



CADRE NORMATIF

POUR LE SYSTÈME D'INFORMATION DU REGISTRE DES TRAUMATISMES DU QUÉBEC (SIRTQ)

**Direction générale des services de santé et de médecine universitaire
Direction adjointe des services de traumatologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Version 3.4
Avril 2014**



TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE	5
DÉFINITION D'UN CADRE NORMATIF	6
AVANT-PROPOS	7
SIGLES ET ACRONYMES	10
INTRODUCTION	13
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION	14
1.1 Historique du système	14
1.2 Objectifs et finalités du système	17
1.3 Encadrement législatif ou administratif	23
1.3.1 Du système d'information	23
1.3.2 De la banque de données ministérielle	25
1.4 Coordonnées des pilotes	26
CHAPITRE 2 : RÈGLES ET PROCÉDURES	1
2.1 Règles et procédures générales à la saisie de données dans le système	1
2.1.1 Critères de sélection (inclusions/exclusions)	1
2.1.2 Nouvelles directives au 1 ^{er} avril	5
2.1.3 Règles de codification et de saisie	8
2.1.4 Formulaire de saisie	53
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DES ÉLÉMENTS	1
3.1 Liste alphabétique des éléments	1
3.2 Schéma des éléments	6
3.3 Description de chacun des éléments	7
3.3.1 Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement	8
3.3.2 Services préhospitaliers	63
3.3.3 Renseignements de l'urgence	95
3.3.4 Renseignements de l'admission et du départ	142
3.3.5 Signes vitaux	197
3.3.6 Examens et traitements	228
3.3.7 Diagnostics	310
3.3.8 Renseignements sur les victimes de brûlures graves	351
3.3.9 Information complémentaire	378
CHAPITRE 4 : TRANSMISSION DES DONNÉES	1
4.1 Transmetteur : installation	1
4.1.1 Préparation de la transmission	1
4.1.2 Protocole de transmission	2
4.1.3 Procédure de fin de périodes	5
4.2 Récepteur	6
4.2.1 Réception des transmissions	6
4.2.2 Procédure de rétroaction pour corriger les données rejetées	7
4.2.3 Procédure de fin des périodes (Incluant la fermeture de fin d'année de la banque de données ministérielle)	8

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 5: RETOUR DE L'INFORMATION	1
5.1 Rapports statistiques	3
5.2 Interrogation en ligne de la Banque de données ministérielle	55
5.3 Rapports de gestion intégrés à l'application du SIRTQ	56
5.4 Interrogation en ligne des données intégrée à l'application du SIRTQ	72
BIBLIOGRAPHIE	B-1
ANNEXES D'UN CADRE NORMATIF	
ANNEXE 1 : Définition	A1-1
ANNEXE 2 : Liste des éléments transmis	A2-1
ANNEXE 3: Liste des validations par type et par élément	A3-1
ANNEXE 4 : Définition des concepts	A4-1
ANNEXE 5 : Notions de pilotage	A5-1
ANNEXE 6 : Définition des produits informationnels	A6-1
ANNEXE 7 : Liste des modifications du cadre normatif SIRTQ version 3.0 à version 3.1	A7-1
ANNEXE 8 : Suivi des modifications du chapitre 3 du cadre normatif SIRTQ version 2.0 à version 3.0	A8-1
ANNEXE 9 : Systèmes de classifications utilisées	A9-1
ANNEXE 10 : Informations supplémentaires sur la description de chacun des éléments	A10-1
ANNEXE 11 : Règlements sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs	A11-1
ANNEXE 12 : Entente concernant l'hébergement des données sur les usagers victimes de traumatismes	A12-1
ANNEXE 13 : Liste des installations désignées	A13-1
ANNEXE 14 : Historique des modifications au 1^{er} avril	A14-1

HISTORIQUE DES VERSIONS DU CADRE NORMATIF

Historique			
Version	Description	Auteur	Date
1.0	Première version	Marie-Claude Giguère Josée Lalancette	Avril 2004
2.0	Ajout des champs relatifs aux classifications CIM-10-CA et CCI	Josée Lalancette	Avril 2006
3.0	Refonte globale du SIRTQ	Valérie Murat Josée Lalancette Mario De Bellefeuille Hélène L'Homme	Avril 2010
3.1	Mise à jour de consignes à la saisie et mise à niveau selon le Guide d'élaboration d'un cadre normatif, version 2.0	Josée Lalancette Hélène l'Homme et France Laverdière	Avril, juillet et décembre 2011
3.2	Mise à jour selon les modifications au 1 ^{er} avril 2012	Josée Lalancette	Avril 2012
3.3	Mise à jour selon les modifications au 1 ^{er} avril 2013 et de la nouvelle classification AIS 2005 mise à jour 2008.	Josée Lalancette et Pierre-Célestin Bigwaneza	Avril 2013
3.4	Mise à jour selon les modifications au 1 ^{er} avril 2014	Josée Lalancette et Pierre-Célestin Bigwaneza	Avril 2014

DÉFINITION D'UN CADRE NORMATIF

Le cadre normatif d'un système d'information du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) est un document de référence supportant la saisie d'une information normalisée dans un système d'information et l'utilisation des données de ce système à des fins informationnelles. Son contenu vise à documenter le contexte informationnel du système d'information et de la banque de données ministérielle (commune ou corporative) qui en résulte. Le contexte informationnel réfère ainsi aux éléments saisis, à la nature de leur codification, aux procédures de validation et de transmission des données ainsi qu'aux principaux produits informationnels agrégés (extrants) qui en sont tirés. La démarche d'élaboration d'un cadre normatif s'inscrit dans la constitution d'une banque de données ministérielle.

Portée minimale d'un cadre normatif : **les éléments de données normalisés transmis à la banque ministérielle.**

Portée maximale d'un cadre normatif : l'ensemble des éléments de données que l'on veut normaliser, incluant les données locales, régionales et provinciales.

Alimentation de la banque de données ministérielle

Le SIRTQ est une application Web composée d'une banque opérationnelle (données locales) spécifique à chaque installation, dont les données sont hébergées à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les éléments saisis dans les installations permettent par la suite, à la RAMQ de constituer, la Banque de données ministérielle du Registre des traumatismes du Québec hébergée également à la RAMQ

Le cadre normatif s'adresse aux clientèles suivantes :

- Utilisateurs de l'application;
- Pilotes d'orientation et équipes de pilotage opérationnel des différents systèmes d'information et banques de données ministérielles et corporatives;
- Archivistes médicales responsables de la saisie des données dans les installations désignées de traumatologie;
- Architectes des données et de systèmes en charge de la conception de la structure des modèles d'organisation de données et des systèmes d'information;
- Agents de recherche, analystes d'affaires et statisticiens autorisés à exploiter les données de la banque de données ministérielle;
- Organismes responsables de la gestion opérationnelle (alimentation, entreposage et une partie de la diffusion) des banques de données confiées par le ministre de la Santé et des Services sociaux et désignés comme « fournisseurs de services ».

AVANT-PROPOS

La présente édition du cadre normatif est conforme au Guide d'élaboration d'un cadre normatif, version 2.0, rédigé par le Service de l'administration des banques de données de la Direction de la gestion intégrée de l'information du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

La conception de ce document est le résultat d'un travail de concertation entre les divers paliers de responsabilités concernés par la normalisation des données des installations désignées de traumatologie. Ces paliers sont : les installations désignées, les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et le MSSS.

Plusieurs personnes ont consacré temps et énergie à la réussite de ces travaux. Des remerciements sincères sont adressés aux membres du Comité provincial des utilisateurs du SIRTQ ainsi qu'aux personnes ayant contribué aux travaux, notamment, en ce qui a trait à la validation des éléments de contenu ainsi qu'à la vérification de ce document.

- Amina Belcaïd, Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier universitaire affilié de Québec
- Pierre-Célestin Bigwaneza, pilote d'orientation SIRTQ, MSSS
- Gilles Bourgeois, médecin-conseil, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- Chantal Bourque, Société de gestion informatique (Sogique)
- Johanne Chrétien, MSSS
- Lucie Cossette, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Mario De Bellefeuille, pilote d'orientation RTQ/SIRTQ - MSSS
- Laurence Doré, Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier universitaire affilié de Québec
- Pierre Fréchette, Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier universitaire affilié de Québec
- Ève Hamelin, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
- Hélène L'Homme, pilote d'orientation RTQ/SIRTQ - MSSS
- Johanne Prud'homme, Hôpital Général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill

Des remerciements particuliers sont adressés à madame Josée Lalancette, pilote d'opération du SIRTQ à la RAMQ, pour la recherche d'informations ainsi que pour sa contribution de tous les instants au regard du présent document.

Également, un merci spécial à madame Valérie Murat, de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier universitaire affilié de Québec pour sa contribution à la réalisation de la version 3.0 du cadre normatif.

Pierre-Célestin Bigwaneza - MSSS

Pilote d'orientation SIRTQ et conseiller en traumatologie

Direction adjointe des services sanitaires aériens et de traumatologie Ministère de la Santé et des Services sociaux

Téléphone : (418) 418 266-4530

Courriel : pierre-celestin.bigwaneza@msss.gouv.qc.ca

Note de l'équipe de rédaction

La forme masculine utilisée dans le présent document traduit un souci de précision et de clarté et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

SIGLES ET ACRONYMES

AÉTMIS

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

AIS

Abbreviated Injury Scale

AVC

Accident vasculaire cérébral

AVPU

Échelle mesurant l'état de conscience (préhospitalier)

- o A (alert) : état d'alerte de l'utilisateur
- o V (verbal) : réponse ou non de l'utilisateur à une stimulation verbale
- o P (pain) : réponse ou non de l'utilisateur à une stimulation par la douleur
- o U (unresponsive) : absence de réponse de l'utilisateur aux stimuli

ASSS

Agence de la santé et des services sociaux

BDM-SIRTQ

Banque de données ministérielle du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec

CAI

Commission d'accès à l'information du Québec

CCI

Classification canadienne des interventions en santé

CH

Centre hospitalier

CHAUQ

Centre hospitalier universitaire affilié de Québec

CIM-10

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision

CIM-10-CA

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada

CLSC

Centres locaux de services communautaires

CPU

Comité provincial des utilisateurs

CRIM

Centre de recherche en informatique

CSGA

Comité de soutien à la gestion de l'actif

SIGLES ET ACRONYMES

CT Scan

CAT :Computer Assisted Tomography-Scanner

DAI

Diffuse axonal injury ou Dommage axonal diffus

DAST

Direction adjointe des services de traumatologie

DSP

Direction de la santé publique

ECST

Équipe d'évaluation du continuum de services en traumatologie

ERV

Entérocoque résistant à la vancomycine

FAST ECHO

Focused assessment with sonagraphy in traumatology ou Échographie ciblée en traumatologie

FR ou RR

Fréquence respiratoire ou rythme respiratoire

GSC

Glasgow Coma Scale ou Échelle de coma de Glasgow

HbCO

Taux de monoxyde de carbone sanguin ou taux sanguin de...

HSD

Hématome sous-dural

HGM

Hôpital Général de Montréal

IGT

Indice de gravité du traumatisme

INESSS

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

IPT

Indice préhospitalier traumatique

IRM

Imagerie par résonnance magnétique

ISS

Injury Severity Score ou Score de gravité des lésions

SIGLES ET ACRONYMES

IV

Intraveineuse

IHV

Impact à haute vitesse

LSSSS

Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

NAM

Numéro d'assurance maladie

NISS

New injury severity score

NTB

National Trauma Burn

PCA

Patient Controlled Analgesy ou Analgésie contrôlée par le patient

PDC

Perte de conscience

PHTLS

Prehospital trauma life support

PS_ISS

Probability of survival **i**njury severity score

PTS

Pediatric trauma score

RAMQ

Régie de l'assurance maladie du Québec

ROAE

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

RTS

Revised Trauma Score ou Échelle physiologique de gravité des traumatismes

RTSS

Réseau de télécommunications sociosanitaire

RSSS

Réseau de la santé et des services sociaux

SIGLES ET ACRONYMES

SAAQ

Société de l'assurance automobile du Québec

SB

Surface brûlée

SC

Sous-cutané

SIRTQ

Système d'information du Registre des traumatismes du Québec

SOGIQUE

Société de gestion en informatique

SRAM

Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

TAS

Tension artérielle systolique

TCC

Traumatisme craniocérébral

TDM

Tomodensitométrie

TVA

Tétraplégique ventilo-assistée

TRISS

Trauma and Injury Severity Score

VBG

Victime de brûlures graves

INTRODUCTION

Origine du cadre normatif

Dans le processus de développement d'un système d'information, la réalisation d'un cadre normatif est l'étape suivant la conception administrative du système. Pour l'utilisateur qui réalise la saisie des données ou pour la personne qui la supervise, les informations qu'il contient sont un complément au manuel de l'utilisateur et un outil de référence complet. Pour l'équipe de pilotage, il constitue l'outil de référence pour documenter l'ensemble de l'information sur le processus de saisie des données rattaché au système soit, les codes, les consignes et les procédures. Il peut également être utilisé pour guider l'utilisateur dans l'utilisation des données à des fins informationnelles.

Le cadre normatif actuel découle de la refonte du Registre des traumatismes du Québec (RTQ) ayant donné lieu au développement du SIRTQ. Sa structure porte principalement sur les éléments saisis dans la banque opérationnelle spécifique à chacune des installations désignées de traumatologie. Le cadre normatif traite également de tous les éléments composant les fichiers de données qui font l'objet d'une transmission dans la BDM-SIRTQ.

Buts et objectifs visés

Le présent cadre normatif vise à soutenir l'utilisateur en précisant la norme attendue pour chaque élément à saisir afin d'obtenir une compréhension harmonisée du contenu dans le but d'assurer l'optimisation de la qualité des données et d'en permettre la comparabilité pour chacun des partenaires impliqués.

Il vise également à uniformiser la saisie des données, à harmoniser les modes de transmission de données vers la BDM-SIRTQ ainsi qu'à documenter les validations de contenu et de cohérence de celles-ci tout en assurant une compréhension globale des éléments.

Contenu du cadre normatif

Le SIRTQ qui est utilisé dans chacune des installations désignées en traumatologie contient des éléments sociodémographiques, préhospitaliers, médicaux et paramédicaux, des diagnostics, des actes chirurgicaux, des évaluations radiologiques et neurologiques de même que des indices de sévérité de traumatismes. Il rassemble toute l'information sur la clientèle victime d'un traumatisme présentant un intérêt commun pour les installations désignées de traumatologie, les ASSS et le MSSS. L'ensemble des éléments contenus dans cette application transactionnelle, au nombre de deux cent quatre, est hébergé à la RAMQ et alimente la BDM-SIRTQ.

De façon générale, ce document définit l'ensemble des éléments permettant l'alimentation, la validation, l'exploitation et la production des rapports statistiques et de gestion. De manière plus spécifique, on y présente les informations générales du système d'information, la description et la validation des éléments, les modalités de transmission des données de même que le retour de l'information dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le cadre normatif est un document évolutif. Comme la banque de données opérationnelle spécifique à chacune des installations désignées de traumatologie et les procédures de saisies évoluent, celles-ci doivent faire l'objet de révisions périodiques afin de les adapter aux changements qui surviennent. Cette nouvelle version du cadre normatif constitue l'un des documents à caractère informationnel requis pour l'exploitation des données par les installations désignées en traumatologie de cette banque opérationnelle et de ses associations avec la BDM.

INTRODUCTION

Clientèle visée par le cadre normatif

L'outil que constitue ce cadre normatif est rédigé à l'intention des divers utilisateurs que sont :

- ✓ les personnes impliquées dans la saisie des données dans la banque opérationnelle spécifique à chacune des installations désignées en traumatologie;
- ✓ les personnes impliquées dans la maintenance et l'évolution de l'application (pilote d'orientation, pilote opérationnel et informaticiens);
- ✓ les personnes et les organisations qui utilisent leur banque opérationnelle spécifique à des fins d'information et de suivi de la qualité des actes.
- ✓ les personnes et organisations ayant recours à des analyses dans le cadre de projet de recherche ou de fonctions évaluatives (MSSS, équipe de chercheur, installations désignées de traumatologie, ASSS, groupe conseil en traumatologie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux et autres.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.1	HISTORIQUE DU SYSTÈME

Programme dont est issu le système d'information

Des analyses menées au Québec vers la fin des années 80 ont amené le MSSS à s'attaquer au problème de santé que représentent les traumatismes et leurs comorbidités. Dans le contexte de la Politique de la santé et du bien-être (1992), le MSSS identifiait, notamment, deux objectifs s'y rapportant, soit :

- ✓ d'ici l'an 2002, réduire de 20% la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives et sportives (objectif 10);
- ✓ d'ici l'an 2002, diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités (objectif 19).

Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, il fut décidé de doter le Québec d'un système efficace et efficient de soins intégrés en traumatologie majeure. À compter de 1993, près de quatre-vingt-dix installations de santé furent désignées par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour offrir les services requis pour la prise en charge adéquate des victimes de traumatismes graves. Organisées en réseau en fonction de facteurs géographiques et démographiques et couvrant l'ensemble du territoire québécois, ces installations trouvent alors leur place au sein d'une structure pyramidale de soins composée des paliers suivants : les services de stabilisation médicale, les centres primaires, les centres secondaires et les centres tertiaires de traumatologie. À cette structure sont venus s'ajouter deux centres pédiatriques offrant des services de niveau tertiaire, ainsi que des centres secondaires régionaux pour les adultes victimes de traumatismes graves offrant, notamment, des services de neurochirurgie. Par la suite, certaines de ces installations, ou de nouvelles installations, se sont vues confier des responsabilités particulières au regard de la prise en charge de clientèles spécifiques telles les blessés médullaires, les victimes de brûlures graves et la clientèle ayant subi un traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.

Description du mandat et date de création du système

Lors de la mise en place du réseau québécois de traumatologie, il était essentiel pour le MSSS de se doter d'un système d'information qui permettrait de suivre l'évolution de la performance de ce réseau et d'en promouvoir l'amélioration continue, à l'instar de ce qui est fait ailleurs dans le monde.

Un devis destiné à régir le développement d'un tel système d'information fut produit par le MSSS en janvier 1993. L'analyse d'outils déjà développés dans de tels contextes a mis en lumière des difficultés importantes touchant leur application intégrale au sein du réseau québécois.

C'est pourquoi, il fut décidé de développer une application locale qui répondrait spécifiquement aux besoins du réseau québécois de traumatologie à partir de l'expertise détenue sur place, au Québec, par Dr John Sampalis de l'Université McGill. Le devis du MSSS prévoyait le développement d'une application locale qui serait déployée dans toutes les installations désignées en traumatologie. Ce partenariat, initialement établi entre Dr Sampalis et le MSSS, s'élargit par la suite avec l'association de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour le développement du système d'information. Développé initialement à partir d'un projet de recherche, le Registre des traumatismes du Québec est devenu un véritable système d'information gouvernemental à partir de 2000.

Changement de concept sur le plan technologique

Compte tenu des limites financières présentes à l'époque, l'application locale a été développée à partir d'une plate-forme technologique grand public constituée par le logiciel Paradox de la firme Borland. Plusieurs améliorations et corrections furent apportées à cette dernière. Toutefois, les possibilités du

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.1	HISTORIQUE DU SYSTÈME

logiciel PARADOX, autrefois très performantes, se sont avérées, au fil du temps désuètes et ne pouvant faire place à des améliorations futures.

