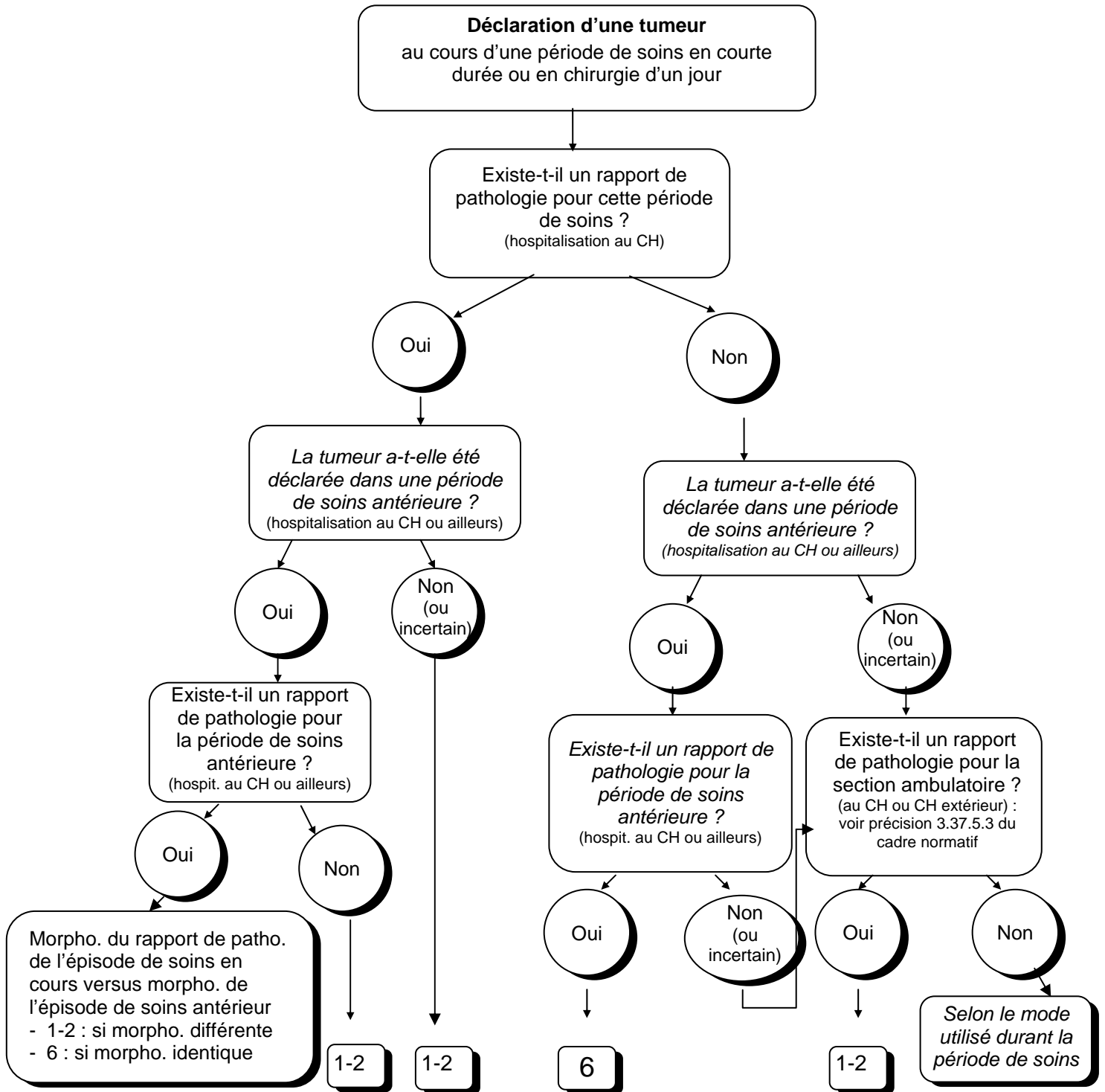
ÉLÉMENT	Diagnostic principal
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Code correspondant à celui de la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> et dont la définition est la suivante : « affection la plus importante présentée par l'utilisateur durant son hospitalisation. Dans la plupart des cas, il est étroitement relié à la raison d'admission. Chez un usager présentant plusieurs affections, le médecin traitant devrait indiquer comme diagnostic principal l'affection ayant nécessité la plus grande part des ressources médicales durant le séjour » (projet du <i>Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en centre hospitalier</i>). Le diagnostic principal est établi par le médecin traitant.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire et le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1).</p> <p>Le code R69 est accepté comme diagnostic temporaire, mais il devra être éventuellement remplacé par un code plus précis selon la CIM-10-CA.</p>
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic.2) Les codes de la CIM-10-CA avec la valeur « N » en « diagnostic principal valide » dans la table de validation des diagnostics ne peuvent pas être utilisés comme diagnostic principal (voir division 5.1.1).3) Les codes de diagnostic suivants ne peuvent pas être utilisés comme diagnostic principal : Z37.1_, Z37.3_, Z37.4_, Z37.7_.4) Quand il s'agit de soins <i>post mortem</i> (voir la description du code 29 à la division 3.7), le diagnostic principal doit correspondre à un code commençant par Z52 ou Z999.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.3 Mode de diagnostic

