



# CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2014

**MED-ÉCHO MED-ÉCHO**

Québec 

**CADRE NORMATIF**

**DU**

**SYSTÈME MED-ÉCHO**

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2014

## MISE À JOUR

DATE	RAISON		CHAPITRE / DIVISION
2012-04-01	Codes de diagnostics à transmettre	3.37.5.1	Topographie de la tumeur
2012-04-01	Modification de la transmission	6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ Retrait du terme traitement principal
2012-04-01	Modification du format	3.9.2 3.9.3 3.37.1 3.37.2 3.37.3 3.37.4	Nom de l'utilisateur Prénom de l'utilisateur Nom du père Prénom du père Nom de la mère à la naissance Prénom de la mère
2013-04-01	Nouvelles validations	4.2R 4.10X 4.16T	Autres diagnostics Diagnostic principal Service
2013-04-01	Modification de validations	4.19G	Tumeur
2013-04-01	Précision au texte	2.4 3.1	Abrégé informatisé d'admission/sortie Période financière
2013-04-01	Modification du libellé	3.22 3.29	Type de provenance Type de destination
2013-04-01	Ajout d'éléments	6 6.3 6.4	Transmission des données Transmission préliminaire de certaines données Guide sur la transmission préliminaire de certaines données
2014-04-01	Nouvelles validations	4.14K 4.30A	Nouveau-né Code postal de l'usage et type de provenance
2014-04-01	Modification de validations	4.1 4.18A 4.18F 3.35 3.35.3 3.35.6 3.35.7 3.35.10 4.3A	Blocs à répétition Traitement Traitement Traitement Lieu de l'intervention Statut de résidence du médecin Spécialité du médecin Technique d'anesthésie Code de cause extérieure d'accident
2014-04-01	Modification de définition	2.4 3.16	Abrégé informatisé d'admission/sortie Responsabilité de paiement
2014-04-01	Modification à la transmission	6.1 6.2C	Modifications techniques apportées à la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ Transmission prioritaire de certains abrégés

## CHAPITRE 2 Information générale

### Division 2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie

---

#### A ABRÉGÉ D'ADMISION/SORTIE POUR LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS ET POUR LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

- 1) Un abrégé d'admission/sortie doit être transmis au système MED-ÉCHO à la sortie de chaque usager ayant été admis et ayant occupé un lit en santé physique, en gériatrie, en psychiatrie ou en néonatalogie compris dans le nombre figurant au permis de l'installation ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et de centre hospitalier de soins psychiatriques.
- 2) Un abrégé d'admission/sortie doit être transmis au système MED-ÉCHO à la sortie de chaque usager ayant été inscrit dans une unité de chirurgie d'un jour telle qu'elle est définie au centre d'activité 6070 du manuel de *Normes et pratiques de gestion*.
- 3) Si un usager est réadmis la journée même de sa sortie (même date de calendrier), un deuxième abrégé doit être rempli pour cette réadmission.
- 4) Dès l'admission d'un usager ou de son inscription en chirurgie d'un jour, un abrégé doit être transmis de façon préliminaire au système MED-ÉCHO. Les éléments à transmettre et les modalités de transmission sont précisés aux sections 6.3 et 6.4.

#### B EXCEPTION

- 1) Malgré le paragraphe 3 de la section précédente, un seul abrégé doit être transmis pour un même usager avec le même type de soins, la même date d'admission et la même date de départ.
- 2) Si un usager obtient un congé temporaire aux conditions établies par écrit par le médecin ou le dentiste traitant, conformément aux règlements établis à cette fin par le conseil d'administration de l'établissement, on ne remplit pas d'abrégé au retour de l'usager; on doit cependant inscrire le nombre de jours correspondant à la durée du congé temporaire dans le champ approprié.
- 3) Aucun abrégé d'admission/sortie ne doit être rempli pour des usagers traités à l'urgence ou aux services des consultations externes, ou gardés sous observation dans l'un ou l'autre de ces lieux. Si l'usager est admis par la suite, la date d'admission est celle où il occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.
- 4) Aucun abrégé d'admission/sortie ne doit être rempli dans le cas d'un mort-né.

## CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie

---

### C CHANGEMENT DE TYPE DE SOINS

- 1) Lorsqu'un usager est déplacé physiquement d'une unité de soins de courte durée à une unité de soins de longue durée, l'abrégié d'admission/sortie est rempli au moment du départ de l'unité de soins de courte durée et est transmis à MED-ÉCHO.

Dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, aucun abrégié d'admission/sortie n'est transmis à MED-ÉCHO pour les usagers déplacés en hébergement et en soins de longue durée.

- 2) Lorsqu'un usager est déplacé physiquement d'une unité de soins de longue durée à une unité de soins de courte durée, un abrégié d'admission/sortie doit être transmis à MED-ÉCHO au moment du départ de l'unité de soins de courte durée.
- 3) Lorsqu'un usager est déplacé physiquement d'une unité de chirurgie d'un jour à une unité de soins de courte durée, l'abrégié est définitivement rempli et transmis à MED-ÉCHO au moment du déplacement, et un nouvel abrégié est ouvert au moment de l'admission à l'unité de soins de courte durée.
- 4) Lorsqu'un usager de soins de courte durée est déclaré en perte d'autonomie et continue d'occuper un lit de soins de courte durée, un seul abrégié (en soins de courte durée) est rempli et transmis à MED-ÉCHO.
- 5) Si un usager admis en soins de courte durée passe par l'unité de chirurgie d'un jour, un seul abrégié (en soins de courte durée) est rempli.

### D CODIFICATION

Toutes les données d'un abrégié informatisé doivent être codées d'après la :

- 1° *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version, Canada (CIM-10-CA)* pour les diagnostics ;
- 2° *Classification canadienne des interventions (CCI)* pour les traitements ;
- 3° codification propre au système MED-ÉCHO et les codes des tables gérées par le système MED-ÉCHO (voir le chapitre 5) pour les autres données ;
- 4° *Classification internationale des Maladies, Oncologie, (CIM-O3), troisième édition* pour les morphologies des tumeurs.

## CHAPITRE 3 Description des éléments

### Division 3.16 Responsabilité de paiement

---

#### Remarque

Le ministère des Affaires des anciens combattants paie les frais d'hospitalisation d'un ancien combattant seulement si ce dernier doit faire soigner une blessure ou une maladie qui lui a valu une pension d'invalidité. Par exemple, l'ancien combattant qui touche une pension à cause d'une vieille fracture ne peut faire soigner un ulcère d'estomac aux frais du ministère des Affaires des anciens combattants.

La responsabilité en pareil cas incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux.

07 : MSSS, MACC

Ancien combattant hospitalisé pour une maladie résultant de son invalidité et qui obtient, au cours de cette même hospitalisation, des soins pour une autre maladie ; il s'agit d'une responsabilité partagée.

08 : Fédéral

L'utilisateur ayant droit à des soins hospitaliers gratuits en vertu de l'une ou l'autre des lois canadiennes suivantes :

- Loi sur l'indemnisation des employés de l'État (SRC 1970, c. G-8) ;
- Loi sur la défense nationale (SRC 1970, c. N-4) ;
- Loi sur l'indemnisation des marins marchands (SRC 1970, c. M-11) ;
- Loi sur l'aéronautique (SRC c. A-3).

Nous signalons que c'est le gouvernement fédéral qui paie les frais d'hospitalisation des détenus fédéraux mais la responsabilité incombera au Québec au moment de leur élargissement pour autant qu'ils aient été incarcérés au Québec.

#### Remarque

Les revendicateurs du statut de réfugié politique (qui ne sont pas encore reconnu au titre de réfugié) ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation du Québec. C'est le programme fédéral de santé intérimaire qui fournit une couverture de soins de santé à ces personnes. La responsabilité de paiement à utiliser est la valeur 08 (Fédéral).

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35 Traitement

---

ÉLÉMENT	Traitement
DÉFINITION	Ensemble des informations sur les actes thérapeutiques, diagnostiques, chirurgicaux et obstétricaux faits à l'installation.
DESCRIPTION	<p>Le bloc « traitement » comprend dix informations :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– référence service ;</li><li>– date de l'intervention ;</li><li>– lieu de l'intervention ;</li><li>– intervention ;</li><li>– nombre d'interventions ;</li><li>– statut de résidence du médecin (qui a pratiqué l'intervention) ;</li><li>– spécialité du médecin (qui a pratiqué l'intervention) ;</li><li>– statut de résidence du médecin (qui a pratiqué l'anesthésie) ;</li><li>– spécialité du médecin (qui a pratiqué l'anesthésie) ;</li><li>– technique d'anesthésie.</li></ul>
PRÉCISION	Il peut y avoir jusqu'à vingt traitements par abrégé comme il peut n'y en avoir aucun, sauf pour le type de soins 27 qui doit avoir au moins un traitement.