Ainsi, en juillet 2006, au terme d'un processus de consultation visant une mise à niveau de l'application locale du SIRTQ intégrant les plus récentes normes reconnues internationalement en traumatologie, la firme SOGIQUE procédait à une analyse comparative des alternatives proposées et recommandait la solution en service Web. Cette recommandation s'appuyait sur les éléments suivants :

- Une technologie récente assurant sa longévité;
- Une possibilité d'extension horizontale;
- Une plus grande indépendance face à un seul fournisseur;
- Des coûts récurrents plus faibles se traduisant par des économies de temps et d'argent concernant l'entretien, l'évolution et la gestion, et ce, par une centralisation provinciale de l'hébergement des données et de l'application.

Une nouvelle version de l'application locale fut alors développée par la RAMQ. L'utilisation de la nouvelle application (SIRTQ) fait appel à un hébergement centralisé à la RAMQ (mode condo) des banques de données opérationnelles spécifiques à chacune des installations désignées ainsi que la création d'une BDM-SIRTQ dénominalisée à partir de données sélectionnées provenant de l'ensemble des banques opérationnelles du réseau québécois de traumatologie.

Modification de l'encadrement législatif et administratif

Comme le RTQ est devenu un véritable système d'information gouvernemental à partir de 2000, c'est à ce moment que fut adopté le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs. En vertu de ce règlement, toutes les installations désignées en traumatologie étaient désormais tenues de transmettre au MSSS les renseignements identifiés pour chacun des usagers ayant été victime de traumatismes majeurs, et ce, depuis le 1er avril 1998.

La responsabilité d'entreposer et d'exploiter les données contenues dans la BDM du RTQ fut confiée par le ministre à la RAMQ.

Les modifications comprises dans le nouvel applicatif SIRTQ ont toutefois requis l'édiction par le décret numéro 732-2011 du 22 juin 2011 d'un nouveau Règlement modifiant le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux* et abrogeant le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs**. [L'application de ce règlement est toutefois tributaire de l'Entente-cadre sur le dépôt des renseignements en matière de santé et de services sociaux signée en mars 2012 entre le MSSS et la RAMQ.](#)

Portrait de l'évolution du système et des événements marquants

* Le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux, édicté par le décret numéro 103-2009 du 11 février 2009 (2009, G.O. 2, 346), n'avait pas été modifié depuis son entrée en vigueur.

** Le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs, édicté par le décret numéro 981-2000 du 16 août 2000 (2000, G.O. 2, 5670), n'avait pas été modifié depuis son entrée en vigueur.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.1	HISTORIQUE DU SYSTÈME

La BDM du RTQ est disponible depuis 2000. Des travaux d'analyse visant la refonte du RTQ débutent en 2003.

De février 2004 à juillet 2005, des travaux portant sur la mise à jour des éléments de données à inclure dans la nouvelle application du RTQ s'effectuent. Deux comités supportent ces travaux, soit le Comité directeur du RTQ et le Comité provincial des utilisateurs (CPU).

En novembre 2004, un document portant sur l'analyse des impacts de l'intégration au système d'information des nouvelles classifications médicales CIM-10-CA et CCI ainsi que sur l'attribution d'un budget par le MSSS pour la réalisation d'une étude préliminaire pour la refonte du SIRTQ est produit.

En mars 2006, les classifications CIM-10-CA et CCI sont insérées dans la version Paradox du RTQ et en avril 2006 les travaux de réalisation du cadre normatif de la refonte du RTQ débutent.

En décembre 2006, le MSSS arrête son choix sur la solution WEB. Ce type d'application est novateur du fait qu'il se compose d'une banque de données opérationnelle spécifique à chaque installation, sans hébergement local des informations saisies (hébergement à la RAMQ). Les données saisies et valides basculent par la suite dans une BDM, également hébergée à la RAMQ, qui regroupe la majorité des données de toutes les installations désignées du réseau de traumatologie.

Le déploiement et la mise en opération de la nouvelle version pour l'ensemble des 61 installations désignées du réseau québécois de traumatologie sont prévus initialement pour septembre 2007. Diverses contraintes administratives, juridiques, humaines et financières liées au projet de refonte ont toutefois forcé leur report à une date ultérieure.

Au printemps 2009, le MSSS demande au Centre de recherche en informatique (CRIM) d'effectuer une évaluation ergonomique de l'application SIRTQ. La firme recommande d'instaurer des corrections dans l'interface et d'améliorer le temps de téléchargement.

De septembre 2009 à février 2010, la RAMQ procède à des essais et apporte des modifications à la nouvelle application au regard de la performance.

Le 12 février 2010, une entente est conclue entre le MSSS et la RAMQ concernant le déploiement et la mise en opération du SIRTQ pour le 14 juin 2010.

Des séances de formation pour les utilisateurs ont lieu en mai 2010. Le déploiement et la mise en opération du SIRTQ sont réalisés le 14 juin 2010.

Des précisions sur les modifications apportées depuis la dernière mise à jour, chapitre par chapitre

Comme il s'agit d'une refonte complète du RTQ, de nombreuses modifications ont été apportées au contenu des différents chapitres. La description complète de ces modifications se retrouve aux annexes 7 et 8 du présent cadre normatif.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	OBJECTIFS ET FINALITÉS DU SYSTÈME

Clientèle visée

Les clientèles visées par les banques de données opérationnelles

- Les cliniciens et les gestionnaires des installations désignées de traumatologie. Toutes les installations désignées à ce titre, actuellement au nombre de 61, ont l'obligation de saisir les données prévues dans leur banque de données opérationnelle qui leur est spécifique. Cela constitue l'une des conditions de maintien de leur désignation à ce titre;
- Les groupes responsables d'assurer l'audit externe du réseau intégré de traumatologie. Dans ce contexte, l'application locale est utilisée comme base de données clinique qui facilite l'évaluation des services offerts par les installations ainsi que les liens établis entre les diverses parties impliquées

Les clientèles visées par la banque de données ministérielle (BDM)

- Les diverses directions du MSSS impliquées dans des activités de planification et d'évaluation des soins et services offerts par le réseau intégré de traumatologie;
- Le personnel concerné des ASSS. En tant que responsables de l'organisation des services, ces entités régionales utilisent les données dénominalisées de la banque de données ministérielle à des fins de suivi de la qualité et d'amélioration continue des soins et services en traumatologie;
- Les groupes responsables d'assurer l'audit externe du réseau intégré de traumatologie. Dans ce contexte, l'information est utilisée comme base comparative pour l'évaluation des services offerts par les installations ainsi que les liens établis entre les diverses parties impliquées;
- Les chercheurs et les intervenants des milieux de la recherche : Ces derniers peuvent également compter parmi la clientèle, les organismes tels la SAAQ et les organisations centrales telles la Direction de la santé publique DSP chargée de la surveillance épidémiologique.

Objectifs opérationnels et informationnels

La banque de données ministérielle SIRTQ est avant tout un outil d'amélioration continue de la qualité des soins et services dispensés aux personnes victimes de traumatismes. Elle sert également à dresser un portrait des victimes et des soins qui leur sont prodigués et contribue, notamment, à l'identification du suivi longitudinal des victimes au sein du réseau intégré de traumatologie. De ce fait, elle permet d'évaluer la performance de ce réseau, de promouvoir l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts et de comparer les résultats obtenus avec les autres provinces et les autres pays.

L'analyse des informations qui y sont contenues peut permettre au comité local de traumatologie de cibler certaines problématiques cliniques ou fonctionnelles. En lien avec l'organisation des services et d'y apporter les correctifs nécessaires.

De plus, en alimentant la BDM, elle permet d'effectuer plusieurs types de comparaisons et d'analyse sur les plans locaux, régionaux, provinciaux et internationaux.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	OBJECTIFS ET FINALITÉS DU SYSTÈME

Nature des données recueillies

Les données recueillies sont d'abord de nature clinique, en ce sens qu'elles permettent de suivre l'épisode de soins, les services offerts, les professionnels impliqués, les ressources investies et les dispositions au congé. Elles sont également de nature épidémiologique de par les informations qu'elles véhiculent sur l'usager, les circonstances de l'événement traumatique, etc.

Description des acteurs impliqués - gestion du système

Local

À l'installation désignée, l'archiviste médicale gère le fonctionnement de la banque de données opérationnelle spécifique à son installation. Elle s'assure d'une utilisation optimale et performante de celle-ci et voit à l'application du cadre normatif.

Provincial

Le mandat du Comité directeur du RTQ prenant fin avec la finalisation de la phase de développement et de mise en œuvre du SIRTQ, le MSSS a mis en place un Comité de soutien à la gestion de l'actif (CSGA) afin d'assurer l'évolution du cadre normatif et de la BDM. Ce comité agit à titre de conseiller auprès de ce dernier au regard des orientations et de l'évolution du SIRTQ. Plus spécifiquement, il recommande au MSSS les modifications à apporter au cadre normatif et évalue puis entérine les recommandations du CPU.

Le Comité provincial des utilisateurs (CPU) est mandaté comme responsable des activités de pilotage. Il recueille les informations pertinentes à l'évolution du système, étudie les questions d'interprétation du cadre normatif, établit les priorités de modifications ou d'améliorations, identifie les impacts et fait les recommandations au CSGA concernant l'évolution du système.

Le pilote d'orientation veille à ce que la BDM réponde adéquatement aux besoins d'information des usagers du MSSS et des différents partenaires du réseau. Il est responsable de coordonner les activités liées à la gestion du cadre normatif et des informations contenues dans la banque de données ministérielle, de même que celles qui sont liées à la gestion de la qualité. De plus, il veille au suivi des échéanciers quant à la saisie des données et s'assure du respect du budget d'opération alloué. Il coordonne les travaux du CPU et présente les recommandations issues de ce dernier au CSGA.

C'est dans l'environnement informationnel de la RAMQ qu'est hébergée la BDM du SIRTQ. Le pilote d'opération gère les processus d'alimentation de cette banque, et ce, en vertu des critères établis dans l'Entente-cadre de dépôt entre le MSSS et la RAMQ.. Il prend également en charge les problèmes rencontrés avec ou par les fournisseurs de données (installations désignées). Il effectue les validations nécessaires sur les données saisies, de façon à assurer leur cohérence et leur conformité aux exigences du cadre normatif. Il fait part de tous problèmes ou anomalies au pilote d'orientation du MSSS et lui présente les résultats de ses analyses et recommandations. Il veille au maintien et à l'amélioration continue de la qualité des données et émet toute recommandation susceptible d'y contribuer. Le pilote d'opération rend disponible aux utilisateurs les données de la BDM selon les modalités d'accès et de diffusion établies par le pilote d'orientation

Description des acteurs impliqués - maintenance du système

Local

L'archiviste médicale maintient et améliore la qualité des informations inscrites dans l'application. Elle assure la mise à jour périodique de la banque de données opérationnelles.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	OBJECTIFS ET FINALITÉS DU SYSTÈME

Le service informatique de l'installation s'assure de la conformité des équipements informatiques et des accessibilités au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) et à l'Internet au regard des recommandations émises par la RAMQ.

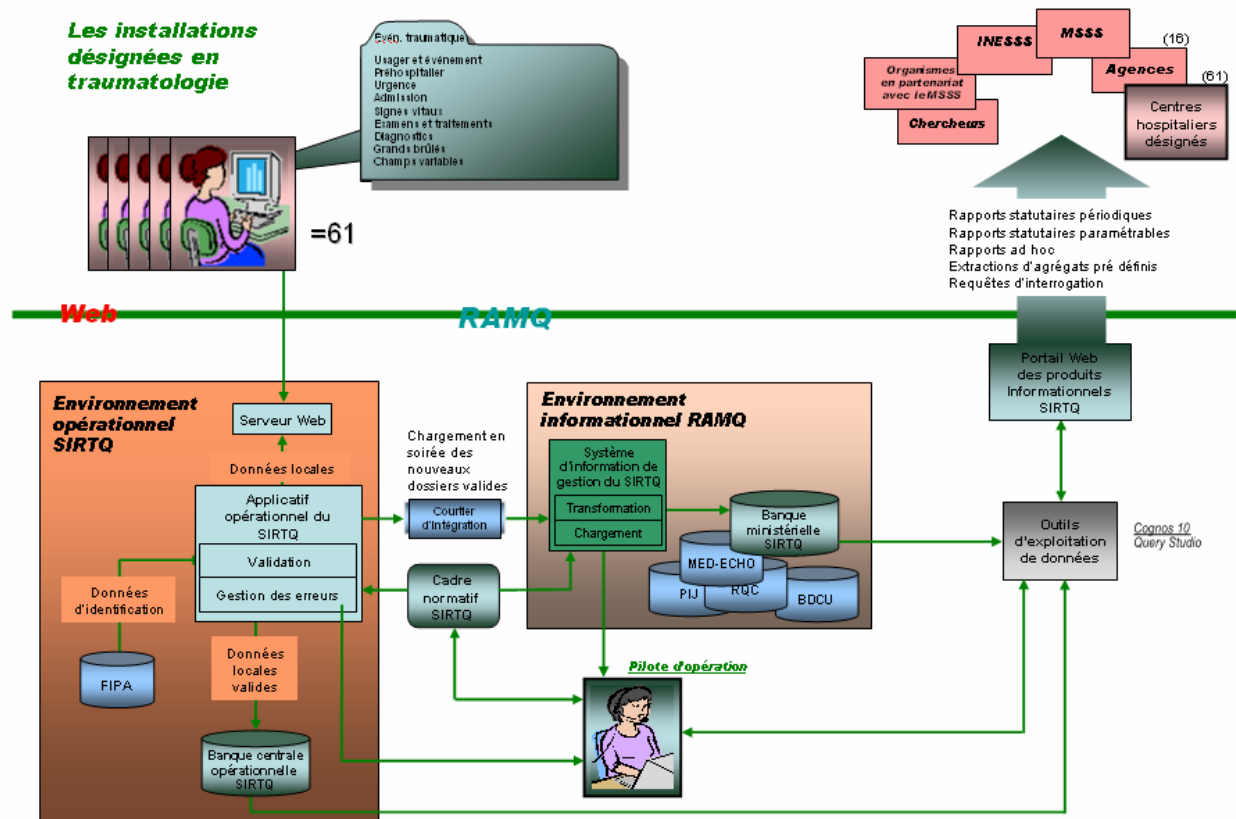
Provincial

La RAMQ assure la maintenance de l'application et offre le service de soutien aux opérations.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	OBJECTIFS ET FINALITÉS DU SYSTÈME

Circulation de l'information

Système d'information du Registre des traumatismes du Québec



Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	OBJECTIFS ET FINALITÉS DU SYSTÈME

Description sommaire des niveaux de soins impliqués et de leurs rôles et obligations par rapport au système

Services de stabilisation médicale

Les installations désignées comme devant offrir des services de stabilisation médicale doivent maintenir à jour un registre des traumatismes sur support papier pour alimenter l'INESSS dans l'exercice du mandat confié par le MSSS au regard de la gestion et du fonctionnement du Programme d'amélioration continue de la qualité des soins et services du réseau intégré de traumatologie, notamment au moment de leurs visites d'évaluation portant sur la désignation.

Centres primaires, secondaires, secondaires régionaux, pédiatriques, tertiaires, pour les personnes victimes de brûlures graves et celles nécessitant des services de réimplantation et de revascularisation des membres supérieurs

Le rôle des installations désignées primaires, secondaires, secondaires régionaux, pédiatriques, tertiaires, centres d'expertise pour les victimes de brûlures graves et de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence est d'alimenter la BDM-SIRTQ en saisissant leurs données dans leur banque opérationnelle hébergée à la RAMQ. Elles peuvent également interroger en ligne leurs données, effectuer des demandes d'interprétation des données et acheminer leurs besoins spécifiques d'évolution au Comité provincial des utilisateurs.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Elle héberge les banques de données opérationnelles de chacune des installations désignées en traumatologie et est dépositaire des données de la BDM-SIRTQ. Elle assure le développement et l'entretien de l'application, est responsable du développement des rapports de gestion et de statistiques, supporte la clientèle dans les problèmes reliés à l'application, dispense la formation concernant l'application. Elle assure le support à la saisie des données, participe à la conception et à la mise à jour d'outils de référence pour assurer la normalisation des données, assure la qualité de l'information, transmet les informations aux demandeurs externes du réseau de la santé et des services sociaux en accord avec les mécanismes de transmission d'information et assume le rôle de pilote d'opération des banques de données opérationnelles et de la banque de données ministérielle.

Agences de la Santé et des Services Sociaux (ASSS)

Les ASSS ont la responsabilité de planifier, d'organiser et d'évaluer l'ensemble des services de santé et des services sociaux dispensés à la population de son territoire. Leurs principaux mandats visent : la participation de la population à l'administration du réseau, la protection des droits des usagers, la protection de la santé publique, la protection sociale des personnes, la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que l'allocation des budgets aux installations et des subventions aux organismes communautaires.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

Il est propriétaire de la BDM. Il autorise les traitements des demandes d'information issues de la BDM par divers demandeurs, qu'ils soient internes ou externes au réseau intégré de traumatologie. Il s'assure de la performance des installations désignées de traumatologie et effectue le suivi des recommandations qui lui sont adressées par la RAMQ, les différents comités et l'INESSS. Il assume le rôle de pilote d'orientation et d'évolution de l'application locale et de la BDM.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.2	OBJECTIFS ET FINALITÉS DU SYSTÈME

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

En décembre 2008, le MSSS confiait à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) le mandat de la gestion et du fonctionnement du Programme d'amélioration continue de la qualité des soins et services du réseau intégré de traumatologie. L'INESSS, créé le 19 janvier 2011, succède au Conseil du médicament et à l'AETMIS, reprenant ainsi le mandat confié par le MSSS. L'INESSS transmet au MSSS les recommandations issues de l'exécution de son mandat, lesquelles peuvent toucher l'organisation des services, la désignation des installations ou toute autre élément visant l'amélioration de la qualité des soins et services offerts aux personnes victimes de traumatismes graves. L'Équipe d'évaluation du continuum de services en traumatologie (ECST) de l'INESSS exploite la BDM en vue de produire et de suivre divers indicateurs nécessaires au monitoring des fonctions évaluatives du réseau intégré de traumatologie.

Chercheurs

Les chercheurs analysent et exploitent les données de la BDM-SIRTQ [dans le cadre de leurs recherches](#) et interviennent comme expert dans l'interprétation des résultats.

Comité de soutien à la gestion de l'actif (CSGA)

Ce comité, présidé par le Directeur adjoint des services sanitaires aériens et de traumatologie au MSSS, est constitué, de représentants de différentes directions du MSSS, de l'INESSS, des ASSS, des installations désignées de traumatologie, de chercheurs et de la RAMQ. La DAST en assume la coordination, l'animation et le suivi.

Comité provincial des utilisateurs (CPU)

Ce comité est composé d'archivistes médicales de centres tertiaires et secondaires régionaux, de cliniciens, de chercheurs, d'un représentant de l'INESSS, du pilote d'orientation du MSSS et du pilote opérationnel de la RAMQ. La coordination de ce comité est assumée par le pilote d'orientation du MSSS.

Liens entre le SIRTQ et les processus d'affaires du MSSS et du RSSS

Le MSSS est propriétaire de la BDM-SIRTQ et octroie à la RAMQ qui est responsable de la gestion des données du SIRTQ les budgets de fonctionnement. Quand aux échanges d'information sur le SIRTQ entre la RAMQ et le MSSS, ils visent essentiellement l'envoi de fichiers contenant des rapports statistiques sur l'évaluation des résultats globaux des services et des soins octroyés aux victimes de traumatismes majeurs par les installations désignées du réseau de traumatologie (tiré du Dossier d'affaires RTQ, version 1.1 du 7 novembre 2006)

La participation de la RAMQ à la mise en place d'une BDM découle de son mandat de dépositaire des données sociosanitaires. Le MSSS a besoin de mandataires pour assumer la gestion opérationnelle des banques dont il est propriétaire.