ÉLÉMENT	Mode de diagnostic
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser la méthode utilisée pour diagnostiquer la tumeur.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire pour chaque « code de tumeur ». Les valeurs possibles sont :</p> <ul style="list-style-type: none">1 : biopsie ou histologie ;2 : cytologie ;3 : autopsie ;4 : radiologie (médecine nucléaire) ;5 : examen clinique ;6 : examen de dépistage fait antérieurement.
PRÉCISION	<p>Si le diagnostic est confirmé par biopsie ou cytologie, la « morphologie de la tumeur » doit être codée d'après le rapport de pathologie ou cytologie.</p> <p>L'arbre de décision, représenté à la page suivante, doit être utilisé afin d'uniformiser l'utilisation des modes de diagnostic 1, 2 et 6. La « déclaration d'une tumeur » signifie un diagnostic de tumeur déclaré à MED-ÉCHO pendant une hospitalisation en courte durée ou en chirurgie d'un jour. La « section ambulatoire » comprend les consultations externes, la médecine de jour, l'urgence ou une autre installation.</p> <p>Cette dernière précision est apportée à la demande des responsables du fichier des tumeurs du Québec.</p>

Précision sur les modes de diagnostic 1 et 6



CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
4.i	Validation unitaire et validation de contexte
4.ii	Index croisé des éléments validés
4.1	Blocs à répétition
4.2	Autres diagnostics
4.3	Code de cause extérieure d'accident
4.4	Code géographique
4.5	Consultation médicale
4.6	Date et heure de sortie
4.7	Date d'accident
4.8	Date d'inscription à l'urgence
4.9	Décès
4.10	Diagnostic principal
4.11	État civil
4.12	Mortinaissance
4.13	Nombre de jours de congé temporaire
4.14	Nouveau-né
4.15	Responsabilité de paiement
4.16	Service
4.17	Soins intensifs
4.18	Traitement
4.19	Tumeur

CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
4.20	Type de destination
4.21	Type de provenance
4.22	Type de soins et code de l'installation
4.23	Type d'admission
4.24	Autres validations de dates
4.25	Âge
4.26	NAM
4.27	Numéro de dossier médical de la mère
4.28	Abrégé du nouveau-né et celui de la mère
4.29	Diagnostic d'admission

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.i Validation unitaire et validation de contexte

Les validations unitaires, ou intravalidations, portent sur le format et sur les valeurs permises pour chaque élément. Les renseignements nécessaires pour effectuer ce type de validation sont précisés au chapitre 3 (description des éléments).

Quant aux validations de contexte, ou intervalidations, elles portent sur l'ensemble des éléments et sur certains éléments entre eux. L'information pour l'application de ces validations est fournie dans le présent chapitre. Il est à noter que l'élimination des abrégés en double fait aussi partie des validations de contexte.

Un abrégé qui échoue une validation décrite dans ce chapitre ne doit pas être transmis à la RAMQ sauf pour les validations identifiées par une mention **AVERTISSEMENT**.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

L'index croisé permet de retrouver rapidement le numéro de la validation et les différents éléments visés par cette validation.

Le chiffre suivi d'une lettre à l'intérieur du tableau renvoie aux informations qui portent le même numéro dans le texte qui suit le tableau (division 4.2 et suivantes).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Autopsie	Car. diagn. (autre diagn.)	Car. diagn. (service)	Cause décès	Code accident	Code de l'intervention	Code Installation	Code inst. (dest.)	Code inst. (prov.)	Code géographique	Code lieu	Code postal usager	Code service	Code unité (soins int.)	Consultation med.	Date accident	Date de l'intervention	Date admission	Date inscription urg.	Date naissance	Date sortie	Diagnostic admission	Diagn. (autre diagn.)	
Autopsie																								
Car.diagn. (autres diagn.)				9G																				2JK 16I
Car. diagn. (service)				9G																				16I
Cause décès		9G	9G																					9A
Code accident											3B					7A						29A	2J	
Code de l'intervention																								2G 18E
Code installation								22B	22A															
Code inst. destination							22B															20A		
Code inst. provenance							22A											21A						
Code géographique												4A C												
Code lieu					3B																			
Code postal usager										4AC														
Code service																		16K		16K				
Code unité (soins int.)																								
Consultation med.																								
Date accident					7A																			
Date de l'intervention																								
Date admission									21A				16K			7B	18D		8A B	24A	6ACDE			
Date inscription urg.																			8AB					
Date naissance													16K			7C			24A					
Date sortie								20A									18D		6ACDE					
Diagnostic admission					29A																			
Diagn. (autres diagn.)		2JK 16I		9A	2J	2G 18E																		2FL
Diagn. principal		10J		9A	10J	10J 18E																		2L 10D JLNS
Diagn. service			16I	9A	16I 16J	16F 18E																		2FL 16GI N
Domaine consult.																								
Durée gestation																								2DP
État civil																			11A		11A			
Heure admission																								
Heure sortie																								
Masse naissance																					25A		25A	2EP
Mode de diagnostic																								
Morphologie tumeur																								
Nom mère																								
Nom père																								
Nom usager																								
Nb j. congé temp.																								
Nb j. (service)																								
Nb j (soins int.)																								
Nb mortinaissances																								2H 12C
Nb mortin. autopsiées																								
Nb total consult.																5A								
N° Ass. maladie										4B 15A 24B														24B 26C DE
N° dossier méd.																								
N° dossier mère																								