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.3 Lieu de l'intervention

---

ÉLÉMENT	Lieu de l'intervention
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant le lieu où l'intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire si le code de l'intervention pratiquée débute par 1_, 2_, 3_ et 5_.</p> <p>Les valeurs possibles sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 : bloc opératoire ;</li><li>2 : salle d'accouchement ;</li><li>6 : à l'extérieur dans une autre installation ;</li><li>7 : à l'extérieur dans un centre médical spécialisé associé ;</li><li>9 : autre lieu à l'intérieur de l'installation.</li></ul>
PRÉCISION	<p>La valeur 6 doit être utilisée dans le cas des interventions pratiquées à l'extérieur de l'installation durant l'hospitalisation de l'utilisateur. Si l'absence est de plus de 24 heures, on devrait retrouver une valeur dans « nombre de jours de congé temporaire » (division 3.26).</p> <p>La valeur 7 doit être utilisée dans tous les cas où les interventions sont pratiquées dans un centre médical spécialisé associé lors d'une chirurgie d'un jour ou durant l'hospitalisation. Pour les hospitalisations, si l'absence est de plus de 24 heures, on devrait retrouver une valeur dans « nombre de jours de congé temporaire » (division 3.26).</p>

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.6 Statut de résidence du médecin (traitement)

---

ÉLÉMENT	Statut de résidence du médecin (traitement).
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant le groupe auquel appartient le médecin qui a posé l'acte.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire si le code de l'intervention pratiquée débute par 1_, 2_, 3_ et 5_.</p> <p>Elle peut prendre les valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 : médecin résidant au Québec ;</li><li>2 : dentiste résidant au Québec ;</li><li>6 : médecin résidant hors du Québec ;</li><li>7 : dentiste résidant hors du Québec ;</li><li>9 : non-médecin.</li></ul>
PRÉCISION	Un acte peut être posé par un intervenant qui n'est pas médecin. Dans ce cas, la valeur 9 (non-médecin) sera utilisée.

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.7 Spécialité du médecin (traitement)

---

ÉLÉMENT	Spécialité du médecin (traitement).
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant la spécialité du médecin ou de l'intervenant qui a posé l'acte.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire si le code de l'intervention pratiquée débute par 1_, 2_, 3_ et 5_ et peut prendre les valeurs suivantes :

1	Immunologie clinique et allergie	67	Médecine néonatale et périnatale
2	Cardiologie	69	Pathologie clinique
3	Dermatologie	70	Anatomo-pathologie
4	Endocrinologie et métabolisme	71	Biochimie médicale
5	Gastroentérologie	72	Pathologie générale
6	Hématologie	73	Microbiologie médicale et infectiologie
7	Médecine interne	74	Pathologie hématologique
8	Néphrologie	75	Pathologie judiciaire
9	Neurologie	76	Radiologie diagnostique
10	Médecine physique et réadaptation	77	Radio-oncologie
11	Pneumologie	78	Médecine nucléaire
12	Rhumatologie	79	Médecine de soins intensifs
13	Orthodontie	80	Pédiatrie
14	Périodontie	81	Oncologie gynécologique
15	Prosthodontie (prothèse)	82	Médecine du travail
20	Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique*	83	Neuropsychiatrie*
21	Chirurgie vasculaire	84	Hygiène et santé publique*
22	Chirurgie buccale et maxillo-faciale	85	Médecine de famille
23	Chirurgie générale oncologique	86	Électroencéphalographie*
24	Chirurgie générale	87	Oncologie médicale
26	Chirurgie plastique	88	Acte posé par un non-médecin
27	Chirurgie générale pédiatrique	89	Gériatrie
28	Chirurgie thoracique	90	Psychiatrie
30	Neurochirurgie	91	Génétique médicale
32	Ophtalmologie	92	Médecine d'urgence
34	Chirurgie orthopédique	93	Médecine d'urgence pédiatrique
36	Oto-rhino-laryngologie/chirurgie cervico-faciale	94	Médecine de l'adolescence
38	Urologie	95	Neuropathologie
39	Hématologie/oncologie pédiatrique	96	Chirurgie cardiaque
50	Anesthésiologie	97	Chirurgie colorectale
59	Médecine communautaire	98	Maladies infectieuses
61	Médecine maternelle et fœtale	99	Acte posé par une sage-femme
66	Obstétrique et gynécologie		

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.7 Spécialité du médecin (traitement)

---

### PRÉCISION

Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec le 25 novembre 2010 et de la liste des spécialités de l'Ordre des dentistes du Québec de 2010. Les spécialités marquées d'une étoile n'apparaissent plus dans la liste des spécialités du Collège des médecins du Québec (CMQ) mais sont laissées dans la liste des spécialités de MED-ÉCHO, car elles sont encore utilisées dans le bottin du CMQ.