En octobre 2006, le MSSS a pris la décision d'actualiser le dossier d'affaires sur La Refonte de la banque de données communes du SIRTQ de la solution d'affaires basées sur le modèle de gestion centralisée des données. Ce modèle privilégie la mise en place à la RAMQ d'une nouvelle application centrale de données hébergées en mode condo et accessibles aux utilisateurs locaux en mode Web. Le projet visant à refondre le SIRTQ et la banque de données ministérielle du SIRTQ (nouvelle version du cadre normatif 3.0) se réalise sous la maîtrise d'œuvre de la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.3	Encadrement législatif ou administratif

Sous-section 1.3.1 DU SYSTÈME D'INFORMATION

Encadrement législatif ou administratif de la banque de données ministérielle et du système d'information opérationnelle

Lois et règlements

Pour accomplir sa mission, le ministre doit constituer des banques anonymes de données sur les usagers qui reçoivent des services. Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE) (L.R.Q., chapitre S-5, r-3.01) découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (L.R.Q., chapitre S-4.2), le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs (R.R.Q., c.S-4.2, r.9) (annexe 5) sont les principaux textes législatifs régissant le système d'informations sur la clientèle du RTQ.

La loi sur les Services de santé et les services sociaux (chapitre II, section 1, article 505-26) prévoit également que le gouvernement peut, par règlement, prescrire les renseignements nominatifs ou non qu'un établissement doit fournir au ministre concernant les besoins et la consommation de services.

Le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les victimes de traumatismes majeurs permet au ministre de colliger les données des registres des traumatismes maintenus par les établissements exploitant un centre hospitalier et désignés par le ministre pour offrir des services de traumatologie et pour en constituer une BDM pour fin d'information, d'évaluation et de recherche.

Ententes administratives et législatives

Le 29 novembre 2000, le MSSS et la RAMQ ont signé *l'entente No 3 (Registre des traumatismes)*. Toutefois, une nouvelle version, nommée « Entente cadre » portant sur le dépôt de renseignements en matière de santé et de services sociaux entre le MSSS et la RAMQ a obtenu un avis favorable de la CAIQ le 4 juin 2012 et signée entre les parties en mars 2012. Cette entente est dorénavant en vigueur et remplace l'entente No3.. Elle permet, en outre, de déterminer les modalités de traitements, d'accès et d'utilisation de cette banque. D'autres ententes sont convenues au besoin afin d'assurer une exploitation appropriée des données de la banque de données ministérielle du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec.

Encadrement administratif

La constitution de la BDM a nécessité l'attribution de ressources permanentes qui soutiennent les activités de formation, de participation aux comités, de rédaction de documents de référence, d'élaboration de processus, d'harmonisation de la saisie d'éléments et d'assurance de la qualité de données. Une archiviste médicale de même qu'un technicien informatique sont attirés à cette banque.

Une ressource assurant le rôle d'orientation relève du MSSS. Elle s'assure de la conformité, de la présence et de la justesse des informations qui sont exigées et consignées dans la rédaction du cadre normatif de même que l'évolution des applications locale et centrale.

Soixante et une (61) installations désignées en traumatologie sont signataires d'une entente avec la RAMQ pour l'hébergement à la RAMQ de leur banque de données opérationnelles respective. Ces installations sont réparties dans quinze (15) des dix-huit (18) régions sociosanitaires du Québec. Les régions sociosanitaires 13, 17 et 18 ne disposent pas d'une installation désignée en traumatologie.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.3	Encadrement législatif ou administratif

Sous-section 1.3.1 DU SYSTÈME D'INFORMATION

Des archivistes médicales procèdent quotidiennement à la saisie d'informations sur la clientèle victime de traumatismes. Des données nominatives de même que des données médico-hospitalières sont recueillies et consignées dans l'application locale.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.3	Encadrement législatif ou administratif

Sous-section 1.3.2 DE LA BANQUE DE DONNÉES MINISTÉRIELLE

La BDM est entreposée à la RAMQ. Le pilote opérationnel est affecté aux opérations régulières et entretient des relations quotidiennes avec les utilisateurs.

CAI

Chaque année, la RAMQ doit présenter à la CAI un bilan des activités de diffusion enregistrées de la BDM. Elle consigne le nom des intervenants externes qui ont demandé une exploitation ou des résultats nominatifs.

Propriété commerciale

La documentation américaine « *The American College of Surgeons, National Trauma Registry System* » a constitué une source d'informations importante pour la rédaction du cadre normatif actuel.

Propriété de la banque

Chaque installation désignée en traumatologie est propriétaire de sa banque opérationnelle hébergée en mode condo à la RAMQ.

Le MSSS est propriétaire de la BDM du Registre des traumatismes du Québec. La DAST en assure la supervision et la coordination.

Localisation de la banque ministérielle

La BDM est entreposée dans l'environnement informationnel de la RAMQ. La Direction de l'analyse et de la gestion de l'information s'assure de son bon fonctionnement, de la qualité des informations qui y sont emmagasinées et coordonne son exploitation en collaboration avec le pilote d'orientation du MSSS.

Chapitre	1	Présentation du système d'information
Section	1.4	COORDONNÉES DES PILOTES

Coordonnées des pilotes

Les coordonnées des pilotes étant susceptibles de changer fréquemment, veuillez vous référer au Portail informationnel Santé et Services sociaux pour obtenir les coordonnées à jour des pilotes d'orientation et des équipes de pilotage opérationnel sur le site Internet suivant : www.informa.msss.rtss.qc.ca . Dans la page d'accueil du Portail (sous la section « Actualité »), on retrouve le thème « Sources de données » qui contient la liste des sources de données communes et corporatives du MSSS. Pour chacune d'elle, une fiche descriptive détaillée présente les informations telles qu'une description de ses finalités, les coordonnées des pilotes, les règles de diffusion de la banque, etc.

Vous trouverez également dans ce Portail, l'ensemble des cadres normatifs à jour, sous le thème « Métadonnées », dans le sous-thème « Cadres normatifs ».

Voir l'annexe 5 du présent cadre normatif pour plus d'information concernant les notions de pilotage.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.1	CRITÈRES DE SÉLECTION (INCLUSIONS/EXCLUSIONS)

Règles de consignation

Le SIRTQ recueille des informations concernant les usagers victimes de traumatismes. Pour chacune de ces victimes, un dossier doit être ouvert et un numéro de traumatisme doit être attribué. Les critères d'admissibilité sont les suivants :

- tous les usagers victimes d'un événement traumatique causant des blessures associées et qui sont admis dans une installation désignée de traumatologie.
- tous les usagers victimes d'un événement traumatique causant des blessures associées qui sont décédés à l'arrivée ou pendant le séjour à l'urgence dans une installation désignée de traumatologie.

Particularités de consignation des cas à inclure pour les installations désignées qui ont comme clientèle les traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale ou pour toutes les installations désignées en traumatologie qui ont des événements traumatiques de victimes de brûlures graves :

A) La clientèle de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence est défini par :

- Usager âgé de plus de 14 ans ayant subi, une amputation complète ou incomplète avec dévascularisation (mesure de saturation à l'appui, si possible):
 - o d'un pouce;
 - o d'un doigt unique;
 - o de doigts multiples;
 - o de la main;
 - o du poignet ou de l'avant-bras;
 - o du coude ou proximale au coude;
 - o et de toute partie pouvant être réimplantée (oreilles, nez, pénis, etc.).

B) La clientèle de victime de brûlures graves (VBG) est définie par :

À noter que toutes les installations désignées en traumatologie doivent saisir les événements traumatiques de VBG.

- Brûlures au 2e ou 3e degré **sur 10 % et plus** de la surface corporelle chez les enfants de moins de 10 ans ou chez les adultes de plus de 50 ans;
- Brûlures au 2e ou 3e degré **sur 20 % et plus** de la surface corporelle dans les autres groupes d'âge;
- Brûlures au 3e degré **sur 5 % et plus** de la surface corporelle;
- Brûlures au 2e ou au 3e degré impliquant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations majeures (membre supérieur = épaule, coude, poignet, membre inférieur = cheville, genou, hanche) ;
- Brûlures électriques y compris la foudre
- Brûlures chimiques (excluant l'œil);
- Brûlures des voies respiratoires (aucun degré);

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.1	CRITÈRES DE SÉLECTION (INCLUSIONS/EXCLUSIONS)

- Brûlures au 2e ou au 3e degré accompagnées d'autres traumatismes ou maladies significatives (maladies chroniques ou incapacitantes) pouvant compliquer les soins, allonger le temps de guérison ou affecter le risque de mortalité;
- Brûlures au 2e ou au 3e degré accompagnées d'autres traumatismes pour lesquelles le risque de mortalité et de morbidité est plus élevé à cause des brûlures. Si les risques sont plus élevés du côté des autres blessures, la victime devrait d'abord être stabilisée en traumatologie. Le jugement médical sera primordial dans ces circonstances;
- Brûlures au 2e ou au 3e degré dans des conditions qui nécessitent un support particulier sur le plan social, émotionnel ou une réadaptation à long terme;
- Brûlure au 2e ou au 3e degré faisant en sorte qu'une seconde opinion d'un plasticien est requise;
- Les lésions sévères secondaires à des atteintes du système cutané tels l'épidermolyse bulleuse et le syndrome de Stevens Johnson;
- Les engelures.

1. Exemples de cas d'inclusion

- 1.1. Les fractures, qu'elles soient de nature pathologique, ostéoporotique ou traumatique doivent être enregistrées si elles sont consécutives à un traumatisme.
- 1.2. Un faux mouvement se définit comme un traumatisme lorsqu'il correspond à un mouvement excessif, forcé, à une torsion, etc., et non à un mouvement effectué quotidiennement, par exemple : se plier pour lacer ses souliers.
- 1.3. La fracture d'une prothèse de hanche est considérée comme un traumatisme. C'est le traumatisme qui a causé la fracture de la prothèse. Elle doit être codée comme une fracture de hanche. Inscrire dans la précision supplémentaire « fracture de prothèse de hanche » dans la case de la description modifiée afin de noter la distinction.
- 1.4. Les diagnostics consécutifs à un événement traumatique doivent être inclus si le diagnostic relié au traumatisme justifie ou génère une admission, et ce, quelles que soient les conditions médicales préexistantes. Il faut bien analyser le dossier médical pour répondre à cette question.
- 1.5. Les pendants ne laissant que des éraflures ou de petites plaies au cou ne doivent pas être inscrites, car les usagers ne sont pas admis pour le traitement de leurs blessures, mais plutôt pour un traitement psychiatrique. Ces blessures ne justifient pas une hospitalisation. Cependant, les usagers présentant une atteinte cérébrale par anoxie secondaire à une tentative de suicide par pendaison, par strangulation ou par un autre moyen doivent être inclus. En l'absence de diagnostic plus précis, il faut utiliser un code AIS de la section Asphyxie, suffocation entre le 020000.3 et le 020006.5
- 1.6. Pour un usager qui arrive décédé au service d'urgence d'une installation à la suite d'une pendaison, inscrire le code AIS 020006.5. de la section Asphyxie, suffocation. Il faut associer le code CIM-10-CA de pendaison T71, au code AIS d'asphyxie, suffocation, s'il n'y a pas d'autres diagnostics précisés.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.1	CRITÈRES DE SÉLECTION (INCLUSIONS/EXCLUSIONS)

- 1.7 Inclure les événements traumatiques des usagers qui ont lieu pendant une sortie temporaire de fin de semaine donc à l'extérieur d'une installation ou ceux qui ont lieu à la salle d'urgence de l'installation alors que l'utilisateur n'est pas admis.
- 1.8 Les fractures de côtes et les fractures de hanche doivent être incluses en tout temps.
- 1.9 Pour un même événement traumatique associé à plusieurs hospitalisations, considérer seulement la première hospitalisation à l'installation fournisseur de données.
- 1.10 Tous les usagers transférés ou référés d'une autre installation doivent être inscrits au SIRTQ (même si cet usager est inscrit au SIRTQ de l'installation qui l'a référé).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.1	CRITÈRES DE SÉLECTION (INCLUSIONS/EXCLUSIONS)

2. Exclusions

- Les chirurgies d'un jour (type de soins 27);
- Les cas d'intoxications; (sauf si lésions ou brûlures associées)
- Les cas de noyades;
- Les cas d'hypothermie si c'est la seule blessure;
- Les admissions secondaires à une complication (séquelle) due à un traumatisme tel que : mal union de fracture, infection, cellulite, dislocations congénitales ou récurrentes, instabilités articulaires non récentes, etc.
- Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ :
 - X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion
 - Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée
 - Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux (sauf si associées à une victime de brûlures graves)
 - Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité

2.1 Exemples de cas d'exclusion

- 2.1.1 Les réadmissions et les visites multiples à l'urgence (sans admission) pour un même événement traumatique dans une même installation ne doivent pas être inscrites.
- 2.1.2 Les événements traumatiques intrahospitaliers (survenus lors de l'admission dans l'installation fournisseur de données) ne doivent pas être saisis.
- 2.1.3 Une côte fracturée en toussant, chez une personne âgée n'est pas considérée comme un traumatisme.
- 2.1.4 Les admissions pour déchirures méniscales, déchirure de la coiffe des rotateurs et hernies discales ne doivent pas être inscrites, car elles ont un caractère de chronicité. Sauf, si la blessure est immédiatement consécutive à l'événement traumatique, elle doit être incluse.
- 2.1.5 Les décès par asphyxie (sacs de papier, sacs de plastique) ne sont pas considérés comme des traumatismes puisqu'il s'agit d'une intoxication au gaz carbonique.
- 2.1.6 Les usagers transférés ou référés exclusivement pour des services de réadaptation sont exclus du système d'information du registre des traumatismes.

Attention, pour être considéré comme de la réadaptation, votre installation doit détenir une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) au permis (type 13) et les usagers doivent être admis directement dans l'un de ces lits.
- 2.1.7 Exclure les admissions post chirurgie d'un jour qui sont en lien avec un événement traumatique.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.2	NOUVELLES DIRECTIVES AU 1^{ER} AVRIL

1. Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2014

1.1 Élément 012- Heure du traumatisme

Modification consigne à la saisie :

- a- L'heure du traumatisme doit être inscrite lorsqu'elle est connue. Dans le cas contraire, *valider toutes les informations au dossier médical afin de trouver l'heure la plus plausible. Il est possible de laisser le champ vide, si vraiment aucune information n'est disponible.*

1.2 Élément 019 Code de cause externe et dans les exclusions

Ajout de précision dans la consigne à la saisie :

- d- Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ :

X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion

Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée

Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux (*sauf si associées à une victime de brûlures graves*)

Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité

1.3 Élément code d'installation de provenance et de destination 054 – 064 – 077- 087

Provenance : 054- 077

- d/e- *Si l'utilisateur provient d'une installation de l'Ontario, veuillez saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général 07904071 : Ontario.*

Destination : 064 - 087

- c- *Si l'utilisateur est transféré vers une installation de l'Ontario, veuillez saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.*

1.4 Élément 062 Heure de départ de l'urgence

Ajout consigne à la saisie :

- b- *Dans le cas, où l'utilisateur quitte l'urgence pour une imagerie médicale du type suivant : Artériographie/Angiographie, inscrire l'heure réelle du départ de l'urgence. Si l'heure est absente, soustraire 15 minutes de l'heure de réalisation de l'Artériographie/Angiographie.*

1.5 Élément 081 – Heure d'admission

Ajout consigne à la saisie :

- d- *Lorsqu'un usager quitte l'urgence pour une Artériographie/Angiographie, l'heure d'admission correspond à l'heure de réalisation de l'Artériographie/Angiographie.*

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.2	NOUVELLES DIRECTIVES AU 1^{ER} AVRIL

1.6 Éléments 086 – Type de destination

Ajout de précision dans la définition du domaine de valeur :

40- Ressources non institutionnelles

L'utilisateur quitte pour une ressource non institutionnelle. Les ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI) englobent :

1. Ressource intermédiaire (RI) ;
2. Ressources de type familial (RTF) ;
3. Résidences privées pour personnes âgées.

Il n'existe pas de liste provinciale pour les RNI. Il peut aussi s'agir d'organismes d'hébergement offrant des services pour la clientèle en santé mentale, en soins palliatifs, en toxicomanie, etc. L'utilisation de cette valeur est donc à la discrétion des installations selon leurs besoins. Le code d'installation n'est pas requis pour ce type de destination.

1.7 Déplacement des éléments 109 Modification artificielle de l'état de conscience et 110 Type de modification de l'état de conscience

du sous onglet Signes vitaux vers le sous onglet Examens et soins pour l'urgence. Ils deviennent les éléments # 122 et # 123. Donc, les éléments 109 à 123 ont changé de nom de libellé en raison de ce déplacement.

1.8 Éléments 122 Modification artificielle de l'état de conscience et 123 Type de modification de l'état de conscience

Modification d'une consigne à la saisie :

~~b- Le délai de huit heures pour compléter la séquence ne s'applique pas pour ce champ.~~ Il est possible d'inscrire une valeur prise durant tout le séjour à l'urgence.

1.9 Éléments 137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale et 138 Type d'imagerie médicale

Amélioration du texte de la description :

Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.

1.10 Éléments 139 Région du corps de l'imagerie médicale

Ajout dans la description :

Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.

Modification et ajout consignes à la saisie :

d- Choisir *imagerie médicale totale* seulement lorsque les régions suivantes : tête, colonne cervicale, thorax, abdomen et organes pelviens sont investigués sur la même imagerie médicale ou bien lorsqu'elles sont demandées au même moment.

e- Ne pas considérer les *imageries médicales subséquentes d'une seule région si elles ont été investiguées auparavant lors d'une imagerie médicale totale ou colonne vertébrale totale dans une même séquence d'urgence ou à l'admission.*

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.2	NOUVELLES DIRECTIVES AU 1^{ER} AVRIL

1.11 Éléments 140 – Date de demande de l'imagerie médicale

Amélioration du texte de la description :

Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La date de demande de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.

1.12 Éléments 141- Heure de demande de l'imagerie médicale

Amélioration du texte de la description :

Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. L'heure de demande de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.

1.13 Éléments 142 Date de réalisation de l'imagerie médicale

Amélioration du texte de la description :

Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La date de réalisation de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.

1.14 Éléments 143 – Heure de réalisation de l'imagerie médicale

Amélioration du texte de la description :

Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. L'heure de réalisation de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.

1.15 Éléments 145 – Réduction luxation à l'urgence

Modification de la consigne à la saisie :

Réduction de luxation à l'urgence

- Luxation d'une ou des articulations suivantes : hanche, genou, cheville, épaule, coude, ou poignet.
- Inscrire les réductions de luxation *quelle que soit l'installation*.

1.16 Éléments 186 – Comorbidité

Ajouts de consignes à la saisie :

*l- Utilisation régulière de stéroïdes : par voie orale seulement,
m- Chimiothérapie active : peu importe la voie utilisée.*

1.17 Voir aussi les modifications dans certains points au niveau des précisions sur la codification par système anatomique (voir l'annexe 7).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

1 Règles de codage de l'AIS

Règles générales

À moins de précisions contraires, toutes les lésions documentées au dossier médical sont à coder en AIS.

De plus, la classification AIS contient des directives pour aider les codeurs à prendre des décisions convenables concernant les diagnostics de traumatismes spécifiques. Cependant, certains principes de codage s'appliquent à plusieurs régions du corps. Il faut apprendre les règles suivantes.