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Autopsie	Car. diagn. (autre diagn.)	Car. diagn. (service)	Cause décès	Code accident	Code de l'intervention	Code Installation	Code inst. (dest.)	Code inst. (prov.)	Code géographique	Code lieu	Code postal usager	Code service	Code uni té (soins int.)	Consultation med.	Date accident	Date de l'intervention	Date admission	Date inscription urg.	Date naissance	Date sortie	Diagnostic admission	Diagn. (autre diagn.)
Nouveau-né										4B			16 M					14C 24A		14C 24A B			2B 14B E
Période financière																					6B		
Prénom mère																							
Prénom père																							
Prénom usager																							
Réf. service (autre diagn.)																							
Réf. service (consult.)																							
Réf. service (trait.)																							
Responsabilité paiement					3A					15A		15 A											
Séjour total																		6CE			6CE		
Service																							
Sexe													16L										
Soins intensifs																							
Spec. med. (trait.)																							
Statut rés. (trait.)																							
Techn. Anesthésie																							
Topographie tumeur																							21 19C
Traitement																							
Tumeur																							
Type admission																		23B		23B			2CM 160 23D
Type décès	9E			9D																9C	9C		
Type destination							22B	20A B 22B													20A		
Type provenance							21A 22A		21B 22A									21A					
Type séjour (service)																							
Type soins							22AB		22A									22C			22C		

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Diagn. principal	Diagn. service	Domaine consult.	Durée gestation	État civil	Heure admission	Heure sortie	Masse naissance	Mode de diagnostic	Morphologie tumeur	Nom mère	Nom père	Nom usager	Nb. j. congé temp.	Nb. j. (service)	Nb. j. (soins int.)	Nb. mortinaissance	Nb. mortin. autopsiées	Nb. total consult.	No. Ass. maladie	No dossier médical	No dossier mère
Autopsie																						
Car.diagn. (autres diag)	10J																					
Car. diagn. (service)		16I																				
Cause décès	9A	9A																				
Code accident	10J	16I 16J																				
Code de l'intervention	10I 18E	16F 18E																				
Code installation																						
Code inst. destination																						
Code inst. provenance																						
Code géographique																				4B 15A 24B		
Code lieu																						
Code postal usager																						
Code service																						
Code unité (soins int.)																						
Consultation med.																			5A			
Date accident																						
Date de l'intervention																						
Date admission					11 A			25A														
Date inscription urg.																						
Date naissance					11 A			25A													24B 26CD E	
Date sortie																						
Diagnostic admission																						
Diagn. (autres diagn.)	2L 10DJLN S	2FL 16GI N		2DP				2EP									2H 12C					
Diagn. principal		10AD LS 16N R		10G Q				10HR									12C					
Diagn. service	10ADL S 16NR	16G N		16D S				16ES									12C					
Domaine consult.																						
Durée gestation	10GQ	16DS															12E					
État civil																						
Heure admission																						
Heure sortie							6D															
Masse naissance	10HR	16ES															12D					
Mode de diagnostic																						
Morphologie tumeur																						
Nom mère																						
Nom père																						
Nom usager																				26A		
Nb j. congé temp.																						
Nb j. (service)																						
Nb j (soins int.)																						
Nb mortinaissances	12C	12C		12E				12D														
Nb mortin. autopsiées																	12B					
Nb total consult.																						
N° Ass. maladie													26 A									
N° dossier méd.																						
N° dossier mère																						

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Diagn. principal	Diagn. service	Domaine consult.	Durée gestation	État civil	Heure admission	Heure sortie	Masse naissance	Mode de diagnostic	Morphologie tumeur	Nom mère	Nom père	Nom usager	Nb. j. congé temp.	Nb. j. (service)	Nb. j. (soins int.)	Nb. mortinaiissance	Nb. mortin. autopsiées	Nb. total consult.	No. Ass. maladie	No dossier médical	No dossier mère	
Nouveau-né	10EO 14BE	14BE 16B		14G				14F									14D			24B		14A I 27A	
Période financière																							
Prénom mère																							
Prénom père																							
Prénom usager																				26B			
Réf. service (autre diagn.)																							
Réf. service (consult.)																							
Réf. service (trait.)																							
Responsabilité paiement																				15A			
Séjour total														13A	16A	17A							
Service															16A								
Sexe																	12A				26D		
Soins intensifs																							
Spec. med. (trait.)																							
Statut rés. (trait.)																							
Techn. Anesthésie																							
Topographie tumeur	10U 19C	16H 19C								19A DG	19 B	19B	19B										
Traitement	10T																						
Tumeur																							
Type admission	10FMP 23D	16C 23D		23E				23F													23C	23C	
Type décès																							
Type destination									19F														
Type provenance																							
Type séjour (service)																							
Type soins	10B																						

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Nouveau né	Période financière	Prénom mère	Prénom père	Prénom usager	Réf. service (autre diagn.)	Réf. service (consult.)	Réf. service (trait.)	Responsabilité paiement	Séjour total	Service (Bloc)	Sexe	Soins intensifs	Spéc. Med. (trait.)	Statut rés. (trait.)	Techn. Anesthésie	Topographie tumeur	Traitement	Tumeur	Type admission	Type décès	Type destination	Type provenance	Type séjour (service)	Type soins
Autopsie																					9E				
Car. diagn. (autres diagn.)																									
Car. diagn. (service)																									
Cause décès																						9D			
Code accident									3A																
Code de l'intervention																									
Code installation																							21A 22A	22A B	
Code inst. destination																						20A B 22B		22B	
Code inst. provenance																							21B 22A		
Code géographique	4B								15A																
Code lieu																									
Code postal usager									15A																
Code service	16M											16L													
Code unité (soins int.)																									
Consultation med.																									
Date accident																									
Date de l'intervention																									
Date admission	14C 24A								6CE												23B		21A	22C	
Date inscription urg.																									
Date naissance	14C 24AB																				23B	9C			
Date sortie		6B							6CE													9C	20A		22C
Diagnostic admission																									
Diagn. (autres diagn.)	2B 14BE																2I 19C			2CM 23D					
Diagn. principal	14BE 10EO															10U 19C	10T			10FM P 23D				10B	
Diagn. service	14B 16B															16H 19C				16C O 23D					
Domaine consult.																									
Durée gestation	14G																				23E				
État civil																									
Heure admission																									
Heure sortie																									
Masse naissance	14F																				23F				
Mode de diagnostic																						19F			
Morphologie tumeur																		19A DG							
Nom mère																		19B							
Nom père																		19B							
Nom usager																		19B							
Nb j. congé temp.									13A																
Nb j. (service)									16A	16A															
Nb j (soins int.)									17A																
Nb mortinaissances	14D											12A													
Nb mortin. autopsiées																									
Nb total consult.																									