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.10 Technique d'anesthésie

---

ÉLÉMENT	Technique d'anesthésie.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant le genre d'anesthésie utilisée pour le traitement.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire s'il y a une valeur présente dans la spécialité du médecin anesthésiste. Les valeurs possibles sont les suivantes :</p> <p>99 : aucune anesthésie ; 01 : anesthésie de conduction isolée d'un ou de plusieurs nerfs périphériques, y compris les infiltrations régionales ou thérapeutique. Ex. : anesthésique topique vaporisé ; anesthésie locale (bloc honteux, bloc facettaire (souvent fait par des physiatres ou des radiologistes), bloc paracervical, bloc paravertébral, bloc stellaire, bloc du plexus brachial, anesthésie des lèvres d'une plaie) ; 02 : anesthésie péridurale seulement ; 03 : anesthésie rachidienne seulement ; 04 : anesthésie intraveineuse seulement ; 05 : anesthésie par inhalation (masque) seulement ; 06 : anesthésie générale par intraveineuse (valeur 04) et par inhalation (valeur 05) ; 07 : anesthésie loco-régionale (valeur 01, 02 ou 03) et générale (valeur 04 ou 06) ; 08 : anesthésie générale avec hypothermie ; 09 : anesthésie générale avec hypothermie et circulation extracorporelle ; 10 : anesthésie générale avec hypotension contrôlée ; 11 : hypothermie provoquée sans anesthésie générale ; 12 : anesthésie générale avec circulation extracorporelle ; 13 : hypnose ; 14 : acupuncture ; 15 : anesthésie par réfrigération locale.</p>

## CHAPITRE 4 Validation

### Division Table des matières

---

DIVISION	CONTENU
4.i	Validation unitaire et validation de contexte
4.ii	Validation de contexte pour certains diagnostics et interventions
4.iii	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

## CHAPITRE 4 Validation

Division

Table des matières

---

DIVISION	CONTENU
4.19	Tumeur
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
4.30	Code postal de l'utilisateur et type de provenance

# CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii 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	2JQ	
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													7B		7C				
Date de l'intervention																		18D						18D
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	2JQ	2G 18E																		2FLR
Diagn. principal		10J		9A	10J	10J 18E																		2L 10D X JLNS
Diagn. service			16I	9A	16I 16J	16F 18E																		2FL 16GI NT
Domaine consult.																								
Durée gestation																								2DP
État civil																		11A		11A				
Heure admission																								
Heure sortie																								
Masse naissance																		25A		25A				2EP
Mode de diagnostic																								
Morphologie tumeur																								
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.iii 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 14BE
Période financière																					6B		
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																							2I 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				30A						21A					
Type séjour (service)																							
Type soins						22AB		22A										22C			22C		

# CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii 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 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					11A			25A												
Date inscription urg.																				
Date naissance					11A			25A											24B 26CDE	
Date sortie																				
Diagnostic admission																				
Diagn. (autres diag.)	2LR 10DJLNS	2FLR 16GIN		2DP				2EP							2H 12C					
Diagn. principal		10ADLSX 16NR		10GQ				10HR							12C					
Diagn. service	10ADLS 16NRT	16GNT		16DS				16ES							12C					
Domaine consult.																				
Durée gestation	10GQ	16DS													12E					
État civil																				
Heure admission							6D													
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								12B				
Nb mortin. autopsiées															12B					
Nb total consult.																				
N° Ass. maladie											26A									
N° dossier méd.																				
N° dossier mère																				

# CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii 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 usager	Nb. j. congé temp.	Nb. j. (service)	Nb. j. (soins int.)	Nb. mortinaiance	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		14AI 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								19ADG										
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.iii Index croisé des éléments validés