1. Les lésions décrites comme «probables», «possibles», «ressemblent à», ou «impossibles», ne devraient pas être codées à moins d'être justifiées dans le dossier médical.
2. Les corps étrangers ne sont pas des traumatismes et, par conséquent, ils ne sont pas codés, sauf si lésions traumatiques associées.
3. L'AIS n'attribue pas de codes aux résultats d'une lésion (ex. la cécité) mais plutôt à la lésion en soi (ex. avulsion du nerf optique).
4. Il ne faut pas utiliser les interventions chirurgicales et les autres traitements pour déterminer la gravité d'une lésion.
5. L'AIS-6 est utilisé seulement pour les lésions dont le niveau de gravité est de 6 dans l'AIS. L'emploi de l'AIS-6 n'est pas un choix arbitraire tout simplement relié au décès de l'utilisateur.
6. La désignation « écrasement » est utilisée uniquement lorsque la lésion répond aux critères du dictionnaire. Si le code de l'écrasement est utilisé, ne pas coder les autres lésions séparément.
7. Les traumatismes bilatéraux sont codés séparément pour les organes comme les reins, les yeux, les oreilles et les membres à moins d'être spécifiés dans le dictionnaire de les coder comme un seul traumatisme (ex. traumatisme pulmonaire). Les maxillaires, les mandibules, l'anneau pelvien et la cage thoracique sont codés comme des structures uniques.
8. Par définition, une fracture ouverte signifie que la peau recouvrant la fracture est lacérée. La lacération externe est contenue dans le code pour une fracture ouverte et n'est pas codée séparément.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

9. L'abréviation SAI (sans autre indication) est utilisée dans l'AIS pour permettre de coder les lésions qui manquent de renseignements détaillés. La désignation SAI est également utilisée pour les lésions extrêmes qui ne sont pas décrites comme « ouvertes ». Par exemple, le code AIS d'une fracture du fémur SAI est attribué à une fracture « fermée » du fémur.

Une *lésion non précisée* signifie qu'il y a une lésion sur un organe ou une structure spécifique, mais que sa nature n'est pas connue. Par exemple : une lésion du rein peut être une contusion ou une lacération, mais cette précision n'est pas disponible. Dans cet exemple, la lésion doit être codifiée comme une lésion du rein SAI.

La *gravité non précisée* signifie qu'une lésion spécifique (p. ex., une lacération) est survenue, mais que le niveau de gravité n'est pas connu avec précision. Dans cet exemple, la lacération du rein sans autre information doit être codifiée comme une lacération SAI.

10. Si on remet en question la gravité d'une lésion évaluée d'après tous les renseignements disponibles au dossier, on doit attribuer le code conservateur AIS le plus bas pour la catégorie de la lésion en question. Par exemple, une lacération du foie documentée, mais sans détails au sujet de sa sévérité devrait être codée à 541820.2.

11. Le calcul des pertes de sang : plusieurs lésions tégumentaires, lacérations vasculaires, lésions cérébrales et lésions des organes internes sont décrites en termes de volume de perte de sang.

La *perte de sang* peut être un indicateur de gravité, et l'AIS utilise une perte de sang de 20 % en volume pour préciser le niveau de gravité. Quand le quantificateur « perte de sang > 20 % » est lié à plus d'une lésion, la perte de sang doit être attribuée à la plus grave des lésions. Si toutes les lésions ont le même niveau de gravité, la perte de sang ne doit être attribuée qu'à une seule d'entre elles.

Comme point de repère, 1 000 cm³ de sang = 20 % de perte sanguine chez l'adulte. Le tableau ci-dessous peut être utilisé, en plus de la perte de sang estimée de 20 %, notamment pour évaluer les pertes sanguines chez les enfants.

Poids livres	Poids Kg	Perte de sang 20 % /cm ³ (cc)
220	100	1500
165	75	1125
110	50	750
55	25	375
22	10	150
11	5	75

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

12. À moins d'une confirmation appropriée dans le dossier médical (par exemple, résultats de test de diagnostic), beaucoup de lésions ne peuvent être codées. Principalement, au niveau des blessures aux organes internes tels qu'au cerveau et au poumon, mais également les blessures médullaires.

Par exemple : Moelle épinière contusion SAI [compression ou hémorragie épidurale ou sous-durale dans le canal médullaire confirmée par des examens par imagerie ou les résultats de l'autopsie]

13. Des fractures multiples au même os, mais dans différentes régions de l'os sont codées séparément (par exemple, fractures du fémur au col et à diaphyse, AIS = 853161.3 et AIS = 853221.3). Si des localisations spécifiques de fractures ne sont pas connues, elles sont codées comme une simple fracture (par exemple, fractures multiples du fémur droit, l'AIS = 853000.3). Le maxillaire supérieur, la mandibule, l'anneau pelvien et la cage thoracique sont considérés comme des structures uniques.

14. Afin de garantir un calcul uniforme et compatible de l'ISS, pour les lésions de tissus mous (*fermées ou par pénétration*), il faut appliquer les règles suivantes :

- Si une lésion cutanée survient de façon isolée (sans lésion sous-jacente), elle doit être codifiée dans la section appropriée de l'AIS, mais attribuée à la région corporelle Externes pour le calcul de l'ISS.
- Si une lésion cutanée survient en combinaison avec une lésion sous-jacente, les deux doivent être codifiées à la section appropriée de l'AIS (à l'exception des fractures ouvertes et des blessures par pénétration). La lésion sous-jacente doit être attribuée à la région corporelle ISS appropriée et la lésion cutanée doit être attribuée à la région corporelle Externes pour calcul de l'ISS. [Toutes les lésions cutanées signalées doivent être codifiées séparément si les renseignements requis sont fournis et si la codification est souhaitée].
- Si des lésions cutanées d'AIS 1 sont décrites comme « abrasions ou contusions disséminées », elles doivent être codifiées dans la région « Lésions externes » de l'AIS et attribuées à la région corporelle « Externe » pour le calcul de l'ISS.

15. Pour le code AIS, les blessures par pénétration sont définies comme des blessures résultant de traumatismes par balle, par armes blanches ou par objets pénétrants (empalement ou transpercé par) avec ou sans blessure aux organes internes ou aux autres structures.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

16. Pour le codage des **blessures par pénétration**, toujours coder la blessure la plus profonde. Ne pas coder les blessures de surface (peau). L'entrée et la sortie de la blessure se reflètent dans l'échelle de sévérité pour les structures les plus profondes.

Par exemple : Lacération du foie avec atteinte canalaire majeure = 541824.3

Une observation peut corroborer la gravité d'une lésion par pénétration qui n'implique pas de structures plus profondes nécessitant une confirmation par radiographie, chirurgie ou autopsie.

Dans le cas des lésions par balle ou par arme blanche, un code AIS est attribué aux structures ou organes sous-jacents qui sont atteints; les lésions cutanées sous-jacentes ne sont pas codifiées séparément.

Les lésions par balle avec fractures osseuses ou avec la balle logée dans l'os, sont codifiées comme des fractures ouvertes.

Les lésions par balle présentant une lésion d'entrée et de sortie sont codifiées comme une seule lésion. En cas de lésions multiples à la même région corporelle, chaque lésion est codifiée si les renseignements fournis permettent de déterminer qu'il s'agit bien d'une lésion unique et non continue.

Exceptions :

- A-** S'il y a seulement une description de blessure par pénétration pour une région du corps. *(Donc, sans précision d'organe interne d'atteint)*

Donc coder à blessure par pénétration seulement.

Par exemple : Blessure par pénétration de l'abdomen SAI 516000.1

- B-** Si la blessure pénétrante traverse deux régions du cerveau en entrée et en sortie (c.-à-d. entrée dans le cerveau et sortie dans le cervelet). Utiliser l'un des trois codes à la section lésion par pénétration du crâne, à la section Zone entière plutôt qu'à la section spécifique du cerveau.
- Toutefois avec une blessure par pénétration au tronc cérébral et une autre région, coder la blessure la plus sévère (140216.6).

- C-** Si le fait d'utiliser la description de la blessure par pénétration cela résulte en un plus haut score que les blessures détaillées.

Par exemple :

Les diagnostics suivants résultent d'une lésion par pénétration > 2 cm à la tête :

- Petit hématome sous-dural 140652.4
- Hémorragie sous-arachnoïdienne 140693.2
- Tuméfaction faible du cerveau 140662.3

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Dans ce cas, utiliser « Lésion par pénétration cerveau » 140692.5 (seulement), puisqu'il résulte du plus haut score. Il ne faut pas coder les autres blessures séparément.

Par exemple :

Les diagnostics suivants résultent d'une lésion par pénétration > 2 cm à la tête :

- Hématome sous-dural extensif 140656.5
- Hémorragie sous-arachnoïdienne 140693.2
- Tuméfaction faible du cerveau 140662.3

Dans ce cas, ne pas utiliser « Blessure par pénétration cerveau » 140692.5, puisqu'il ne résulte pas du plus haut score. Il faut donc coder toutes les blessures séparément.

Pour chaque section du dictionnaire, excepté pour la colonne, il y a un code pour la région touchée par la lésion par pénétration qui devrait être utilisé lorsque les informations sont manquantes ou pour couvrir les 3 exceptions de la règle de codage mentionnée ci-dessus.

17. Les codes avec un 9 signifient qu'il y a une lésion, mais aucune information n'est disponible pour préciser l'organe ou la région spécifique qui est blessée.

Exemple : Lésion de la tête SAI 100099.9

L'AIS de 2005 mise à jour 2008 introduit un petit nombre de descripteurs non spécifiques qui permettent la classification des lésions par région corporelle, mais pas l'attribution d'un code de gravité. Par exemple, un code 9 est ajouté à l'identificateur unique de six chiffres pour les lésions vasculaires de la face SAI (code AIS 220099.9). Cela permet de tenir compte des blessures non spécifiques à des fins épidémiologiques, mais pas de préciser la fréquence du niveau de la gravité AIS. En effet, il est impossible de calculer l'ISS (IGT) d'un usager qui a une seule lésion et que celle-ci détient un code qui se termine par .9 .

18. Le déficit neurologique est défini comme une perte ou un déficit de fonction du système nerveux qui n'étaient pas présents avant la blessure et qui persistent plus qu'une période transitoire (plus de quelques minutes). Les exemples comprennent: faiblesse, engourdissement, picotements, modifications de l'état mental, troubles du langage, de la vision ou des réflexes.
19. La perforation est définie comme un trou, une rupture ou une ouverture pratiquée dans toute l'épaisseur : d'une membrane, d'une paroi ou autre tissu d'un organe ou structure du corps.
20. Quand une blessure à un vaisseau est décrite comme une section complète (dissection transversale), elle devrait être codée comme une lacération majeure. Si elle est incomplète, celle-ci sera codée comme une lacération mineure. Par exemple : lacération de l'aorte abdominale complète l'AIS = 520208.5, lacération de l'aorte abdominale avec une atteinte circonférentielle incomplète l'AIS = 520206.4, lacération de l'aorte abdominale SAI l'AIS = 520204.4.
21. Avec une blessure aux vaisseaux et aux organes internes, ne pas coder la blessure aux vaisseaux séparément si cette blessure est incluse dans la description de la blessure de l'organe. Dans l'exemple suivant de l'AIS, la blessure aux vaisseaux du rein n'est pas codée séparément.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Exemple : AIS = 541626.4 Lacération du rein étendue à travers le cortex rénal, la médullaire et l'appareil collecteur; atteinte des vaisseaux rénaux avec hémorragie contenue; majeure [OIS IV]

22. La dissection des vaisseaux doit être codée à déchirure intinale pour tous les vaisseaux, y compris les descripteurs de l'artère carotide commune/ interne, l'artère carotide externe et l'artère vertébrale.
23. Les *branches des vaisseaux* ne sont pas codifiées, à moins d'être désignées nommément, incluses dans le code ou les deux. Pour attribuer le code de blessure avec un descripteur « et ses branches nommées », la branche doit être un affluent direct de ce vaisseau. Pour les autres vaisseaux spécifiquement désignés, utiliser les catégories «autres artères désignées nommément» ou «autres veines désignées nommément ».

Exemple: Une lacération SAI, de l'artère fessière (glutéal)

Artère iliaque (p.84) [commune, interne, externe] et ses branches nommées. Utiliser le code 520604.3 lacération SAI. C'est un affluent direct de l'artère iliaque interne et un vaisseau artériel nommé.

Cependant, une lacération de l'artère ilio-lombaire serait attribuée aux «autres artères désignées nommément» car il n'est pas un affluent direct de l'artère iliaque interne.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2. PRÉCISIONS SUR LA CODIFICATION PAR SYSTÈME ANATOMIQUE

2.1 TÊTE

Zone entière

- 2.1.1 La « **Lésion de la tête SAI** » et le « **Décès causé par une lésion de la tête sans autre examen ou autopsie confirmant des lésions précises** » sont des diagnostics non spécifiques. L'AIS assigne un code de 100099.9/100999.9. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion de la tête, mais n'en précisent pas la gravité.
- 2.1.2 Coder une lésion par pénétration à un site anatomique spécifique (par exemple, cerveau, cervelet, tronc cérébral) si le site est connu. Si le siège est inconnu ou plusieurs sièges sont atteints, utiliser alors l'un des trois codes de la section lésion par pénétration du crâne sous Zone entière.
- 2.1.3 S'il n'y a pas de pénétration du crâne, codifier comme une lacération du cuir chevelu.
- 2.1.4 En cas de blessure unique par balle, codifier les plaies d'entrée et de sortie comme une seule lésion.
- 2.1.5 Le code pour un hématome sous-galéal SAI est 110402.1 (cuir chevelu, contusion).
- 2.1.6 Les lacérations cutanées majeures, mesurant plus de 10 cm doivent être codées seulement lorsqu'elles atteignent le tissu sous-cutané.
- 2.1.7 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une blessure par pénétration, par exemple : avec atteinte du nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site .

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Vaisseaux intracrâniens

- 2.1.8 Les lésions des vaisseaux doivent être codifiées séparément des autres lésions du cerveau, à l'exception de lésions d'écrasement, des lésions majeures par pénétration du crâne ou des lésions par pénétration du tronc cérébral, du cervelet ou du cerveau, ce qui comprend toutes les autres lésions connexes du cerveau. Si un vaisseau spécifique est atteint et qu'il n'est pas nommé dans l'AIS, coder les lésions en tant que « Lésion de vaisseau intracrânien SAI ». La thrombose inclut toute lésion de vaisseau provoquant son occlusion (p.ex., déchirure intimale, dissection).
- 2.1.9 Des nouveaux codes de bilatéralités ont été ajoutés. Par exemple : 120205.4 Thrombose artère cérébrale antérieure bilatérale.
- 2.1.10 L'artère carotide interne est présente dans la section de la tête ou du cou de l'AIS. Les codes AIS dans la section tête sont de 121099.3 à 121006.3 « Artère carotide interne » et dans la section cou 320299.3 à 320223.4 « Artère carotide [commune, interne] ». Lorsque l'emplacement exact de la blessure n'est pas spécifié à la tête ou au cou, il faut utiliser le code de la région du cou avec les précisions associées si présentes (lacération, thrombose, occlusion, etc.).
- 2.1.11 L'artère vertébrale est présente dans la section de la tête ou du cou de l'AIS. Lorsque l'emplacement exact de la blessure n'est pas spécifié à la tête ou au cou, il faut utiliser le code de la région du cou avec les précisions associées si présentes (lacération, thrombose, occlusion, etc.).
- 2.1.12 Le vasospasme est un phénomène transitoire qui n'est pas toujours visible à l'imagerie médicale. Il est le résultat d'une lésion à l'artère et il n'est pas une blessure en soi. Le vasospasme ne peut être codé.

Nerfs crâniens

- 2.1.13 Avec les lésions aux nerfs crâniens, à moins que la contusion ou la lacération soit indiquée, coder la lacération s'il y a perte totale de fonction du nerf (paralysie). Coder la lésion des nerfs comme une contusion s'il y a perte partielle de fonction (parésie).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Organes internes

- 2.1.14 Les lésions du cerveau devraient être codifiées dans les 24 heures ou à la confirmation du diagnostic initial si le délai de 24 heures est dépassé.

Procédure pour appliquer cette règle :

- Codifier la lésion au cerveau la plus près possible du 24 heures;
 - En cas de transfert, s'il n'est pas possible de calculer le délai, codifier la lésion au cerveau la plus près possible du 24 heures selon l'heure d'arrivée à l'installation fournisseur de données;
 - Pour les dimensions des saignements si la mesure diminue pendant le premier 24 heures, codifier le plus volumineux.
- 2.1.15 Les lésions des organes internes (par exemple, tronc cérébral, cervelet ou cerveau) doivent être vérifiées par TDM, IRM, chirurgie, radiographie, angiographie ou autopsie. Un diagnostic clinique n'est pas suffisant en soi pour établir l'existence d'une lésion anatomique à des fins de codification.
- 2.1.16 Avec une lésion par pénétration au tronc cérébral et à d'autres régions du cerveau, coder la blessure au tronc cérébral (140216.6), peu importe combien d'autres régions sont touchées.
- 2.1.17 Utiliser la section Cervelet uniquement si le cervelet, la fosse sous-tentorielle ou la fosse postérieure sont précisés. Dans le cas contraire ou en l'absence de précision sur le site de la lésion intracérébrale, coder sous cerveau.
- 2.1.18 La tente du cervelet sépare le cerveau, le tronc cérébral et le cervelet. Elle est située dans la fosse postérieure et elle est divisée en deux parties : supratentorielle (cerveau) et infratentorielle (cervelet). Lors d'un traumatisme à la tente du cervelet, coder cervelet s'il est possible de le situer avec les termes précisés dans l'AIS à la section cervelet, sinon coder à la section cerveau.
- 2.1.19 L'oedème accompagnant une contusion ou un hématome (oedème périlésionnel) est considéré comme faisant partie de la lésion pour déterminer son diamètre.
- 2.1.20 Contusion hémorragique : coder comme une contusion puisqu' « hémorragique » est l'adjectif décrivant la contusion.
- 2.1.21 L'hématome rétroclival n'est pas une blessure qui peut se coder dans l'AIS.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.1.22 En présence de plusieurs **petits** (140640.4) et/ou **volumineux** (140648.5) hématomes intracérébraux ou en présence de plusieurs **petits** (140652.4) et/ou **volumineux** (140656.5) hématomes sous-duraux, il faut coder chacun individuellement s'ils sont distincts et du même hémisphère (unilatéral). Si les deux hémisphères sont impliqués, utiliser le code bilatéral en respectant l'encadré au bas de la page.

Deux codes sont nécessaires pour les blessures suivantes :

Exemple 1:

Hématome sous-dural petit frontal gauche= 140652.4

Hématome sous-dural petit occipital gauche= 140652.4

Exemple 2 :

Deux petits hématomes sous-duraux frontaux droits = 140652.4 et 140652.4

Exemple 3 :

Hématome sous-dural bilatéral : l'hématome sous-dural de droite mesure 0.7 cm d'épaisseur (donc un **petit** hématome) et l'hématome sous-dural de gauche mesure 0.3 cm d'épaisseur (donc un **minuscule** hématome) = 140652.4

Réfère à l'encadré bas de la page 46 :

Dans les cas d'hématome sous-dural où un côté est minuscule (< 0,6 cm d'épaisseur) et l'autre côté à ≥ 0,6 cm d'épaisseur, codifier uniquement le plus volumineux.

Selon l'encadré, il faut coder uniquement le plus volumineux donc le petit dans cet exemple. Pour coder le niveau bilatéral du petit, il aurait fallu que les 2 côtés soient entre 0,6 à 1 cm. Cf. le texte entre crochets du descripteur bilatéral.