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Nouveau né	Période financière	Prénom mère	Prénom père	Prénom usager	Réf. service (autre diagn.)	Réf. service (consult.)	Réf. service (trait.)	Responsabilité paiement	Séjour total	Service (Bloc)	Sexe	Soins intensifs	Spéc. Med. (trait.)	Statut rés. (trait.)	Techn. Anesthésie	Topographie tumeur	Traitement	Tumeur	Type admission	Type décès	Type destination	Type provenance	Type séjour (service)	Type soins
N° Ass. maladie	24B				26B				15A			26D													
N° dossier méd.																				23C					
N° dossier mère	14A 27A																			23C					
Nouveau-né									14 H											23A			14J		
Période financière																									
Prénom mère																	19B								
Prénom père																	19B								
Prénom usager																	19B								
Réf. service (autre diagn.)										2A															
Réf. service (consult.)										5B															
Réf. service (trait.)										18B															
Responsabilité paiement	14H																								
Séjour total										16A															
Service						2A	5B	18B		16A															
Sexe																				23G	9B				
Soins intensifs																									
Spec. med. (trait.)															18 C	18A									
Statut rés. (trait.)														18C											
Techn. Anesthésie														18A											
Topographie tumeur			19B	19B	19B													19E							
Traitement																									22F
Tumeur																									
Type admission	23A											23G													
Type décès												9B										9F			
Type destination																						9F			22E 22B
Type provenance	14J																								22A
Type séjour (service)																									22D
Type soins																			22F				22E 22B	22A	22 D

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

RÉFÉRENCE SERVICE

- 2A** Si la valeur de « référence service » est comprise entre 1 et 4, on doit retrouver un bloc « service » correspondant.

Si la valeur de « référence service » est 9, cela veut dire qu'il y a plus de quatre services inscrits, donc que les quatre blocs « service » disponibles par abrégé sont remplis.

DIAGNOSTIC

Si le code de « diagnostic » est un code de grossesse autre que celui qui correspond à l'avortement (il serait donc compris entre O10 et O99) et que la sixième position révèle que l'accouchement a eu lieu (valeur 1 ou 2),

- 2B** Il ne s'agit pas d'un nouveau-né (pas un nouveau-né : valeur 0) ;
- 2C** On doit retrouver un « type d'admission » en obstétrique (valeur 4) ;
- 2D** La « durée de la gestation » doit être inscrite ;
- 2E** Une des zones « masse à la naissance » doit être remplie ;
- 2F** On doit retrouver aussi un « autre diagnostic » ou un « diagnostic (service) commençant par Z37 ;
- 2G** On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^ et 5.MD.60.^.
- 2H** Si le diagnostic indique la mort du fœtus, une mort intra-utérine ou un enfant mort-né (O36.421, O36.431, O36.491, Z37.1_, Z37.3_, Z37.4_, Z37.6_, Z37.7_), le « nombre de mortinaissances » doit être indiqué.
- 2M** Avec un diagnostic commençant par Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_, le « type d'admission » doit avoir la valeur 5 (admission d'un nouveau-né).
- 2N** **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par P_, l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») doit être inférieur à 29 jours.
- 2O** Le diagnostic P95 est invalide en « autre diagnostic ».
- 2P** Avec un diagnostic commençant par Z37, la « durée de gestation » doit être inscrite et une des zones « masse à la naissance » doit être remplie.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 2I** Les trois premiers « autres diagnostics » correspondant à des codes de tumeur différents (compris entre C00 et D09 ou entre D37 et D48), pour les tumeurs autres que bénignes, doivent obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur », à moins que tous les espaces du bloc « code de tumeur » ne soient occupés en priorité par le « diagnostic principal » et des « diagnostics (service) ».

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

- 2J** Avec un diagnostic commençant par la lettre S ou T on doit retrouver un code de cause externe de traumatisme compris entre V01 et Y98 dans le « code d'accident » ou un des « autres diagnostics ». Ce code doit avoir la valeur A dans « caractéristique du diagnostic » lorsque la cause externe est codée dans « autre diagnostic » sauf si un code de cause externe de traumatisme a déjà été codé dans le « code d'accident » ou dans l'un des « autres diagnostics ».

CARACTÉRISTIQUE DU DIAGNOSTIC

- 2K** Seuls les codes de cause extérieure de traumatisme (de V01 à Y98) peuvent avoir la valeur A dans « caractéristique du diagnostic ».