	Nouveau né	Période financière	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															30A	
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 usager																							
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.iii Index croisé des éléments validés

	Nouveau né	Période financière	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.)	Spéc. Med. (anesthésie)	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	14AI 27A																		23C					
Nouveau-né			14K				14H												23A			14J		
Période financière																								
Prénom usager	14K																							
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.)												18C	18A	18A										
Statut rés. (trait.)												18C												
Spec. med. (anesthésie.)												18A		18A										
Techn. Anesthésie												18A		18A										
Topographie tumeur																19E								
Traitement																								22F
Tumeur																								
Type admission	23A									23G														
Type décès										9B														
Type destination																					9F			22H 22E 22B
Type provenance	14J																							22A
Type séjour (service)																								22D
Type soins																	22F				22H 22E 22B	22A	22D	

## **CHAPITRE 4 Validation**

### **Division 4.1 Blocs à répétition**

---

Tous les blocs à répétition doivent être remplis consécutivement. Ces blocs sont :

- autres diagnostics ;
- consultation médicale ;
- service ;
- soins intensifs ;
- traitement ;
- tumeur.

#### **AUTRES DIAGNOSTICS**

Toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque « autre diagnostic ».

#### **CONSULTATION MÉDICALE**

Toutes les zones d'un bloc doivent obligatoirement être remplies dès qu'il y a consultation et pour chacune d'elle.

#### **SERVICE**

Toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque service inscrit.

#### **SOINS INTENSIFS**

Les zones du bloc doivent être remplies si l'utilisateur a fréquenté l'unité de soins intensifs.

#### **TRAITEMENT**

Si le code d'intervention débute par 1\_, 2\_, 3\_ et 5\_, toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque acte posé au cours de l'hospitalisation de l'utilisateur.

#### **TUMEUR**

Toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque tumeur diagnostiquée ou traitée à l'installation.

## CHAPITRE 4 Validation

### Division 4.3 Code de cause extérieure d'accident

---

- 3A** Si on est en présence d'un « code de cause extérieure d'accident » la valeur de « responsabilité de paiement » doit être différente de : 01 (MSSS sans accident) sauf pour les codes qui correspondent au groupe « complications de soins médicaux et chirurgicaux » (compris entre Y40 et Y84) ou de la rubrique « Actes médicaux et chirurgicaux considérés comme cause externe de séquelles » (Y88).
- 3B** Le code de cause extérieure d'accident W00 à Y34 (à l'exception des codes Y06 et Y07) doit être obligatoirement accompagné d'un code de lieu d'accident (U98).

## 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).
- 14K** **AVERTISSEMENT** – et que le NAM est absent, le prénom de l'utilisateur ne devrait pas débuter par un chiffre (1 à 9) ou ne devrait pas débuter par une des valeurs suivantes :
  - BEBE
  - CHILD
  - INFANT
  - FILLE
  - GARCON
  - BB
  - ENF
  - INF

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 diagnostics » 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 4.18 Traitement

---

#### SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN (ANESTHÉSIE)

**18A** Si une valeur est inscrite dans « spécialité du médecin (anesthésie) » on doit retrouver une valeur « technique d'anesthésie » différente de 99 (aucune anesthésie).

Si une valeur est présente dans « spécialité du médecin (traitement) » mais qu'aucune valeur n'est inscrite dans « spécialité du médecin (anesthésie) », la valeur de « technique d'anesthésie » doit être égale à 99 (aucune anesthésie).

#### RÉFÉRENCE SERVICE

**18B** Si la valeur de « référence service (traitement) » est comprise entre 1 et 4, on doit retrouver les blocs « service » correspondants.

Si la valeur de « référence service (traitement) » est 9, cela veut dire qu'on a plus de quatre services inscrits; donc les quatre blocs « service » doivent être remplis.

#### STATUT DE RÉSIDENCE DU MÉDECIN (TRAITEMENT)

**18C** Si la valeur de « statut de résidence du médecin (traitement) » est 9, indiquant que l'intervention a été pratiquée par un non-médecin, la valeur de « spécialité du médecin (traitement) » doit indiquer la même réalité (88 ou 99), intervention pratiquée par un non-médecin ou une sage-femme.

#### DATE DE L'INTERVENTION

**18D** La valeur de « date de l'intervention » doit être supérieure ou égale à la valeur de « date d'admission » et inférieure ou égale à la valeur « date de sortie ».