- 2.1.23 Une contusion hémorragique frontale droite et pariétale gauche doit être codée dans la section multiple, au moins une de chaque côté.
- 2.1.24 Pour les contusions et les hématomes du cerveau, en présence sur les TDM de la dimension de ceux-ci selon les trois mesures (épaisseur, longueur, largeur), il est possible de multiplier ces mesures pour obtenir le résultat en cm³. Attention, si les mesures sont en millimètre (mm), il faut convertir le résultat pour l'obtenir en centimètre (cm). En présence, de seulement deux mesures, il est important de détenir la confirmation de laquelle de ces mesures représente le diamètre ou l'épaisseur.
- 2.1.25 Une hémorragie de la fissure intra-hémisphérique (faux du cerveau) n'est pas toujours compatible avec une hémorragie sous-arachnoïdienne. Elle peut être associée à un hématome sous-dural si le diamètre est plus épais. Il faut valider avec les examens diagnostiques.
- 2.1.26 Une contusion oedémateuse se code à une contusion au cerveau.
- 2.1.27 La présence d'air dans la cavité intracrânienne sur un rapport radiologique, imagerie médicale, etc. signifie une pneumocéphalie. Le code AIS pour une pneumocéphalie est 140682.3.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.1.28 Une dure-mère déchirée sans fracture et sans lésion par pénétration se code à lacération 140688.3.
- 2.1.29 Une tuméfaction cérébrale est un terme générique décrivant l'augmentation du volume du cerveau alors qu'un œdème cérébral est un type particulier de tuméfaction cérébrale.
- 2.1.30 Pour l'œdème cérébral et la tuméfaction cérébrale, il faut coder selon la terminologie utilisée par le médecin pour coder l'œdème ou la tuméfaction cérébrale. Les sévérités sont les mêmes pour les deux lésions.
- 2.1.31 Une description de citerne compressée peut impliquer une tuméfaction cérébrale ou un œdème cérébral.
- 2.1.32 En l'absence de la précision d'une tuméfaction ou d'un œdème, il faut coder à tuméfaction.
- 2.1.33 Les lésions cérébrales hypoxiques peuvent être codées dans les cas où des conditions telles que l'hypovolémie ou l'hypoxie produisent ces lésions et que les dommages hypoxiques au cerveau ne sont pas directement liés à une lésion dans le cerveau.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Squelette

- 2.1.34 Codifier toutes les fractures du crâne comme des fractures à la voûte à moins qu'elle soit indiquée comme une fracture à la base. Si **des** fractures à la voûte et à la base du crâne sont documentées, coder les deux fractures. Si **une** fracture du crâne implique la base et la voûte, coder la plus sévère. Si toutes les deux sont de sévérité égale, coder la fracture au point d'origine.
- 2.1.35 La fracture de la base du crâne (basilaire) implique n'importe lequel des os suivants: ethmoïde, sphénoïde (grande et petite aile), toit orbitaire, occipital (partie de la base) et temporal (incluant la portion pétreuse (rocher) et mastoïde). Coder la fracture naso-orbito-ethmoïdale sous la base; dans ce cas, ne pas coder les fractures faciales séparément (nez et orbite).
- 2.1.36 En présence d'une fracture LeFort III et d'une fracture naso-orbito-ethmoïdale (NOE), coder seulement la fracture LeFort III puisqu'elle inclut la fracture NOE.
- 2.1.37 S'il y a évidence de traumatisme crânien, les signes cliniques suivants peuvent être utilisés pour corroborer un diagnostic de fracture de la base du crâne : hémotympan, membrane du tympan perforée avec sang dans le conduit auditif, hématome mastoïdien pulsatile, écoulement de LCR par l'oreille, rhinorrhée, ecchymoses périorbitaires (« raccoon eyes » ou « yeux de raton laveur »).
- Attention: ne pas supposer automatiquement que tous les cas d'ecchymoses périorbitaires sont des fractures basilaires du crâne – ils pourraient également indiquer des fractures d'orbites ou simplement des contusions de tissus mous.
- 2.1.38 L'os temporal est constitué de trois parties, la squameuse, qui fait partie de la voûte du crâne, et les parties mastoïdiennes et rocher (pétreuse) qui forment une partie de la base du crâne.
- 2.1.39 La fracture du sinus frontal correspond à une fracture à la base du crâne. Le code AIS est : 15020_._.
- 2.1.40 La fracture du condyle occipital correspond à une fracture de la base du crâne.
- 2.1.41 Une fracture ouverte à la voûte du crâne n'a pas toujours une dure-mère déchirée. Dans ce cas, coder 150404.3 - Fracture de la voûte comminutive.
- 2.1.42 Dans la fracture de la voûte, au code 150406.4, le descripteur « complexe » désigne : une fracture (ouverte avec une dure mère déchirée, avec tissu cérébral exposé ou perte de tissu cérébral).
- 2.1.43 Une fracture “en étoile” est une fracture comminutive.
- 2.1.44 En présence, de l'unique mention, qu'il y a une fracture du crâne sans précision des os fracturés (voûte ou base), alors il faut utiliser : fracture du crâne SAI.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.1.45 En présence, de plus d'une fracture distincte au niveau de la voûte ou de la base, à droite et à gauche, il faut coder toutes les fractures.

Lésion axonale diffuse

- 2.1.46 La lésion axonale diffuse (LAD) est désignée parfois sous le nom de cisaillement cérébral. C'est une entité clinicopathologique caractérisée par une perte de conscience immédiate ou prolongée de plus de 6 heures due à des dommages importants aux axones et à d'autres processus neuronaux du cerveau.
- 2.1.47 Il faut utiliser la section « Lésion axonale diffuse » p. 51 pour codifier un diagnostic corroboré de LAD si **aucune description anatomique** n'est fournie **ou** si la perte de conscience dépasse > 24 heures **et** satisfait aux règles de codification des LAD. Ces règles sont décrites à la section « Lésion axonale diffuse » (page 50).
- 2.1.48 **Si la LAD est décrite avec une description anatomique du cerveau** posé par examen pathologique **et** imagerie médicale **et** si perte de conscience > 6 heures **ou**, si fatale dans les 6 heures, il faut utiliser les codes 140628.4 à 140627.5.
- Si la substance blanche ou les noyaux gris centraux et le corps calleux sont atteints, codifier uniquement la LAD la plus grave ; ne pas codifier les deux. **Si la perte de conscience dépasse 24 heures et si le diagnostic respecte les règles de codification des LAD, utiliser l'un des codes suivants : 161011.5, 161012.5 ou 161013.5.** Les règles de codification sont décrites à la section « Lésion axonale diffuse » (page 50).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Lésion commotionnelle

Règle générale de la codification des pertes de conscience

- Lorsqu'il y a la confirmation d'une lésion au cerveau et qu'elle est accompagnée d'une perte de conscience, **cette perte de conscience doit être codifiée en plus de la blessure au cerveau sauf si elle n'est pas déjà associée à un code de lésion de la blessure au cerveau.**
- Le diagnostic de la perte de conscience doit, avoir été posé par un médecin, par un professionnel de la santé ou par un ambulancier.
- Il ne faut pas coder la perte de conscience lorsqu'un usager arrive décédé à l'urgence.

Le score du Glasgow (GCS) n'est qu'un des nombreux indicateurs de traumatisme crânien et ne devrait jamais être utilisé seul. Attention à l'utilisation inadéquate de la "perte de conscience". Aucun usager avec un GCS ≥ 9 n'est inconscient; presque tous les usagers avec un GCS = 8 sont inconscients tandis que tous les usagers avec un GCS < 8 sont inconscients.

- o On entend par perte de conscience, l'absence d'ouverture des yeux à une stimulation douloureuse et l'incapacité à suivre des ordres et l'absence de réponse verbale. Dans le cas des usagers intubés, le coma peut être diagnostiqué en fonction de l'absence d'ouverture des yeux à une stimulation douloureuse et l'incapacité à suivre des ordres. Dans le cas des usagers intubés qui ne peuvent ouvrir les yeux en raison d'une lésion ou d'une hémorragie locale, la perte de conscience peut être diagnostiquée uniquement en fonction de l'incapacité à suivre des ordres. Si ces trois réponses ne peuvent pas être évaluées à cause d'une sédation ou d'une intubation, un diagnostic de perte de conscience ne peut être posé.

Échelle de coma de Glasgow		
Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1 – Aucune	1- Aucune	1 – Aucune
2 – À la douleur	2- Sons incompréhensibles	2 – Extension à la douleur
3 – À la voix	3 – Langage inapproprié	3 – Flexion à la douleur
4 – Spontanée	4 – Confuse	4 – Retrait à la douleur
	5 – Orientée	5 – Localise la douleur
		6 – Obéit aux commandes

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Codes à utiliser :

Pour coder la perte de conscience, il faut utiliser les codes de la **section lésion commotionnelle** (même en l'absence de commotion cérébrale) si la perte de conscience est < 6 heures **et** si elle n'est pas déjà associée à un code de lésion de la blessure au cerveau.

Par exemple 1 :

Hématome sous-dural petit = 140652.4

Perte de conscience de 25 minutes = 161004.2

Par exemple 2 :

140693.2	hémorragie sous-arachnoïdienne SAI*
140694.2	non associée à un coma de > 6 heures
140695.3	associée à un coma de > 6 heures

Par exemple 3 :

161007.4	Lésion axonale diffuse (coma traumatique prolongé, PC > 6 heures non due à une lésion massive) SAI	160210.4	Aucun
161008.4	perte de conscience de 6 à 24 heures (LAD légère)	160814.4	160814.4
161011.5	perte de conscience >24 heures SAI	160818.5	160818.5
161012.5	sans signes au tronc cérébral (LAD légère)	160818.5	160818.5
161013.5	avec signes au tronc cérébral (LAD grave)	160824.5	160824.5

Signes au tronc cérébral : décérébration, décortication

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Règles spécifiques de la codification de la perte de conscience

- Dans l'AIS-2005 mise à jour 2008, plusieurs descripteurs de résultats d'imagerie comprennent perte de conscience comme précision (par exemple hémorragie intraventriculaire, lésion cérébrale ischémique directement associée à un traumatisme crânien, hémorragie sous-arachnoïdienne et hémorragie sous-piale). Si un usager présente plusieurs de ces résultats confirmés, incluant la perte de conscience, n'attribuer la perte de conscience qu'une seule fois au résultat qui donne le score AIS le plus élevé. S'il n'y a pas de différence, entre les scores AIS, ajouter la perte de conscience à un seul des résultats et codifier les autres résultats comme sans autre indication pour la perte de conscience.)

Par exemple :

- Lésion cérébrale ischémique
- Perte de conscience de > 6 heures, mais aucune LAD corroborée
- Hémorragie sous-arachnoïdienne

Coder :

- lésion cérébrale ischémique avec la perte de conscience > 6 heures = 140683.5
- l'hémorragie sous-arachnoïdienne seule = 140693.2

- D'autres résultats d'imagerie peuvent également être notés pour les usagers avec un diagnostic clinique ou pathologique corroboré de LAD (par exemple hémorragie intraventriculaire, hémorragie pétéchiale). Le cas échéant, un code de gravité AIS n'est attribué qu'à la LAD corroborée.

Par exemple :

- LAD légère (perte de conscience de 6 à 24 heures)
- Hémorragie intraventriculaire

Coder : LAD légère avec la perte de conscience de 6 à 24 heures = 161008.4 et ne pas coder l'hémorragie intraventriculaire.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Règle de codification des TCCL SAI – cf. commotion cérébrale

Au Québec, dans la littérature de traumatologie une commotion cérébrale est l'équivalent de TCCL (traumatisme craniocérébral léger)

La définition d'un TCCL ou commotion cérébrale est basée selon les algorithmes TCCL. Il faut qu'il y ait :

- 1-Une histoire d'accident
- 2-Un des éléments cités au point 2 (Examen clinique)
- 3-Un Glasgow entre 13 et 15

1. Histoire de l'accident

Mécanismes de la blessure (accélération-décélération, impact sur le crâne, vitesse, protection, éjection, etc.)

2. Examen clinique : Critères diagnostiques du TCCL :

Objectivation d'au moins un élément :

- A. Période d'altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation)
- B. Perte de conscience $\leq$ 30 minutes
- C. Amnésie post-traumatique $\leq$ 24 heures
- D. Signe neurologique transitoire ou signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas une intervention chirurgicale

Consigne :

- En présence d'une commotion cérébrale documentée et associée à une blessure au cerveau, coder à la section lésion commotionnelle.
- Dans le cas de la précision au dossier médical d'un TCCL seulement sans d'autres précisions de blessures au cerveau, il faut coder le TCCL comme une commotion cérébrale au niveau de la section des lésions commotionnelles selon la présence ou non d'une perte de conscience associée au TCCL :

Les codes possibles sont :

161000.1 Commotion cérébrale SAI = TCCL SAI

161001.1 Commotion cérébrale légère, sans perte de conscience = TCC léger, sans perte de conscience

161004.2 Commotion cérébrale avec perte de conscience $\leq$ 30 minutes = TCC léger avec perte de conscience de 30 minutes ou moins.

Dans le cas d'absence de précision au dossier médical de la présence d'un TCCL ou d'une commotion cérébrale soit avec seulement la précision d'une lésion à la tête ou de maux de tête mentionnés, utiliser l'un des codes suivants : 100099.9 ou 100999.9 ou 110009.1.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.2 VISAGE

Zone entière

- 2.2.1 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion de la face, mais n'en précisent pas la gravité : 200099.9/200999.9.
- 2.2.2 À la section « Zone entière », des blessures plus petites sont équivalentes en sévérité à une blessure plus grande dans d'autres régions du corps; par exemple, une lacération majeure de plus de **10 cm de long** avec atteinte du tissu sous-cutané versus plus de 20 cm de long pour la plupart des autres régions du corps.
- 2.2.3 Amputation du nez: coder comme une avulsion cutanée en fonction de son degré de gravité
- 2.2.4 Les lacérations cutanées majeures mesurant plus de 10 cm doivent être codées seulement si elles atteignent le tissu sous-cutané.
- 2.2.5 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une blessure par pénétration, par exemple : avec atteinte d'un nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.

Vaisseaux

- 2.2.6 La lésion vasculaire de la face SAI se code à 220099.9.
- 2.2.7 Les branches de l'artère carotide externe se codent dans la section Visage et l'artère carotide externe se code dans la section Cou.

Nerfs

- 2.2.8 Pour les nerfs optiques, cette catégorie s'applique seulement à la portion intra-orbitaire. Pour la partie intracrânienne, ou si l'emplacement est inconnu, codifier sous Nerfs crâniens dans Tête.

Organes internes

- 2.2.9 Des blessures bilatérales aux yeux ou aux oreilles sont habituellement codées en tant que blessures séparées, excepté là où l'AIS le spécifie.
- 2.2.10 La luxation de la chaîne des osselets de l'oreille se code en AIS à 240212.1 (Luxation des osselets de l'oreille).
- 2.2.11 Pour une hémorragie rétrobulbaire, utiliser le code - Oeil - 240499.1 SAI.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.2.12 La cataracte traumatique et la maculopathie traumatique se codent en AIS à 240499.1 (Oeil SAI).

2.2.13 L'hémorragie de la conjonctive se code en AIS à 240416.1 (Lésion de la conjonctive).

2.2.14 La perforation oculaire, la rupture et la lacération du globe oculaire se codent en AIS à 241200.2 (Lacération de la sclère).

2.2.15 L'uvéa est une partie de l'œil, composée de l'iris, de la choroïde et du corps ciliaire. Coder **iris** sous uvée 241499.1.

Squelette

2.2.16 Les fractures faciales doivent être déplacées de façon significative pour être codées comme « déplacée ». Un déplacement minime ne devrait pas être codé comme fracture déplacée.

2.2.17 Des fractures bilatérales au maxillaire supérieur ou à la mâchoire inférieure sont codées en tant que blessure simple.

2.2.18 Les fractures multiples de la mandibule doivent être codées avec un seul code AIS. La fracture doit être attribuée à la plus grande région atteinte de la mandibule. L'ordre numérique des codes représente de la plus petite à la plus grande région de la mandibule.

2.2.19 Il faut se fier aux sites identifiés dans les définitions des fractures LeFort même si le mot « Le Fort » n'est pas explicitement utilisé dans le dossier médical.

2.2.20 Les fractures du nez qui accompagnent une fracture LeFort I doivent être codées comme une blessure distincte. Les fractures du nez qui accompagnent une fracture LeFort II et III sont, par définition, incluses dans la fracture de LeFort et donc ne doivent pas être codées séparément.

2.2.21 Avec une fracture de LeFort II et une fracture du plancher de l'orbite, ne pas coder séparément même si la fracture de l'orbite est déplacée.

2.2.22 La fracture de l'os ethmoïde n'est pas incluse dans la fracture de Le Fort II mais elle est incluse dans la fracture de Le Fort III. Avec une fracture de Le Fort II et une fracture naso-orbito-ethmoïdale (NOE), coder en plus la fracture de l'os ethmoïde.

2.2.23 Dans la fracture de Le Fort I, coder séparément la fracture de l'orbite. Dans une fracture Le Fort II avec une fracture du plancher de l'orbite déplacée ou non, ne pas coder la fracture de l'orbite séparément. Toutefois, coder séparément la fracture du mur latéral de l'orbite. De même, en présence d'une fracture Le Fort II et d'une fracture Le Fort III, ne coder que la fracture de Le Fort III.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.2.24 Ne pas coder une fracture Le Fort III automatiquement lorsque les fractures impliquent le nez, l'orbite et le maxillaire simultanément. Dans une fracture Le Fort III, les os doivent être mobiles et détachés du crâne. Cette fracture est peu fréquente et elle est toujours précisée par les chirurgiens ou par les radiologistes. Toutefois, s'assurer que les descriptions sont respectées.

Les descriptions suivantes des fractures de LeFort complètent celles de la classification AIS:

LeFort I (fracture transversale alvéolaire du maxillaire horizontal, disjonction palato-faciale, [fracture de Guérin]): la ligne de fracture traverse le maxillaire inférieur jusqu'à la cavité nasale incluant le processus alvéolaire maxillaire, portion du sinus maxillaire, le palais dur et l'aspect inférieur de la plaque du ptérygoïde. La partie qui contient les dents se détache du reste du maxillaire supérieur. Il y a une seule ligne de fracture. Il n'y a habituellement aucune complication de voie aérienne avec cette fracture.

Cliniquement –enflement léger; le maxillaire supérieur se déplace indépendamment du reste du visage; malocclusion possible.

LeFort II (disjonction pyramidale): La ligne de fracture traverse l'os nasal, l'os lacrymal, le plancher de l'orbite, la marge infra-orbitale à travers la partie supérieure de la ligne de suture maxillo-zygomatique et du sinus maxillaire et de la plaque du ptérygoïde le long du mur latéral du maxillaire supérieur dans la fosse ptérygopalatine. Il y a deux lignes de fractures ayant comme conséquence d'avoir un maxillaire supérieur et un nez flottant avec une fracture possible de la lame criblée.

Cliniquement - oedème massif; le nez est fracturé de façon évidente; possibilité de fuite du LCR.

LeFort III (disjonction craniofaciale): séparation complète des os faciaux de leurs attachements crâniens. C'est la plus complexe de toutes les fractures faciales. La fracture traverse la suture nasofrontale, la jonction de l'os ethmoïde et de l'os frontal, la fissure supérieure orbitale, le mur latéral de l'orbite, la suture zygomatofrontale et temporale, avec une fracture élevée du ptérygoïde produisant un défaut dans la forme du visage qu'il est difficile de corriger par la suite. Il y a trois lignes de fractures.

Cliniquement - oedème massif; le zygoma est mobile; le bord orbital est mobile; diplopie si fracture avec éclatement de l'orbite; dépression de l'os de la joue; possibilité de fuite de LCR.

- 2.2.25 Le code 251223.2 – Fracture isolée du plancher de l'orbite est en lien avec la fracture de type « Blowout ».