TUMEUR

- 2L** En présence d'un code de tumeur correspondant à une tumeur maligne secondaire (de C77 à C79), on doit aussi retrouver un code de tumeur correspondant à un siège primaire (de C00 à C76) ou un code commençant par C80 correspondant à une tumeur primitive de siège inconnu en « diagnostic principal », dans un « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.4 Code géographique

- 4A** Si le code géographique est un code du Québec (autre que les codes compris entre 00080 et 00093), le code postal de l'utilisateur doit débuter par G, H ou J (ou K pour Rapides-des-Joachims).
- 4B** **AVERTISSEMENT** - Si le code géographique est un code du Québec (autre que les codes compris entre 00080 et 00093), le « numéro d'assurance maladie » doit être présent sauf si l'utilisateur est un nouveau-né, valeur 1 à « nouveau-né », ou un enfant de moins d'un an ou s'il est résident du Québec depuis moins de trois mois (valeur 10 à « responsabilité de paiement »).
- 4C** Si le code géographique est un code de non-résidence (code compris entre 00080 et 00093), le « code postal » est absent.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.7 Date d'accident

Si une valeur est inscrite à « date d'accident » :

- 7A** On doit retrouver un « code de cause extérieure d'accident » ;
- 7B** La valeur « date d'accident » doit être inférieure ou égale à la valeur « date d'admission » ;
- 7C** La valeur « date d'accident » doit être supérieure ou égale à la valeur « date de naissance ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 Diagnostic principal

- 10A** Le code « diagnostic principal » doit être identique à celui d'un des diagnostics du bloc « service ». Ce service doit être transmis en premier.
- 10B** Le diagnostic principal doit être un des codes de donneurs (commençant par Z52) ou un code commençant par Z999 en présence d'une valeur 29 (soins *post-mortem*) pour le « type de soins ».

Pour un accouchement normal :

- 10C** Le diagnostic principal doit être un code commençant par Z37 ;
- 10D** On ne peut retrouver aucun « autre diagnostic » ou « diagnostic (service) » de complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (valeur de O10 à O99) ;
- 10E** Il ne s'agit pas d'un nouveau-né (pas un nouveau-né : valeur 0) ;
- 10F** On doit retrouver un « type d'admission » en obstétrique (valeur 4) ;
- 10G** La « durée de la gestation » doit être inscrite ;
- 10H** Une des zones « masse à la naissance » doit être remplie ;
- 10I** On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^ et 5.MD.60.^.

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

- 10J** Avec un diagnostic commençant par la lettre S ou T, on doit retrouver un code de cause externe de traumatisme compris entre V01 et Y98 dans le « code de cause extérieure d'accident » ou un des « autres diagnostics ». Ce code doit avoir la valeur A dans « caractéristique du diagnostic » lorsque la cause externe est codée dans « autre diagnostic », sauf si un code de cause externe de traumatisme a déjà été codé dans le « code d'accident » ou dans l'un des « autres diagnostics ».

MORTINAISSANCE

- 10K** Les codes de diagnostic de mortinaissance (Z37.1_, Z37.3_, Z37.4_, Z37.7_) ne peuvent pas être utilisés comme « diagnostic principal ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 Diagnostic principal

TUMEUR

- 10L** En présence d'un code de tumeur correspondant à une tumeur maligne secondaire (de C77 à C79), on doit aussi retrouver un code de tumeur correspondant à un siège primaire (de C00 à C76) ou un code commençant par C80 correspondant à une tumeur primitive de siège inconnu dans un « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

DIAGNOSTIC

- 10M** Avec un diagnostic commençant par Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_, le « type d'admission » doit avoir la valeur 5 (admission d'un nouveau-né).
- 10N** Avec un diagnostic principal commençant par Z38, aucun « autres diagnostics » ne doit commencer par Z38.

Si le code de « diagnostic principal » est un code de grossesse autre que celui qui correspond à l'avortement (il serait donc compris entre O10 et O99) et que la sixième position révèle que l'accouchement a eu lieu (valeur 1 ou 2),

- 10O** Il ne s'agit pas d'un nouveau-né (pas un nouveau-né : valeur 0) ;
- 10P** On doit retrouver un « type d'admission » en obstétrique (valeur 4) ;
- 10Q** La « durée de la gestation » doit être inscrite ;
- 10R** Une des zones « masse à la naissance » doit être remplie ;
- 10S** On doit retrouver aussi un « autre diagnostic » ou un « diagnostic (service) commençant par Z37 ;
- 10T** On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^ et 5.MD.60.^.
- 10V** **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par P__, l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») doit être inférieur à 29 jours.
- 10W** Le code P95 est invalide en diagnostic principal.

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 10U** Le « diagnostic principal » correspondant à un code de tumeur (compris entre C00 et D09 ou entre D37 et D48), pour les tumeurs autres que bénignes, doit obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.14 Nouveau-né

Si l'utilisateur n'est pas un « nouveau-né » (valeur 0) :

- 14A** le « numéro du dossier de la mère » ne doit pas être inscrit ;
- 14B** tous les diagnostics doivent être différents de ceux qui s'appliquent à un enfant né vivant (donc autres que les codes commençant par Z38).