#### DIAGNOSTICS

**18E** Si le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostic » 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 (code commençant par Z37), on doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^ et 5.MD.60.^.

## CHAPITRE 4 VALIDATION

Division 4.18 Traitement

---

### CODE D'INTERVENTION

**18F** Avec un code d'intervention commençant par 6\_, 7\_, 8\_ ou C\_ le lieu de l'intervention, le statut de résidence du médecin (traitement), la spécialité du médecin (traitement) et la technique d'anesthésie peuvent être absents.

Avec un code d'intervention commençant par 1\_, 2\_, 3\_ et 5\_ le lieu de l'intervention, le statut de résidence du médecin (traitement), la spécialité du médecin (traitement) et la technique d'anesthésie doivent être présents.

## CHAPITRE 4 Validation

### Division 4.30 Code postal de l'utilisateur et type de provenance

---

- 30A AVERTISSEMENT** - En présence d'un type de provenance égal à 17, 33 ou 21 (domicile), si le code postal de l'utilisateur est le même qu'un code postal d'un CHSLD présent dans la table 5.12, un message d'avertissement sera retourné par l'application. Ce message signalera l'erreur et retournera l'adresse et le nom du CHSLD qui correspond à ce code postal et qui figurent dans la table 5.12.

## CHAPITRE 5 Tables de validation et de description de données

Division Table des matières

---

DIVISION	CONTENU
5.1	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 <sup>e</sup> révision, Canada (CIM-10-CA)
5.1.1	Table de validation des diagnostics
5.1.2	Table de titres des diagnostics
5.1.3	Table de titres des catégories (rubriques)
5.1.4	Table de titres des chapitres et des regroupements de catégories (rubriques).
5.2	Morphologie des tumeurs
5.3	Classification canadienne des interventions (CCI)
5.3.1	Table de validation des interventions
5.3.2	Table de titres des interventions
5.3.3	Table de titres des rubriques
5.3.4	Table de titres des sections, des groupes et des regroupements
5.3.5	Table de validation de l'attribut de situation
5.3.6	Table de description de l'attribut de situation
5.3.7	Table de validation de l'attribut de lieu
5.3.8	Table de description de l'attribut de lieu
5.3.9	Table de validation de l'attribut d'étendue
5.3.10	Table de description de l'attribut d'étendue
5.4	Code géographique
5.5	Service
5.6	Spécialité du médecin
5.7	Domaine de consultation
5.8	Provenance /destination
5.9	Code postal / code municipal (6 positions)
5.10	Code postal / code municipal (comprimés)
5.11	Période financière
5.12	Adresse d'installation

## CHAPITRE 5 Tables

### Division 5.12 Adresse d'installation

---

NOM Table d'adresse

DESCRIPTION Cette table sert à la validation de certains types de provenance et du code postal de l'utilisateur. Elle contient l'adresse des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui ont un code postal exclusif.

Contenu de la table :

- Code de l'installation ;
- Nom de l'installation ;
- Nom de l'installation abrégé;
- Adresse;
- Adresse abrégée;
- Code postal ;
- Nom de la municipalité;
- Mission

PRÉCISION Cette table est sujette à des modifications ou ajouts en cours d'année. Aussi, une nouvelle table est disponible au début de chaque année financière.

## CHAPITRE 5 Tables

Division 5.12 Adresse d'installation

---

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	DE	À	REMARQUE
Code de l'installation	9 (8)	1	8	
Nom de l'installation	X(55)	9	63	
Nom de l'installation abrégé	X(30)	64	93	
Adresse	X(55)	94	148	
Adresse abrégée	X(30)	149	178	
Code postal	X(6)	179	184	
Nom de la municipalité	X(45)	185	229	
Mission	X(5)	230	234	

X = Alphanumérique  
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

## **CHAPITRE 6 Transmission des données**

Division 6.2 Précisions additionnelles sur la transmission des données  
MED-ÉCHO à la RAMQ

---

### **C TRANSMISSION DES ÉPISODES DE SOINS À LA BANQUE MINISTÉRIELLE**

Le centre hospitalier devra avoir la possibilité de transmettre à la banque ministérielle l'ensemble des épisodes de soins valides, ou uniquement certains épisodes de soins valides, qu'il aura sélectionnés au préalable.

Tous les épisodes de soins qui sont transmis doivent être valides et doivent respecter les spécifications du cadre normatif notamment en ce qui concerne le type de transaction et la date de transmission.