- 2.2.26 La fracture de la paroi supérieure de l'orbite doit être codée comme une fracture de la base du crâne.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.2.27 La fracture du sinus maxillaire peut être associée à une fracture de l'orbite et/ou de l'os malaire. Il n'y a pas nécessairement une fracture du maxillaire lorsque le sinus maxillaire est fracturé.

- Utiliser le code 250800.2 uniquement lorsqu'il y a précision d'une fracture du maxillaire ou du sinus maxillaire.
- Avec la mention au dossier médical d'une fracture du sinus maxillaire comme seul diagnostic, demander des précisions supplémentaires au médecin afin de connaître quels sont les os fracturés (orbite et/ou os malaire, maxillaire, etc.).

Précisions supplémentaires :

«Le sinus maxillaire se situe par ses parois entre le plancher orbitaire, l'os malaire, le maxillaire supérieur et le mur latéral des fosses nasales. Il participe à toutes ces entités, mais ne les constitue pas et n'en est pas moins qu'un trou; et un trou, ça ne se fracture pas. Ce sont ses parois qui peuvent être impliquées dans diverses fractures.

Par exemple, toutes les fractures du plancher orbitaire sont des fractures du sinus maxillaire puisque le sinus est bordé en supérieur par le plancher. Mais toutes les fractures du sinus ne sont pas des fractures du plancher parce que le sinus borde également le maxillaire et le malaire.

La fracture du sinus maxillaire paroi supérieure est synonyme de fracture du plancher orbitaire.

La fracture du sinus maxillaire paroi latérale est synonyme de fracture de l'os malaire.

La fracture du sinus maxillaire paroi médiane est synonyme de fracture de la paroi des fosses nasales.

La fracture du sinus maxillaire paroi antérieure et/ou postérieure est synonyme de fracture du maxillaire supérieur.»

2.2.28 La lame papyracée fait partie de la paroi médiale de l'orbite au code AIS 251231.2

2.2.29 La zone anatomique qui comprend l'os zygomatique est souvent appelée le «complexe zygomatimaxillaire » ou le « complexe zygomatique ». Une fracture dans cette région peut être décrite comme une fracture du complexe zygomatique. Le code à utiliser pour cette lésion est 251800.1.

S'il y a des lignes de fracture supplémentaires à travers le fragment principal (pas de comminution mineure) et que les fractures répondent aux critères de classification **Knight North** pour KN VI, utiliser le code « complexe » 251814.2. Cela pourrait être décrit comme une fracture complexe du complexe zygomatique.

2.2.30 La fracture de l'os malaire SAI se code en AIS à 251800.1 (Fracture du zygoma).

2.2.31 Les fractures multiples et complexes bilatérales de la face qui ne correspondent pas aux descriptions des fractures LeFort, mais qui résultent en une déformation importante et qui répondent à la définition de fracture panfaciale doivent être codées en utilisant l'un des codes de la fracture panfaciale 251900.3/251902.4.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.3 COU

Zone entière

- 2.3.1 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion du cou, mais n'en précisent pas la gravité : 300099.9/300999.9.
- 2.3.2 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une blessure par pénétration, par exemple : avec atteinte du nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.

Vaisseaux

- 2.3.3 L'artère carotide interne est présente dans la section de la tête et du cou de l'AIS. Les codes AIS dans la section tête sont de 121099.3 à 121006. 3 « Artère carotide interne » et dans la section cou 320299.3 à 320223.4 « Artère carotide [commune, interne] ». Lorsque l'emplacement exact de la blessure n'est pas spécifié à la tête ou au cou, il faut utiliser le code de la région du cou avec les précisions associées si présentes (lacération, thrombose, occlusion, etc.).
- 2.2.32 Les branches de l'artère carotide externe se codent dans la section Visage et l'artère carotide externe se code dans la section Cou.
- 2.3.4 L'artère vertébrale est présente dans la section de la tête et du cou de l'AIS. Lorsque l'emplacement exact de la blessure n'est pas spécifié à la tête ou au cou, il faut utiliser le code de la région du cou avec les précisions associées si présentes (lacération, thrombose, occlusion, etc.).

Nerfs

- 2.3.5 Pour une lésion nerveuse du cou SAI, utiliser le code 330099.1.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Organes internes

- 2.3.6 La fracture du larynx se code en AIS à 340208.3 (Lacération larynx).
- 2.3.7 La glande parotide est incluse dans le code des lésions à la glande salivaire 341099.2 ou 341002.3
- 2.3.8 Les lésions à la trachée et à l'oesophage peuvent être codées dans les sections Cou ou Thorax de l'AIS. Codifier à Cou si l'emplacement est SAI. Si la lésion survient à la jonction du cou et du thorax (c.-à-d. à l'incisure jugulaire du sternum), l'attribuer à Cou.
- 2.3.9 Pli vocal = corde vocale. Codes AIS possibles 341899.2 à 341804.3.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.4 THORAX

Zone entière

- 2.4.1 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion thoracique, mais n'en précisent pas la gravité : 400099.9/400999.9.
- 2.4.2 Les lacérations et les contusions de la région supérieure du dos (supérieur au diaphragme) sont codées sous la section THORAX.
- 2.4.3 Les lésions à la peau, tissu sous-cutané, ou musculaire décrites comme « dégantement » doivent être codées comme une avulsion

Vaisseaux

- 2.4.4 Des lésions de vaisseaux sont codées séparément d'autres blessures du thorax, excepté pour l'écrasement ou les blessures pénétrantes massives qui incluent toutes les blessures au thorax.
- 2.4.5 La lésion vasculaire dans le thorax SAI, se code à 420099.9.
- 2.4.6 L'AIS n'énumère pas chaque artère et veine du thorax. Quand un vaisseau est spécifiquement nommé et a une blessure documentée, mais que ce vaisseau n'est pas spécifiquement énuméré dans l'AIS, employer les catégories appelées "autres artères nommées" ou "autres veines nommées".
- 2.4.7 Les lésions d'aorte et de veine cave peuvent se produire dans le thorax ou l'abdomen. L'endroit spécifique de ces lésions est important pour le codage. Tandis que la sévérité du code AIS sera la même pour l'une ou l'autre région, l'ISS peut changer selon que d'autres blessures sont présentes dans le thorax ou l'abdomen.
- 2.4.8 Si des blessures de vaisseaux sont décrites comme "lacération complète", elles sont codées comme majeure (section complète).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Nerfs

- 2.4.9 La lésion du nerf vague est présente dans la région Thorax, mais voir également les régions Tête, Cou et Abdomen.

Organes internes

- 2.4.10 L'échelle de cotation des lésions d'organe (*en anglais OIS*) peut être utile pour établir le degré de gravité d'une lésion, mais la cote attribuée à une lésion ne doit pas remplacer sa description clinique. À titre d'exemple, des renseignements particuliers consignés dans le dossier médical sur la profondeur d'une lacération, l'atteinte vasculaire ou le degré de pénétration d'une lésion d'organe ont préséance sur la cote OIS attribuée par le chirurgien. Cependant, en l'absence de données descriptives détaillées pertinentes, on peut se fier sur la cote OIS consignée.
- 2.4.11 Un code AIS distinct est attribué à chaque diagnostic confirmé. Par exemple, si un usager présente une contusion du poumon gauche, un hémithorax et des fractures costales multiples et que ces trois diagnostics sont établis, les codes appropriés sont : contusion du poumon unilatérale SAI 441406.2; hémithorax SAI 442200.3; fractures multiples des côtes SAI 450210.2.
- 2.4.12 Une lésion qui pénètre le torse, avec une plaie à l'entrée et à la sortie (blessure de part en part), mais qui ne touche aucune structure anatomique interne doit être codifiée comme une lésion des tissus mous dans la région Zone entière (lésion par pénétration). Lorsque des structures sous-jacentes ou des organes sont touchés, les lésions de ces structures ou de ces organes doivent être codifiées, et non pas les lésions des tissus mous.
- 2.4.13 L'oesophage et la trachée sont inclus dans les sections du cou et du thorax de l'AIS. Consulter l'AIS pour les instructions spécifiques concernant l'attribution des lésions à la bonne région.
- 2.4.14 Une blessure du muscle papillaire est comprise dans la blessure aux cordages tendineux intracardiaques 440400.5.
- 2.4.15 La contusion doit être codifiée seulement s'il y a la mention d'un traumatisme thoracique et si le diagnostic posé par le médecin a été confirmé par radiographie, tomodensitométrie, IRM, chirurgie ou autopsie. Un problème pulmonaire clinique (p.ex., atélectasie ou épanchement) ne suffit pas pour établir l'existence d'une lésion qui peut être codifiée.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.4.16 De nouvelles précisions pour coder les contusions pulmonaires ont été ajoutées.

Par exemple :

Contusion unilatérale mineure ; < 1 lobe = avec présence d'une spécification que la contusion implique une partie ou l'autre du lobe ou bien présence de petites contusions disséminées.

Contusion unilatérale majeure ; ≥ 1 lobe = avec présence d'une spécification que la contusion implique tout le lobe et plus.

2.4.17 La perforation pulmonaire par un objet pénétrant se code en AIS à 441414.3 (Lacération poumon SAI).

2.4.18 Les codes de lésions par inhalation du poumon comprennent toutes les brûlures des voies respiratoires du nez et de la bouche jusqu'aux poumons. Ne pas coder les lésions à la bouche ou au pharynx séparément.

2.4.19 Le descripteur de perte de sang 1000 cm³ est synonyme d'une perte de sang de 20 %. Lors du codage de la clientèle pédiatrique ou autre avec des volumes sanguins plus petits, utiliser le paramètre 20 % de perte de sang au lieu de 1000 cm³.

2.4.20 Les lésions thoraciques SAI 442999.9 font référence à des blessures de la cavité thoracique.

2.4.21 Le code hémomédiastin 442208.2 comprend la contusion médiastinale.

2.4.22 En présence d'un pneumothorax droit et d'un hémopneumothorax gauche, Il faut coder les deux blessures, car ce sont des blessures distinctes de chaque côté. Donc, hémopneumothorax gauche 442205.3 et pneumothorax droit 442202.2.

2.4.23 Une lacération du canal thoracique lymphatique se code à « Lacération du conduit thoracique » 442402.2.

2.4.24 Une pneumatocèle traumatique est une séquelle résultant d'une blessure et ne peut pas être codée en AIS.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Squelette

- 2.4.25 La cage thoracique est traitée comme une seule structure anatomique pour coder les fractures sans volet et avec le volet bilatéral. Si un volet thoracique est documenté d'un côté (unilatéral) et des fractures de côtes sans volet sont documentées de l'autre côté, coder en tant que deux blessures séparées.)
- 2.4.26 "Le volet thoracique" est défini comme trois côtes adjacentes ou plus, chacune fracturée à plus d'un endroit (par exemple : postérolatérale et antérolatérale) qui peut parfois entraîner une respiration paradoxale.
- 2.4.27 Les fractures "multiples" de côte, si documentées, mais pas spécifiées (SAI), ont un code spécifique, 450210.2.
- 2.4.28 La fracture ou la déchirure du cartilage costal devrait être codée comme une fracture de côte.
- 2.4.29 Les codes AIS concernant le volet thoracique (450209.3 et suivant) n'incluent pas l'hémopneumothorax. Il doit être codé séparément.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.5 ABDOMEN ET ORGANES PELVIENS

Zone entière

- 2.5.1 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion abdominale, mais n'en précisent pas la gravité : 500099.9/500999.9.
- 2.5.2 Une lésion par pénétration qui traverse le péritoine sans atteinte de structure interne se code en AIS à 516002.1
- 2.5.3 Les blessures à la région inférieure du tronc doivent être codées à cette section sauf pour les blessures dans la région de la hanche et de la fesse qui se codent à la section des membres inférieurs.
- 2.5.4 Les lésions à la peau, au tissu sous-cutané ou musculaire décrites comme «dégantement» doivent être codées comme une avulsion

Vaisseaux

- 2.5.5 Les lésions vasculaires doivent être codifiées séparément des autres lésions de l'abdomen, à moins que la lésion au vaisseau soit incluse dans le descripteur de la lésion d'organe. Les branches des vaisseaux ne sont pas codifiées, à moins d'être désignées nommément, incluses dans le code, ou les deux.
- 2.5.6 L'AIS n'énumère pas chaque artère ou veine de l'abdomen. Quand un vaisseau spécifiquement nommé a des blessures documentées, mais que ce vaisseau n'est pas spécifiquement énuméré dans l'AIS, employer les catégories appelées "autres artères nommées" ou "autres veines nommées."
- 2.5.7 Si des blessures de vaisseaux sont décrites comme "lacération complète," elles sont codées comme lacération majeure.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Organes internes

- 2.5.8 L'échelle de cotation des lésions d'organe (*en anglais OIS*) et qui équivaut à la notion de « *Grade* », peut être utile pour établir le degré de gravité d'une lésion, mais la cote attribuée à une lésion ne devrait pas être utilisée en remplacement de sa description clinique. À titre d'exemple, des renseignements particuliers consignés dans le dossier médical sur la profondeur d'une lacération, sur l'atteinte vasculaire ou sur le degré de la lésion par pénétration d'un organe ont priorité sur la cotation OIS attribuée par le chirurgien. Cependant, en l'absence de données descriptives détaillées pertinentes, on peut se fier sur la cote OIS consignée.)
- 2.5.9 Lorsqu'un organe a subi à la fois une contusion (périlésionnelle) et une lacération et que ces lésions ont un lien direct entre elles, codifier seulement la lésion dont la cote OIS est la plus élevée. Lorsqu'une contusion et une lacération n'ont pas de lien entre elles (c.-à-d. qu'elles ne se trouvent pas aux mêmes emplacements sur ou dans l'organe), codifier les deux lésions.
- 2.5.10 L'expression « atteinte canalaire » s'applique aux lésions de la vésicule biliaire, du foie ou du pancréas. Il est assez fréquent que les lésions de ces organes, qui partagent le même système canalaire, soient associées à des lésions canalaire de chaque organe. Lorsqu'il existe une seule lésion canalaire, elle doit être attribuée à l'un des deux organes touchés (et non aux deux). Par contre, en cas de lésions canalaire distinctes (par exemple lésion du conduit hépatique droit et lésion du conduit pancréatique), chacune doit être attribuée à l'organe approprié. (
- 2.5.11 Une lésion qui pénètre le torse avec une plaie à l'entrée et à la sortie, mais qui ne touche aucune structure anatomique interne doit être codifiée comme une lésion des tissus mous dans la région Zone entière (lésion par pénétration). Lorsque des structures sous-jacentes ou des organes sont touchés, les lésions de ces structures ou de ces organes doivent être codifiées, et non pas les lésions des tissus mous.
- 2.5.12 Le syndrome abdominal compartimental est une conséquence de traumatisme, et non une lésion.
- 2.5.13 La mort fœtale causée par une lésion abdominale est une conséquence de traumatisme, et non une lésion en elle-même.
- 2.5.14 Une lacération ou une perforation de l'appendice doit se coder au code 540322.2.
- 2.5.15 Le terme "rupture" est employé pour les lésions de la vessie, du rein, du foie ou de la rate **seulement** quand l'information plus détaillée n'est pas disponible.
- 2.5.16 Une lacération « sans perforation » est définie en tant que lacération d'épaisseur partielle.
- 2.5.17 « Perforation » est définie en tant que lacération d'épaisseur totale, mais lacération non complète.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.5.18 Il faut toujours assigner la perte de sang une seule fois. Si plus d'un organe abdominal est blessé et la perte de sang associée est > 20%, assigner la perte de sang à l'organe le plus sévèrement blessé s'il ne peut pas être déterminé à quel organe spécifique la perte de sang peut être attribuée. (voir aussi la règle générale de codification # 11.)
- 2.5.19 Les lésions au colon (gros intestin) comprennent les lésions au caecum.
- 2.5.20 Si des blessures se produisent à la jonction du duodénum et du jéjunum, coder à jéjunum.
- 2.5.21 Des blessures d'organe bilatéral (par exemple : rein) sont codées séparément.
- 2.5.22 Codifier l'hémorragie rétropéritonéale ou l'hématome rétropéritonéal de façon séparée et en plus des autres lésions décrites à l'aide de repères anatomiques à moins que la perte de sang dans l'espace rétropéritonéal ne soit causée par une lésion ayant un lien avec d'autres blessures. Les blessures des structures et des organes suivants peuvent causer une hémorragie rétropéritonéale : pancréas, duodénum, rein, aorte, veine cave et vaisseaux mésentériques. Il en est de même pour les fractures pelviennes et les fractures vertébrales.
- 2.5.23 La différence entre un hématome rétropéritonéal et un hémopéritoine est :
- Un hématome rétropéritonéal survient généralement à la suite de fractures vertébrales ou pelviennes ainsi que de traumatisme au bassin, pancréas, duodénum, rein, aorte, veine cave et vaisseau mésentérique. Ces blessures provoquent un saignement qui produit une accumulation de sang derrière le péritoine. En résumé, il s'agit d'un saignement dorsal.
- Un hémopéritoine est un saignement actif dans le péritoine résultant d'une blessure au foie ou d'un autre organe abdominal. À l'occasion, il est possible que son origine ne soit pas précisée. Par exemple, sur une radiographie, le radiologiste remarque la présence d'un petit hémopéritoine mais aucune indication chirurgicale pour l'usager. Aucune chirurgie ne sera effectuée et par conséquent, l'origine de l'hémopéritoine demeurera indéterminée. En résumé, un hémopéritoine est une accumulation de sang dans l'abdomen.
- 2.5.24 L'hémopéritoine ne peut se coder en AIS.
- 2.5.25 Les termes "mineur," "majeur" ou "massif" sont acceptés comme descriptions de sévérité **seulement** quand ce sont les seuls termes disponibles dans le dossier médical pour décrire les blessures.
- 2.5.26 Le lavage péritonéal positif n'est pas une information qui peut être codée; le saignement doit être lié à des blessures spécifiques.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.6 COLONNE VERTÉBRALE

Généralités

- 2.6.1 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion de la colonne cervicale, mais n'en précisent pas la gravité : 600099.9/600999.9.
- 2.6.2 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion de la colonne thoracique, mais n'en précisent pas la gravité : 620099.9/620999.9.
- 2.6.3 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion de la colonne lombaire, mais n'en précisent pas la gravité : 630099.9/630999.9.

Atteinte médullaire

- 2.6.4 Les lésions concomitantes de la moelle épinière et de la colonne vertébrale doivent être codifiées comme une seule lésion ; par exemple, une contusion de la moelle épinière avec paraplégie et la fracture ou la luxation qui lui est associée est une seule lésion ; on ne doit lui attribuer qu'un seul code AIS. La fracture et la luxation ne doivent pas être codifiées de façon séparée.