Si l'utilisateur est un nouveau-né (valeur 1) :

- 14C** la valeur « date de naissance » doit être égale à la valeur « date d'admission » ou inférieure d'un jour ;
- 14D** le « nombre de mortinaissances » doit être 0 ;
- 14E** le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostic » doit correspondre à un code commençant par Z38 ;
- 14F** le nouveau-né doit avoir une valeur et une seule valeur, inscrite dans « masse à la naissance » ;
- 14G** une valeur doit être inscrite dans « durée de la gestation » ;
- 14H** les seules valeurs admises en « responsabilité de paiement » sont : 01 (MSSS sans accident), 02 (MSSS avec accident autre que CSST), 09 (non résident du Québec), 10 (non assuré – résident du Québec depuis moins de trois mois), 11 (non assuré/MSSS) ;
- 14I** le « numéro du dossier de la mère » doit être inscrit si l'enfant est né au centre hospitalier (codes Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_) ;
- 14J** la valeur « type de provenance » doit être 21 (domicile) ou 60 (maison des naissances).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.15 Responsabilité de paiement

15A Si la valeur de « responsabilité de paiement » est 09 (non-résident du Québec), la valeur du « code géographique de l'utilisateur » doit être comprise entre 00080 et 00093 (codes de non-résidence), le code postal et le « numéro d'assurance maladie » sont absents.

Si la valeur de « responsabilité de paiement » est : 03 (CSST), 06 (MAAC), 08 (fédéral), 10 (non-assuré), 11 (MSSS non-assuré) ou 12 (autres), le « code géographique de l'utilisateur » doit être un code de la province de Québec ou un code de non-résidence (valeurs 00080 à 00093).

Si la valeur de « responsabilité de paiement » est : 01 ou 02 (MSSS sans ou avec accident), 04 ou 05 (MSSS sans ou avec CSST) ou 07 (MSSS/MAAC), le « code géographique de l'utilisateur » doit être un code de la province de Québec.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

NOMBRE DE JOURS

16A Si moins de quatre services sont inscrits dans le bloc « service », la somme des valeurs inscrites dans « nombre de jours (service) » doit être égale à la valeur enregistrée dans « séjour total ».

Si quatre services et plus sont inscrits dans le bloc « service », la somme des valeurs inscrites dans « nombre de jours (service) » ne peut être supérieure à la valeur enregistrée dans « séjour total ».

DIAGNOSTIC

Si le code de « diagnostic (service) » est un code de complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (entre O10 et O99.) et que la sixième position révèle que l'accouchement a eu lieu (valeur 1 ou 2) ou si c'est un code d'accouchement normal (commençant par Z37) :

16B La valeur de « nouveau-né » doit être 0 (pas un nouveau-né) ;

16C On doit retrouver une valeur 4 (admission en obstétrique) dans « type d'admission » ;

16D Une valeur doit être inscrite dans « durée de la gestation » ;

16E Une des zones de « masse à la naissance » doit être remplie ;

16F On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^ et 5.MD.60.^

Si le code de « diagnostic (service) » est un code de complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (entre O10 et O99.) et que la sixième position révèle que l'accouchement a eu lieu (valeur 1 ou 2) :

16G On doit retrouver aussi un « autre diagnostic » ou un « diagnostic (service) commençant par Z37 » ;

16O Avec un diagnostic commençant par Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_, le « type d'admission » doit avoir la valeur 5 (admission d'un nouveau-né).

16P **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par P__, l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») doit être inférieur à 29 jours.

16Q Le code P95 est invalide en « diagnostic (service) ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

- 16R** Le diagnostic du premier service transmis doit être identique au « diagnostic principal ».
- 16S** Avec un « diagnostic (service) » commençant par Z37, la « durée de gestation » doit être inscrite et une des zones « masse à la naissance » doit être remplie.

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 16H** Si un, deux ou trois « diagnostics (service) » correspondent à des codes de tumeur différents (compris entre C00 et D09 ou entre D37 et D48), ils doivent figurer dans « topographie de la tumeur ».

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

- 16I** Avec un diagnostic commençant par la lettre S ou T, on doit retrouver un code de cause externe de morbidité et de mortalité compris entre V01 et Y98 dans le « code de cause extérieure d'accident » ou un des « autres diagnostics », sauf si un code de cause externe de traumatisme a déjà été codé dans le « code d'accident » ou dans l'un des « autres diagnostics ». Ce code doit avoir la valeur A dans « caractéristique du diagnostic » lorsque la cause externe est codée dans « autre diagnostic ».
- 16J** Un code de cause extérieure de traumatisme (de V01 à Y98) ne peut pas être utilisé comme diagnostic (service).

CODE DU SERVICE

- 16k** Si la valeur de « code du service » est 81 ou 82 (néonatalogie) la différence entre les valeurs « date d'admission » et « date de naissance » doit être inférieure à 29 jours.

Si la valeur de « code de service » est 13, 67, 69, 71, 72, 74, 75, 78 ou 80 (service pédiatrique), la différence entre les valeurs « date d'admission » et « date de naissance » doit être inférieure à 19 ans.

Si la valeur de « code du service » est 60, 62, 63, 64, 65, 66 (obstétrique ou gynécologie) :

- 16L** la valeur « sexe » doit être F (féminin) ;
- 16M** la valeur de « nouveau-né » doit être 0 (pas un nouveau-né).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

TUMEUR

- 16N** En présence d'un code de tumeur correspondant à une tumeur maligne secondaire (de C77 à C79), on doit aussi retrouver un code de tumeur correspondant à un siège primaire (de C00 à C76) ou un code commençant par C80 correspondant à une tumeur primitive de siège inconnu en « diagnostic principal », dans un « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 19A** Avec un code de « topographie de la tumeur » correspondant à un carcinome *in situ* (de D00 à D09), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi qu'il s'agit d'un carcinome *in situ* (valeur 2).
- En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une évolution imprévisible ou à une tumeur de nature non précisée (de D37 à D48), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi que c'est un cas d'évolution incertaine (valeur 1).
- Avec un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur maligne primitive (de C00 à C76) ou (de C81 à C96), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi que c'est une tumeur maligne primitive (valeur 3).
- En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur maligne secondaire (de C77 à C79), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi que c'est une tumeur maligne métastatique (valeur 6).
- 19B** S'il s'agit d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur autre que bénigne (donc compris entre C00 et D09 ou entre D37 et D48), on doit retrouver l'identification de l'usager, c'est-à-dire le nom et le prénom de l'usager et, si possible, le nom et le prénom du père et le nom et le prénom de la mère à la naissance.
- 19C** Tout code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur autre que bénigne (donc compris entre C00 et D09 ou entre D37 et D48) doit se retrouver dans le « diagnostic principal », un des « diagnostic (service) » ou un des « autres diagnostics ».
- 19D** En présence d'un code commençant par C80 pour la « topographie de la tumeur », la valeur de la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit être égale à 3.
- 19E** En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur maligne secondaire (de C77 à C79), on doit aussi retrouver un code de « topographie de la tumeur » correspondant à un siège primaire (de C00 à C76) ou un code commençant par C80 correspondant à une tumeur primitive de siège inconnu.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

MODE DIAGNOSTIQUE

- 19F** Si le « mode diagnostique » correspond à une autopsie (valeur 3) le « type de destination » doit correspondre à un décès (valeur 30).

MORPHOLOGIE DE LA TUMEUR

- 19G** **AVERTISSEMENT** - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C19, C20, de C21.0 à C21.8, D01.2 ou D01.3 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8090 à 8098 (carcinome basocellulaire) ;

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C44.0 à C44.9, C48.0 à C48.8, D48.3 ou D48.4 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8720 à 8790 (mélanomes) ;

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C30.00, C30.01, C30.1 ou C31.0 à C31.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 9250 à 9342 (ostéosarcomes -sarcomes à cellules géantes, d'Ewing, odontogène) ;

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C38.1 à C38.8, C40.0 à C41.9 ou D48.0 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8010 à 8671 et 8940 à 8941 (carcinomes) et 8720 à 8790 (mélanomes) ;

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C47.0 à C47.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8010 à 8671 et 8940 à 8941 (carcinomes) ;

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C70.0 à C70.9 ou D42.0 à D42.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8010 à 8671 et 8940 à 8941 (carcinomes).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.20 Code et type de destination

20A Le code d'installation de destination doit exister dans la table Provenance/Destination de MED-ÉCHO et le « type de destination » doit exister pour ce code.

En autonomie locale, en présence d'un type de destination : Ressource non institutionnelle (40), le code de l'installation de destination n'a pas à être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.

La date de départ doit être comprise entre la date de début et la date de fin du « type de destination » associé au code d'installation de destination.

20B Le tableau qui suit donne les valeurs possibles pour le code de l'installation de destination selon la valeur du « type de destination ».

Type	Code
01	≠ 0
03	≠ 0
09	≠ 0
10	≠ 0
13	≠ 0
17	≠ 0 ou = 0
21	= 0
29	≠ 0
30	≠ 0 ou = 0
31	= 0
33	≠ 0
34	= 0
40	= 0 *

* Valeur à transmettre à la banque centrale

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.21 Code et type de provenance

- 21A** Le code d'installation de provenance doit exister dans la table Provenance/Destination de MED-ÉCHO et le « type de provenance » doit exister pour ce code.

En autonomie locale, en présence d'un type de provenance : Ressource non institutionnelle (40), le code de l'installation de provenance n'a pas à être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.

La date d'admission doit être comprise entre la date de début et la date de fin du « type de provenance » associé au code d'installation de provenance.

- 21B** Le tableau qui suit donne les valeurs possibles pour le code d'installation de provenance selon la valeur du « type de provenance ».

Type	Code
01	≠ 0
03	≠ 0
09	≠ 0
10	≠ 0
13	≠ 0
17	≠ 0 ou = 0
21	= 0
27	≠ 0
29	≠ 0
33	≠ 0
40	= 0*
60	≠ 0 ou = 0

* Valeur à transmettre à la banque centrale

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.22 Type de soins et code de l'installation

TYPE DE SOINS ET CODE DE L'INSTALLATION

- 22A** La valeur donnée à « type de soins » et le « code de l'installation » doivent être différents de la valeur donnée à « type de provenance » et du « code de l'installation de provenance ».
- 22B** La valeur donnée à « type de soins » et le « code de l'installation » doivent être différents de la valeur donnée à « type de destination » et du « code de l'installation de destination ».

TYPE DE SOINS

- 22C** Si la valeur donnée à « type de soins » est 27 (chirurgie d'un jour), la valeur « date d'admission » doit être égale à la valeur « date de sortie ».
- 22D** Si on a une valeur de « type de soins » 27 (chirurgie d'un jour) ou de « type de soins » 29 (soins *post-mortem*), la seule valeur qui doit apparaître dans « type de séjour » est 0.
- 22E** Si la valeur de « type de soins » est 29 (soins *post-mortem*), la valeur de « type de destination » doit être 29 (soins *post-mortem*) ou 34 (maison funéraire après prélèvement d'organe).
- 22 F** Si la valeur de « type de soins » est 27 (chirurgie d'un jour), il doit y avoir au moins un bloc « traitement » rempli.
- 22G** La date de départ doit être comprise entre la date de début et la date de fin du « type de soins » associé au « code de l'installation ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.29 Diagnostic d'admission

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

- 29A** Un code de cause extérieure de traumatisme (de V01 à Y98) ne peut pas être utilisé comme diagnostic d'admission.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.1 Table de validation des diagnostics de la CIM-10-CA

NOM Table de validation des diagnostics de la CIM-10-CA

DESCRIPTION La table de validation des diagnostics CIM-10-CA sert à la validation des diagnostics. Elle comprend aussi les codes de regroupement des diagnostics.