Par exemple, une contusion de la moelle épinière avec paraplégie associée à une fracture/dislocation (C4) est considérée comme une blessure simple et elles sont assignées à seulement un code AIS. Dans ces cas-ci, la fracture/dislocation n'est pas codée séparément.
- 2.6.5 Lorsque la lésion de la moelle épinière est continue, on attribue le code à la lésion du niveau le plus élevé. Lorsque la moelle épinière est lésée à plus d'un endroit et que les lésions sont séparées et distinctes, il faut attribuer un code à toutes les lésions.
- 2.6.6 Le statut neurologique d'un usager présentant une paralysie directement liée à une blessure médullaire devrait être codé selon son statut 24 heures après la blessure. S'il y a décès dans les 24 premières heures, coder le statut neurologique au moment du décès.
- 2.6.7 L'expression « traumatisme médullaire sans anomalies radiologiques » désigne une lésion neurologique post-traumatique sans signes de fracture ou d'instabilité ligamentaire décelables sur les clichés radiologiques ou tomodensitométriques. Depuis l'avènement de l'IRM, des signes radiologiques sont observables dans la plupart des cas où on aurait auparavant diagnostiqué un traumatisme médullaire sans anomalies radiologiques. Le traumatisme médullaire sans anomalies radiologiques est encore une expression utilisée aux fins diagnostiques dans certaines installations de soins de santé. Il doit être codifié comme une contusion de la moelle épinière sans autre précision. Il est plus souvent attribué à la région cervicale qu'à la région thoracique ou lombaire.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.6.8 Pour faciliter l'obtention du meilleur code pour les traumatismes médullaires, l'algorithme suivant est proposé:

- (1) Est-ce que la moelle épinière est impliquée?
- (2) Est-ce une contusion ou une lacération?
- (3) Est-ce que le déficit neurologique est transitoire, incomplet ou complet?
- (4) Y a-t-il une fracture ou une luxation ou les deux?

2.6.9 Des contusions de la moelle doivent être confirmées par examens par imagerie médicale ou résultats d'autopsie.

2.6.10 S'il y a compression de la moelle épinière ou hémorragie péri-durale ou sous-durale, mais pas de déficit neurologique avec une fracture associée, coder la lésion de la moelle épinière SAI et la fracture comme s'il n'y avait pas d'atteinte de la moelle.

2.6.11 Les séquelles immédiates qui peuvent être codées et qui sont liées aux blessures de la colonne incluent : signes neurologiques transitoires (paresthésie), paraplégie, hémiparaplégie, quadriplégie et radiculopathie.

2.6.12 Pour des blessures à la colonne cervicale, le niveau de la moelle endommagée (c.-à-d. supérieur ou inférieur) affectera le code AIS.

Pour les atteintes multiples de la moelle épinière, au niveau de vertèbres adjacentes avec fractures, coder la fracture avec l'atteinte médullaire à la vertèbre supérieure et coder les autres fractures de vertèbres distinctement.

Par exemple :

Fracture L4 avec compression médullaire;
Fracture apophyse transverse de L5;
Fracture facettaire de L1;

Coder la fracture L4 avec compression médullaire. Les fractures de l'apophyse transverse de L5 et facettaire de L1 sont codées distinctement (sans atteinte médullaire). Utilisez la même procédure pour les fractures avec atteintes médullaires qui chevauchent deux sections de la colonne vertébrale, par ex : D12-L1.

À noter : Les codes AIS qui comprennent une lésion médullaire (avec signes neurologiques transitoires ou avec syndrome médullaire incomplet ou complet) sont :
Colonne cervicale : 640200.3 à 640276.6
Colonne dorsale : 640400.3 à 640468.5
Colonne lombaire : 630600.3 à 630638.4 et 640600.3 à 640668.5 (Excluant les codes : 630699.2, 630660.2, 630662.2, 630664.2, 630666.3, 630668.2, 630612.2, 630614.3).

2.6.13 Une compression de la moelle épinière n'est pas considérée comme une lacération.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.6.14 Une commotion médullaire est une atteinte médullaire avec signes neurologiques transitoires.

2.6.15 Le syndrome incomplet de la moelle est défini comme la conservation d'une certaine sensation ou fonction motrice ; incluant le syndrome antérieur, central, latéral (Brown-Séquard), de la moelle épinière

2.6.16 Le syndrome complet de la moelle est défini comme quadriplégie ou paraplégie sans sensation.

Fractures et autres

2.6.16 La dislocation vertébrale (par exemple, subluxation C5-C6) est codée en tant qu'une seule lésion et est assignée à la vertèbre supérieure.

2.6.17 La dislocation est synonyme de subluxation ou une luxation.

2.6.18 Si des fractures vertébrales et les luxations se produisent ensemble sans atteinte à la moelle épinière, coder la fracture et la luxation séparément.

Par exemple :

Luxation C4 / C5 et fracture du corps vertébral C4 (pas atteinte à la moelle)

Coder :

650230.2 - Fracture sans atteinte de la moelle - corps vertébral SAI

650204.2 - Luxation sans atteinte de la moelle, la luxation se code à la vertèbre supérieure.

2.6.19 Chaque vertèbre fracturée devrait être codée comme une lésion séparée. Tenir compte des directives de codification des fractures de l'atlas (C1) aux codes lame, pédicule et corps vertébral.

2.6.20 Si une vertèbre subit plus d'une fracture (par exemple apophyse transverse et facette), il faut utiliser le code des fractures multiples de la même vertèbre, sauf pour la fracture de l'odontoïde ou pour la fracture par compression majeure qui doit être codifiée en plus.

2.6.21 Une fracture décrite "à la masse latérale" est codée au pédicule.

2.6.22 Une fracture d'éclatement « Burst » est codée comme fracture du corps vertébral.

2.6.23 La quantité de compression dans les fractures du corps des vertèbres affectera le code AIS.

2.6.24 Pour une fracture bilatérale de l'apophyse transverse, coder une seule fois l'apophyse transverse puisqu'il s'agit de la même partie de la vertèbre.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.6.25 Synonymes de blessures vertébrales :

- fracture de l'arc postérieur C1 (fracture lame).
- fracture de l'arc postérieur (sauf C1) (code fracture SAI).
- fracture de l'arc antérieur C1 (fracture corps vertébral).
- fracture de l'arc antérieur (sauf C1) (code de fracture SAI).
- fracture d'une masse latérale (fracture du pédicule)
- fracture de la facette articulaire (fracture de la facette).
- fracture du processus articulaire (fracture de la facette).
- fracture du plateau articulaire inférieur ou supérieur (fracture du corps vertébral).
- fracture du mur postérieur d'une vertèbre (fracture du corps vertébral).
- fracture de Burst (fracture par éclatement, comminutive) (fracture du corps vertébral).
- fracture de Wedge (fracture par compression) (fracture du corps vertébral).
- fracture de Chance (fracture ligamentaire à la jonction dorsolombaire traversant l'articulation et atteignant plusieurs régions à la fois (facette, pédicule, corps vertébral...), donc coder à fractures multiples de la même vertèbre (attention : il faut respecter l'encadré sous le code)

2.6.26 La contusion du plexus sacré est synonyme d'une blessure avec étirement et se code à 630660.2.

2.6.27 La fracture par compression est définie comme un tassement vertébral (au niveau radiologique) et doit être décrite comme étant traumatique.

2.6.28 Nouveau terme pour entorse = étirement.

2.6.29 L'hernie discale traumatique se code en AIS à Traumatisme du disque, hernie SAI selon le site de la hernie.

2.6.30 L'entorse cervicale, le torticolis traumatique et le « whiplash injury » (cou de lapin) se codent en AIS à 640278.1 (Entorse aiguë sans fracture ou luxation).

2.6.31 Toutes les atteintes de lésions aux ligaments de la colonne vertébrale se codent selon la localisation cervicale, thoracique ou lombaire à l'un des codes suivants : 640284.1, ou 640484.1 ou 640684.1 (Lésion du ligament intervertébral).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.7 MEMBRE SUPÉRIEUR

Zone entière

- 2.7.1 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion du membre supérieur, mais n'en précisent pas la gravité : 700099.9/700999.9.
- 2.7.2 Les codes d'amputation comprennent les amputations partielles et totales.
- 2.7.3 Pour coder un syndrome compartimental, aucune lésion précise du membre supérieur ne doit être documentée et il doit être dû uniquement à une lésion des tissus mous, sans fracture ou destruction massive de l'os ou d'autres structures anatomiques.
- 2.7.4 L'écrasement des doigts se code en AIS à 713005.2 et/ou à 713006.1
- 2.7.5 Une blessure par avulsion du revêtement cutané (lésion de dégantage) est la séparation et le détachement de la peau ET des structures neurovasculaires de l'os. C'est la différence entre le code avulsion du revêtement cutané (lésion de dégantage) 714000.2 et le code d'avulsion de la peau 710800.1.
- 2.7.6 Une lacération musculaire qui survient suite à une lésion par pénétration (externe), se code dans la section peau / tissu sous-cutané / muscle.
- 2.7.7 Les déchirures musculaires et les avulsions qui se produisent généralement à partir d'un traumatisme fermé, d'étirement (blessure sportive) sans une lacération de la peau sont codées dans la section « Muscles, tendons, ligaments.)
- 2.7.8 L'éraflure et l'abrasion sont des synonymes.
- 2.7.9 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une blessure par pénétration, par exemple : avec atteinte du nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.

Vaisseaux

- 2.7.10 Il ne faut pas codifier les lésions vasculaires du membre supérieur séparément si elles sont directement dues à des lésions d'écrasement ou à une amputation du membre supérieur, à moins que le niveau de gravité de la lésion vasculaire soit supérieur à celui de la lésion d'écrasement ou de l'amputation. Les branches des vaisseaux ne sont pas codifiées, à moins d'être désignées nommément et (ou) inclus dans le descripteur.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Nerfs

2.7.11 Un diagnostic de neuropraxie ou de paresthésie du nerf doit être codifié comme une contusion du nerf désigné.

2.7.12 Le nerf ulnaire se code au même endroit que le nerf cubital.

Muscles tendons et ligaments

2.7.13 La rupture traumatique et la lacération de la coiffe des rotateurs SAI se code en AIS à 740400.1 ((Muscle (déchirure, arrachement) SAI).

Articulations

2.7.14 Les lésions de ligaments nommées au niveau des membres supérieurs doivent être codées comme une entorse de l'articulation associée.

2.7.15 La dislocation est synonyme de luxation.

2.7.16 La lacération de l'articulation inclut la rupture, la déchirure et l'avulsion. L'arthrotomie traumatique se code à articulation ouverte.

Squelette

2.7.17 Une blessure pénétrante à l'os et au tissu est codée comme une fracture ouverte à l'os spécifique.

2.7.18 Les descripteurs de fracture telle qu'ouverte ou stable peuvent affecter la sévérité de certains os.

2.7.19 Aux fins de codification, une fracture décrite uniquement en tant que « fermée » ou « déplacée » doit être codifiée à l'aide du descripteur AIS de fracture sans autre indication (SAI).

2.7.20 Les fractures des os longs sont classées selon leur localisation sur l'os (proximale, diaphysaire ou distale). Les fractures proximales ou distales sont classées selon l'atteinte à l'articulation et les fractures diaphysaires, selon le degré de complexité.

2.7.21 Dans le cas des fractures d'os longs, le terme « complexe » signifie multifragmentaire. Les autres termes cliniques sont: spiroïde, segmentaire, irrégulière ou comminutive.

2.7.22 Lorsque le patient décède sans qu'une autopsie ou un examen radiologique ne soit pratiqué, le diagnostic de fracture fondé sur l'instabilité d'un membre est acceptable aux fins de la codification. Le cas échéant, le code AIS correspondant au niveau de gravité le moins élevé doit être attribué. (Exemple: fracture de l'avant-bras SAI, 751900.2, si l'ulna ou le radius n'est pas désigné nommément. Le code de fracture du radius SAI 752800.2 ou de fracture de l'ulna SAI 753200.2 peut être utilisé si la fracture est connue.)

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.7.23 Avec une luxation et une fracture au même site, il faut coder les deux blessures séparément.
- 2.7.24 La fracture de l'acromion doit être codée à 750900.2 fracture de l'omoplate SAI.
- 2.7.25 Le col chirurgical de l'humérus est situé à la jonction de la section proximale et diaphysaire. Il doit être codé à 751151. 2 Fracture de l'humérus extrémité proximale extra-articulaire.
- 2.7.26 Une fracture-luxation est une fracture qui atteint l'articulation. Une fracture déplacée est une fracture où seulement l'os est déplacé. Une fracture-luxation est nécessairement déplacée.
- 2.7.27 Les procédures suivantes s'appliquent pour la section des membres supérieurs ainsi que pour les autres sections.
- La mise en code de la fracture-luxation au niveau des diagnostics est le suivant : en présence d'une fracture et d'une luxation au même site, il faut coder les deux blessures distinctement.
 - La mise en code de la réduction de la fracture-luxation est le suivant : coder la réduction de la luxation si elle est mentionnée, sinon le code de la réduction de fracture suffit.
- 2.7.28 La fracture avec chevauchement, avec déviation ou angulation et la fracture avec déplacement sont des synonymes.
- 2.7.29 Une blessure pénétrante à l'os et au tissu est codée comme une fracture ouverte à l'os spécifique.
- 2.7.30 En présence d'une fracture bilatérale, il faut coder deux codes AIS et deux codes CIM-10-CA.
- 2.7.31 En présence d'une fracture touchant plusieurs phalanges, métatarsiens ou métacarpiens, il faut répéter le code AIS de fracture pour chacun.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.8 MEMBRE INFÉRIEUR

Zone entière

- 2.8.1 Utiliser un des deux descripteurs ci-dessous en l'absence d'information plus précise. Ces descripteurs définissent la présence d'une lésion du membre inférieur, mais n'en précisent pas la gravité : 800099.9/800999.9.
- 2.8.2 L'amputation des orteils se code en AIS à 811005.2 et/ou à 811006.2 (Amputation [traumatique] partielle ou complète entre la hanche et le pied, autres orteils, un ou plusieurs)
- 2.8.3 Les codes d'amputation comprennent les amputations partielles et totales.
- 2.8.4 Pour coder un syndrome compartimental, aucune lésion précise du membre inférieur ne doit être documentée et il doit être dû uniquement à une lésion des tissus mous, sans fracture ou destruction massive de l'os ou d'autres structures anatomiques.
- 2.8.5 L'écrasement des orteils se code en AIS à 813005.2 et/ou à 813006.2 (Lésion d'écrasement du membre entre la hanche et le pied, autres orteils, un ou plusieurs)
- 2.8.6 Une blessure par avulsion du revêtement cutané (lésion de dégantage) est la séparation et le détachement de la peau ET des structures neurovasculaires de l'os. C'est la différence entre le code avulsion du revêtement cutané (lésion de dégantage) 814000.2 et le code d'avulsion de la peau 810800.1.
- 2.8.7 La contusion de la fesse, de la crête iliaque et à la région lombo-sacrée se code en AIS à 810402.1 (Contusion)
- 2.8.8 La contusion du muscle psoas iliaque doit se coder à 840602.1.
- 2.8.9 Une lacération musculaire qui survient suite à une lésion par pénétration (externe), se code dans la section peau / tissu sous-cutané / muscle.
- 2.8.10 Les déchirures musculaires et les avulsions qui se produisent généralement à partir d'un traumatisme fermé, d'étirement (blessure sportive) sans une lacération de la peau sont codées dans la section « Muscles, tendons, ligaments.
- 2.8.11 Ne pas coder la lacération de la peau lorsqu'elle est associée à une fracture ouverte ou à une blessure par pénétration, par exemple : avec atteinte du nerf, d'un muscle ou d'un tendon au même site.
- 2.8.12 Les lacérations cutanées majeures mesurant plus de 20 cm doivent être codées seulement si elles atteignent le tissu sous-cutané.
- 2.8.13 Il faut utiliser le code de la contusion de la section Peau / sous-cutané / muscle pour coder une contusion osseuse (idem pour les autres sections anatomiques).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Vaisseaux

- 2.8.14 Il ne faut pas codifier les lésions vasculaires du membre inférieur séparément si elles sont directement dues à des lésions d'écrasement ou à une amputation du membre supérieur, à moins que le niveau de gravité de la lésion vasculaire soit supérieur à celui de la lésion d'écrasement ou de l'amputation. Les branches des vaisseaux ne sont pas codifiées, à moins d'être désignées nommément et (ou) inclus dans le descripteur.

Nerfs

- 2.8.15 Un diagnostic de neuropraxie ou de paresthésie du nerf doit être codifié comme une contusion du nerf désigné.
- 2.8.16 Les codes pour une lacération du nerf plantaire sont en AIS : 830099.9.
- 2.8.17 Coder le nerf sural au même endroit que le nerf péronier SAI.

Muscles tendons et ligaments

- 2.8.18 Les lésions de ligaments nommés autres que ceux identifiés dans la section « Muscles - Tendons et Ligaments » au niveau des membres inférieurs doivent être codées comme une entorse de l'articulation associée.
- 2.8.19 Le code AIS pour une rupture de la syndesmose ou du ligament deltoïde au niveau de la cheville est : 877110.1. Le code AIS pour une rupture de la syndesmose au niveau du ligament latéral de la cheville est : 840402.2. Le code AIS pour une blessure à la cheville sans précision est : 877199.1 ou 877189.1.
- 2.8.20 Les codes pour une rupture du ligament tibioastragalien sont en AIS : 840402.2

Articulations

- 2.8.21 Le genou est composé du tibia proximal, du fémur distal et de la rotule. La luxation de l'articulation du genou au code 874030.2 comprend la luxation rotulienne.
- 2.8.22 Les luxations ou subluxations: astragalo-naviculaire, et calcanéocuboïde sont codées au niveau de l'articulation médiotarsienne.
- 2.8.23 La lacération de l'articulation inclut la rupture, la déchirure et l'avulsion. L'arthrotomie traumatique se code à articulation ouverte.
- 2.8.24 Les codes de l'hémarthrose du genou (si seule blessure) sont en AIS : 874010.1.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

Squelette

- 2.8.25 Une blessure pénétrante à l'os et au tissu est codée comme une fracture ouverte à l'os spécifique.
- 2.8.26 Les descripteurs de fracture telle qu'ouverte ou stable peuvent affecter la sévérité de certains os.
- 2.8.27 Aux fins de codification, une fracture décrite uniquement en tant que « fermée » ou « déplacée » doit être codifiée à l'aide du descripteur AIS de fracture sans autre indication (SAI).
- 2.8.28 Les fractures des os longs sont classées selon leur localisation sur l'os (proximale, diaphysaire ou distale). Les fractures proximales ou distales sont classées selon l'atteinte à l'articulation et les fractures diaphysaires, selon le degré de complexité.
- 2.8.29 Dans le cas des fractures d'os longs, le terme « complexe » signifie multifragmentaire. Les autres termes cliniques sont: spiroïde, segmentaire, irrégulière ou comminutive.
- 2.8.30 Lorsque le patient décède sans qu'une autopsie ou un examen radiologique ne soit pratiqué, un diagnostic clinique de fracture fondé sur l'instabilité d'un membre est acceptable aux fins de la codification. Le cas échéant, le code AIS correspondant au niveau de gravité le moins élevé doit être attribué. (Exemple: fracture de la jambe SAI, 852002.2, si ni le tibia ni le péroné ne sont désignés nommément. Le code de fracture du tibia SAI, 854000.2 ou du péroné SAI 854441.2 peut être utilisé si la fracture est connue.)
- 2.8.31 Avec une luxation et une fracture au même site, il faut coder les deux blessures séparément.
- 2.8.32 La mise en code de la fracture-luxation au niveau des diagnostics est le suivant : en présence d'une fracture et d'une luxation au même site, il faut coder les deux blessures distinctement pour la classification AIS et il faut suivre les précisions de l'index pour la CIM-10-CA et de la CCI pour les traitements.
- 2.8.33 La fracture sous-trochantérienne du fémur doit être codée à la diaphyse du fémur. Code 853221.3 et suivant s'il y a lieu .
- 2.8.34 La fracture inter trochantérienne, per trochantérienne ou la fracture d'Evans se codent en AIS à 853151.3 (transtrochantérienne).
- 2.8.35 La fracture sous-capitale, transcervicale, basicervicale, Garden ou sus-trochantérienne se codent en AIS à 853161.3 (col).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.8.36 Pour coder la fracture ouverte avec lacération du tendon, Voir la règle # 8 de l'AIS.