Contenu de la table :

- 1) code du diagnostic (clé) ;
- 2) regroupement D1- (l'attribution est faite à l'aide du code de chapitre, clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ;
- 3) regroupement D2- (l'attribution est faite à l'aide du code de la catégorie (rubrique), clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ;
- 4) restriction par rapport au sexe ;
- 5) restriction par rapport à l'âge minimum ;
- 6) restriction par rapport à l'âge maximum ;
- 7) diagnostic principal valide ;
- 8) numéro du système de classification.

PRÉCISIONS

- 1) Restriction par rapport au sexe :

Code	Restriction
A	Aucune
M	Restreint aux hommes (sexe masculin seulement)
F	Restreint aux femmes (sexe féminin seulement)
G	Sexe féminin et « autre » seulement
N	Sexe masculin et « autre » seulement

- 2) Restriction par rapport à l'âge :

L'âge doit respecter la limite inférieure et la limite supérieure établies par les variables de restrictions d'âge.

- 3) Diagnostic principal valide

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.1 Table de validation des diagnostics de la CIM-10-CA

	Code	Restriction
	Y	Code valide en principal
	N	Non valide en principal
4)	Le point qu'on retrouve après la troisième position des codes de la CIM-10-CA n'est pas présent dans la table de validation et dans le système MED-ÉCHO central.	
5)	Les mises à jour de cette table sont fréquentes.	
6)	Le numéro du système de classification n'a pas à être traité par l'application locale.	

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.1 Table de validation des diagnostics de la CIM-10-CA

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION		REMARQUE
		DE	À	
Diagnostic	X (7)	1	7	
Regroupement D1	X (2)	8	9	
Regroupement D2	X (7)	10	16	
Restriction : sexe	X (1)	17	17	
Restriction : âge minimum	X (3)	18	20	
Restriction : âge maximum	X (3)	21	23	
Diagnostic principal valide	X (1)	24	24	
Numéro du système de classification	X (4)	25	28	

X = Alphanumérique
9 = Numérique
(n) = Nombre de caractère

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.2 Morphologie des tumeurs

NOM Morphologie des tumeurs

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression des diagnostics morphologiques des tumeurs

Contenu de la table :

- 1) code de morphologie (type histologique, comportement et grade) ;
- 2) impression du titre ;
- 3) numéro du système de classification.

PRÉCISIONS

- 1) Le préfixe M du code n'est pas inclus dans la table.
- 2) La barre oblique entre la quatrième et la cinquième position du code n'est pas incluse dans la table.
- 3) Cette table est sujette à certaines modifications. Une mise à jour sera faite sur demande.
- 4) Le numéro du système de classification n'a pas à être traité par l'application locale.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.2 Morphologie des tumeurs

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION		REMARQUE
			DE	À	
20	Type histologique de la tumeur	X (4)	1	4	
30	Code de comportement	X (1)	5	5	
35	Grade/leucémie	X (1)	6	6	
40	Ligne de titre	X (90)	7	96	
45	Numéro du système de classification	X (4)	97	100	

X = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.1 Table de validation des interventions de la CCI

NOM	Table de validation des interventions de la CCI
DESCRIPTION	<p>Cette table sert à la validation des codes d'interventions de la CCI. Elle comprend aussi les codes de regroupement d'interventions.</p> <p>Contenu de la table :</p> <ol style="list-style-type: none">1) code de l'intervention (clé) ;2) regroupement T1 (l'attribution est faite à l'aide du système corporel, clé avec la table de regroupement de l'ICIS) ;3) regroupement T2 (l'attribution est faite à l'aide du site anatomique), clé avec la table de regroupement de l'ICIS) ;4) restriction par rapport au sexe ;5) restriction par rapport à l'âge minimum ;6) restriction par rapport à l'âge maximum ;7) Numéro du système de classification.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.1 Table de validation des interventions de la CCI

PRÉCISIONS

- 1) Restriction par rapport au sexe :

Code	Restriction
A	Aucune
M	Restreint aux hommes (sexe masculin seulement)
F	Restreint aux femmes (sexe féminin seulement)
G	Sexe féminin et «autre» seulement
N	Sexe masculin et «autre» seulement

- 2) Restriction par rapport à l'âge :

L'âge doit respecter la limite inférieure et la limite supérieure établies par les variables de restrictions d'âge.

- 3) Les mises à jour de cette table sont fréquentes.

- 4) Le numéro du système de classification n'a pas à être traité par l'application locale.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.1 Table de validation des interventions de la CCI

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION		REMARQUE
		DE	A	
Intervention	X (10)	1	10	
Regroupement T1	X (7)	11	17	
Regroupement T2	X (7)	18	24	
Restriction : sexe	X (1)	25	25	
Restriction : âge minimum	X (3)	26	28	
Restriction : âge maximum	X (3)	29	31	
Numéro du système de classification	X (4)	32	35	

X = Alphanumérique
9 = Numérique
(n) = Nombre de caractère