Par exemple :

Fracture ouverte diaphyse tibia avec lacération de tendon

Pour la fracture :

Code AIS : 854222.3

Pour lacération de tendon :

Code AIS : 840800.2

2.8.37 Pour les fractures au tibia et au péroné qui se situent sur la même partie de l'os, coder deux fois le code AIS et une seule fois le code CIM-10-CA. Pour les fractures qui se situent sur deux parties différentes de l'os, il y a répétition des codes AIS et CIM-10-CA puisqu'ils sont considérés comme deux blessures différentes.

2.8.38 La fracture pathologique traumatique de la hanche se code en CIM-10-CA à S72.0XX puisque la fracture fait suite à un traumatisme.

2.8.39 La fracture du pilon est une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du tibia qui se produit quand l'astragale est poussé contre le plafond tibial. Elle se code à 854331.2.

2.8.40 La fracture de la malléole interne isolée se code à 854351.2.

2.8.41 La fracture de la malléole externe (latérale) isolée se code à 854453.2.

2.8.42 La fracture de la malléole postérieure isolée se code au tibia distal à 854331.2.

2.8.43 Pour la codification des différentes fractures bimalléolaires, il faut tout d'abord préciser l'emplacement anatomique de la fracture. S'il est inconnu, coder à 854441.2 ou 854442.2.).

2.8.44 Les fractures bimalléolaires (malléole latérale et interne) sont possibles en dessous de l'articulation ou à travers l'articulation de la cheville.

2.8.45 En présence d'une fracture touchant plusieurs phalanges, métatarsiens ou métacarpiens, il faut répéter le code AIS de fracture pour chacun.

2.8.46 Le bassin est divisé en deux structures anatomiques aux fins de codification: l'anneau pelvien et l'acétabulum. L'anneau pelvien constitue une structure anatomique unique à laquelle un seul code de fracture est attribué en fonction de la nature précise de la lésion pour chaque catégorie de fractures décrite au dictionnaire. Deux codes de fracture peuvent être attribués à l'acétabulum selon que la fracture est unilatérale ou bilatérale.

2.8.47 L'anneau pelvien comprend deux arcs: l'arc postérieur se trouve derrière la surface acétabulaire et comprend le sacrum, les articulations sacro-iliaques et les ligaments associés ainsi que la partie postérieure de l'aile iliaque gauche; l'arc antérieur se trouve devant la surface acétabulaire et comprend la branche pubienne et l'articulation symphysienne.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.8.48 La gravité de la fracture de l'anneau pelvien dépend de l'ampleur des dommages occasionnés à l'arc postérieur plutôt que des composantes atteintes.

Étant donné que l'enregistrement des fractures de l'anneau pelvien n'est pas normalisé, des exemples de descripteurs anatomiques sont inclus dans chaque catégorie de lésion. Ces exemples n'étant pas exhaustifs, ils doivent être utilisés uniquement à titre directif. Le codificateur doit, dans la mesure du possible, obtenir des renseignements sur la stabilité ou l'instabilité de la fracture lors de l'attribution d'un code AIS.

2.8.49 Stable: l'arc postérieur n'est pas atteint, le plancher pelvien est intact et peut supporter un stress physiologique normal sans déplacement.

- Par exemple : si la fracture est *stable*: tubérosité ischiatique, branche pubienne avec ou sans atteinte de la symphyse pubienne, sacrum sans déplacement et coccyx avec ou sans luxation sacro-coccygienne.

2.8.50 Partiellement stable: l'intégrité ostéoligamentaire postérieure est partiellement préservée et le plancher pelvien est intact.

- Par exemple : si la fracture est *partiellement ou verticalement stable* : compression latérale, « livre ouvert » (open book), séparation de la symphyse pubienne, rupture antérieure de l'articulation sacro-iliaque, compression antérieure du sacrum

2.8.51 Instable : perte complète de l'intégrité ostéoligamentaire postérieure et rupture du plancher pelvien.

- Par exemple : si la fracture est *entièrement instable*: cisaillement vertical, fracture de la branche pubienne avec fracture ou luxation du sacro-iliaque.

2.8.52 La fracture Malgaigne est une blessure par cisaillement vertical et doit être codée à la section, rupture complète de l'anneau pelvien au code 856171.4.

2.8.53 La fracture de l'anneau pelvien au code 856100.2 comprend la «luxation de l'anneau pelvien ».

2.8.54 Les codes de fractures de l'anneau pelvien pour la rupture partielle ou complète peuvent être codés avec des pertes de sang.

Un hématome pelvien petit ou moyen documenté se code à la perte de sang ≤ 20 % en volume.

Un hématome pelvien volumineux ou grand ou extensif ou massif documenté se code à la perte de sang > 20 % en volume.

2.8.55 La luxation sacro-iliaque se codifie parmi les choix de codes entre 856161.3 à 856174.5 selon les spécifications inscrites au dossier médical.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.8.56 L'acétabulum est traité selon l'atteinte de la colonne antérieure ou postérieure. La colonne antérieure s'étend de la moitié antérieure de la crête iliaque au pubis (ilio-pubienne). La colonne postérieure va de la grande échancrure sciatique à l'ischion (ilio-ischiatique).
- 2.8.57 Il existe deux types de fracture articulaire partielle: (a) fracture touchant une seule colonne (antérieure ou postérieure), l'autre colonne demeurant intacte, (b) fracture avec composante transverse, une partie de la surface articulaire demeurant attachée à l'ilion.
- 2.8.58 On entend par fracture articulaire complète une fracture avec rupture des deux colonnes et rupture de l'attache entre la surface articulaire et l'ilion postérieur.
- 2.8.59 Le toit acétabulaire peut être impliqué dans tous les types de fractures de l'acétabulum, Donc, il peut-être au niveau de l'articulaire partielle (touchant une colonne), de l'articulaire partielle (transverse, en T) et de l'articulaire complète (touchant les deux colonnes, avec ou sans atteinte de l'articulation sacro-iliaque). En présence, de l'unique précision d'une fracture du toit acétabulaire, il faut coder fracture acétabulaire SAI.
- 2.8.60 Il est possible que l'acétabulum soit fracturé de façon bilatérale dans ce cas, coder les deux fractures.
- 2.8.61 En présence d'une fracture bilatérale, il faut coder deux codes AIS et deux codes CIM-10-CA.
- 2.8.62 Une fracture au mur antérieur au niveau de l'acétabulum se code à 856251.2 Articulaire partielle (touchant une colonne).

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

2.9 EXTERNES ET AUTRES

2.9.1 Utiliser la section Externe ci-dessous si la lésion ou le site de la lésion est inconnu, ou si l'attribution de la lésion de tissus mous (peau) à une région corporelle particulière n'est pas nécessaire. L'attribution de ces lésions à des régions corporelles précises (si l'information est disponible) est toutefois fortement encouragée. Attribuer tous les descripteurs des sections Lésions externes (peau) et brûlures ainsi qu'autres traumatismes à la région Externes pour le calcul de l'ISS, à moins d'indication contraire.

2.9.2 La description des lésions par brûlure ci-dessous ne peut se substituer à une échelle complète et détaillée des brûlures. Elle ne prétend être qu'une estimation globale de la gravité. Les brûlures sont attribuées à la région EXTERNE pour le calcul de l'ISS. La surface corporelle totale (SCT) est estimée à l'aide du « diagramme des neuf ». Par exemple, un membre supérieur entier représente 9 % de la SCT.

Si les brûlures ne sont décrites que comme à degrés combinés (p. ex., 15 % 1^{er} et 2^e degré), codifier le degré le plus grave.

Dans le cas des brûlures avec divers degrés de gravité, codifier les brûlures du 1^{er} degré séparément des brûlures du 2^e et 3^e degré. Si des brûlures du 2^e degré couvrent moins de 10 % de la SCT et (ou) les brûlures du 3^e degré couvrent $\leq 100 \text{ cm}^2$ ou $> 100 \text{ cm}^2$, mais $< 10 \%$, les brûlures du 2^e et 3^e degré doivent être codifiées séparément. Si les brûlures combinées du 2^e et du 3^e degré couvrent $\geq 10 \%$ de la SCT, attribuer le code AIS en fonction de la SCT combinée.

Exemple 1 : Un adulte subit des brûlures du 1^{er} degré sur 40 %, des brûlures du 2^e degré sur 5 % et des brûlures du 3^e degré sur 2 % de la SCT.

Codifier: 912002.1 pour les brûlures du 1^{er} degré
 912006.1 pour les brûlures du 2^e degré
 912008.2 pour les brûlures du 3^e degré

Exemple 2 : Un adulte subit des brûlures du 1^{er} degré sur 40 %, des brûlures du 2^e degré sur 15 % et des brûlures du 3^e degré sur 5 % de la SCT.

Codifier: 912002.1 pour les brûlures du 1^{er} degré
 912018.3 pour les brûlures du 2^e et 3^e degré combinées

Les amputations par brûlures survenant au moment du traumatisme [résultat direct] doivent être codifiées comme une amputation dans le segment corporel correspondant. Si l'amputation survient après le traumatisme, codifier la brûlure et non l'amputation. L'amputation est alors considérée comme thérapeutique.

Veuillez noter que le facteur âge est de 1 an pour les brûlures du 1^{er} degré et de moins de 5 ans pour les brûlures du 2^e et 3^e degré.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.3	RÈGLES DE CODIFICATION ET DE SAISIE

- 2.9.3 Lorsque plus de cinq codes CIM-10-CA sont nécessaires avec un même code AIS de VBG, il est possible d'ajouter les codes supplémentaires dans la boîte d'information supplémentaire « Structure anatomique spécifique supplémentaire ».
- 2.9.4 Pour les brûlures, le cm² est calculé selon la longueur et la largeur. La plupart des brûlures sont codées selon l'atteinte à la surface corporelle totale (SCT) et au degré de la brûlure. Il est possible d'utiliser le cm² seulement lorsqu'il y a une petite quantité de brûlures au 3e degré (voir les codes : 912007.1 et 912008.2).
- 2.9.5 Le code 912000.1 Brûlure SAI peut être utilisé, lorsque la brûlure n'est pas désignée en terme de degré ou de surface atteinte, en plus du code qui précise la blessure au niveau anatomique cf. le code de 240603.1 brûlure thermique ou chimique de la cornée ou bien avec les codes de lésion par ingestion à l'oesophage et à l'estomac, ainsi que les codes 419200.2 à 419208.6.
- 2.9.6 Les coups de soleil et les brûlures par radiation ne sont pas codés en AIS.
- 2.9.7 L'hypothermie : coder à la température du nombre entier seulement, ne pas arrondir vers le haut ou vers le bas. Par exemple, 31,7 °C doit être attribué à 010006.3.
- 2.9.8 L'intoxication au monoxyde de carbone n'est pas une blessure, par conséquent, elle n'est pas codée.
- 2.9.9 Lorsque la nomenclature AIS ne permet pas de possibilité pour une blessure traumatique, le code 999999.9 (*détailler la blessure dans structure anatomique*) doit être utilisé.
N.B. : À ne coder qu'en dernier recours puisque comme les autres codes dont la dernière position se termine par la valeur .9, l'ISS ne se calcule pas s'il est employé seul. Le résultat est donc zéro par défaut.
- 2.9.10 Les parenthèses désignent des synonymes, des explications supplémentaires ou parfois des indications spécifiques. Par exemple, une plaie majeure s'explique par : longueur > 10 cm et jusqu'au tissu sous-cutané.
- 2.9.11 Pour recevoir une copie du rapport du coroner, le directeur des services professionnels d'une installation peut adresser une lettre au coroner adjoint. Sur réception de la copie de ce rapport, il faut la conserver dans un endroit sécuritaire puisqu'il n'est pas conseillé de l'insérer au dossier pour éviter toute possibilité de consultation par un tiers.
- 2.9.12 Lorsqu'il y a un décès à l'arrivée à l'urgence, coder toutes les blessures traumatiques décrites au dossier médical et celles inscrites sur le rapport de coroner. Un ISS à 75 n'est valable que s'il est obtenu par la présence des diagnostics notés au dossier.
- 2.9.13 Afin d'être conforme à la procédure de codage de l'AIS, dans le cas de fractures multiples, codifier en CIM-10-CA chacune des fractures. De plus, il est possible d'ajouter le code de fractures multiples, s'il est présent.

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

1- Onglet : Usager

Régie de
l'assurance maladie
Québec

SIRTQ
Système d'information du registre des traumatismes du Québec

Accueil Pour nous joindre Aide Services en ligne

Dossiers
Création
Recherche
Extraction

Rappports
Gestion

Vous êtes ici: [Registre des traumatismes](#) > Dossiers > **Usager**

Usager

Préhospitalier

Urgences

Admission

Diagnostics

Grand brûlé

Info. compl.

Information sur l'utilisateur

No. traum. : No doss. méd. :

Nom : Prénom :

Date naissance : (AAAA-MM-JJ) Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

NAM : Raison absence :

Date traum. : Heure :

Résidence

Code géo. : 01 - Québec

Code postal : Code municipalité :

Information sur le traumatisme

Indic. exclusion ☐

Code géo. : Code municipalité :

Cause externe :

Code d'activité :

Assurance : Durant le travail ☐

Lieu :

Cause :

Rôle usager :

Mat. protection :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

2- Onglet : Préhospitalier

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Transport
✖

Mode transport :

Arrivée sur la scène : Heure :

Départ de la scène : Heure :

IHV :

Désincarcération ☐

IPT :

Fréquence respiratoire :

Pouls :

TAS :

AVPU :

Oxygène :

% Sat :

Première installation

Code :  Nom :

Arrivée :  Heure : No. doss. méd. :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

3- Onglet : Urgences

A- Sous onglet : Détail de l'urgence

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Liste des urgences fréquentées

#	Code	Nom	Date arr.	Heure arr.

Détail de l'urgence

Consultations	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

Provenance

Mode transp. :

Type :

Code : Nom :

Installation fréquentée

Code : Nom :

Arrivée : Heure : Statut :

Départ : Heure :

Destination

Type :

Code : Nom :

☐ Autopsie ☐ Coroner ☐ Don d'organes

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

3- Onglet : Urgences

B- Sous onglet : Consultations

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Liste des urgences fréquentées


#	Code	Nom	Date arr.	Heure arr.

Détail de l'urgence	Consultations	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

#	Domaine	Date dem.	Heure dem.	Date cons.	Heure cons.

Détail de la consultation

Domaine :

Date demande :  Heure :

Date consultation :  Heure :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

3- Onglet : Urgences

C- Sous onglet : Signes vitaux

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg.:	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Liste des urgences fréquentées


#	Code	Nom	Date arr.	Heure arr.

Détail de l'urgence	Consultations	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

Date :	- -	Heure :		Ouverture yeux :	
Rép. verbale :		Rép. motrice :			
GCS :					

Respiration

Nombre :		Type :	

TAS :		TAD :	
Oxygène :		% Sat.:	
Pouls :		Température :	
		Press. intracrâ.:	
		RTS :	

D- Sous onglet : Examens/Soins

2-58

E- Sous onglet : Imageries

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.
No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	:	Date 1ère Inst. :		
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	:	Date de départ :		
Liste des urgences fréquentées						
#	Code	Nom	Date arr.	Heure arr.		
Détail de l'urgence Consultations Signes vitaux Examens/Soins Imageries Traitements						
#	Type	Région du corps	Date dem.	Heure dem.	Date réal.	Heure réal.
Détail de l'imagerie médicale						
Type :	▼					
Région du corps :	▼					
Date demande :	- -	📅	Heure :	☐		
Date réalisation :	- -	📅	Heure :	☐		

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

3- Onglet : Urgences

F- Sous onglet : Traitements

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Liste des urgences fréquentées


#	Code	Nom	Date arr.	Heure arr.

Détail de l'urgence	Consultations	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

#	Code	Description	Date trait.	Heure trait.

Détail du traitement

Code :		Descr.:	
S :		L :	
E :			
Date :		Heure :	
Lieu :			
Sortie bloc opératoire :		Heure :	
Nombre :			

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

4- Onglet : Admission

A- Sous onglet : Admission

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Admission	Services	Unit. soins	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

Provenance

Mode transp. :

Type :

Code : Nom :

Régionalisation : ☐

Date d'admission : Heure : Directe au bloc opératoire ☐

Départ / Destination

Date du départ : Heure : Demande de transfert :

Type destination :

Code : Nom :

☐ Autopsie ☐ Coroner ☐ Don d'organes

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

4- Onglet : Admission

B- Sous onglet : Services

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Admission	Services	Unit. soins	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

#	Code	Description	Date serv.	Heure serv.

Détail du service

Code :

Date :  Heure :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

4- Onglet : Admission

C- Sous onglet : Unit. soins

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Admission	Services	Unit. soins	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

#	Unité de soins	Précision	Date arrivée	Heure arrivée	Date sortie	Heure sortie

Détail de l'unité de soins

Unité de soins : Précision :

Arrivée : Heure : Sortie : Heure :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

4- Onglet : Admission

D- Sous onglet : Signes vitaux

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv.urg.:	Date dép.urg.:	Date d'admission :	Date de départ :

Admission	Services	Unit. soins	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

Date : -  Heure : Ouverture yeux : ▼

Rép. verbale : ▼ Rép. motrice : ▼

GCS:

État de conscience

Modif. artificielle ☐ Type : ▼

Respiration

Nombre : Type : ▼

TAS : TAD :

Oxygène : ▼ % Sat.:

Pouls : Température : Press. intracrâ.:

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

4- Onglet : Admission

E- Sous onglet : Examens/Soins

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Admission	Services	Unit. soins	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

Ventilation mécanique

#	Date début	Heure	Date arrêt	Heure

Détail de la ventilation mécanique

Date début :	--	Heure :		Date arrêt :	--	Heure :	

Drain thoracique

Date drain :	--	Heure :	

Intoxication

Alcool suspecté	☐	Taux :		Drogues / médicaments :	

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

4- Onglet : Admission

F- Sous onglet : Imageries

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv. urg. :	Date dép. urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Admission	Services	Unit. soins	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

#	Type	Région du corps	Date dem.	Heure dem.	Date réal.	Heure réal.

Détail de l'imagerie médicale

Type :

Région du corps :

Date demande :  Heure :

Date réalisation :  Heure :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

4- Onglet : Admission

G- Sous onglet : Traitements

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Admission	Services	Unit. soins	Signes vitaux	Examens/Soins	Imageries	Traitements

#	Code	Description	Date trait.	Heure trait.

Détail du traitement

Code : Descr.:

S: L: E:

Date: Heure: Lieu:

Sortie bloc opératoire: Heure: Nombre:

Traitements paramédicaux

Type:

Prise en charge: Heure:

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

5- Onglet : Diagnostics

A- Sous onglet : Blessures

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv. urg. :	Date dép. urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Blessures	Précisions	Complications	Comorbidité

#	Code	Description du code AIS

Détail de la blessure

Code AIS :  Vérification : 

Région :

Struct. anat. :

Spécifique :

Information suppl. :

Code dx 1 : Code dx 2 : Code dx 3 :

Code dx 4 : Code dx 5 :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

5- Onglet : Diagnostics

B- Sous onglet : Précisions

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Blessures	Précisions	Complications	Comorbidité

ISS :		PS_ISS :		NISS :	
Lésion pénétrante :					
TCC :					
Bless. médullaire :					

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

5- Onglet : Diagnostics

C- Sous onglet : Complications

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Blessures	Précisions	Complications	Comorbidité

#	Code	Description

Détail de la complication

Code :
 Description :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

5- Onglet : Diagnostics

D- Sous onglet : Comorbidité

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Blessures	Précisions	Complications	Comorbidité

Comorbidité

Détail de la comorbidité

Comorbidité :

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

6- Onglet : Grand brûlé

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum.:	Date 1ère Inst. :
Date arriv. urg. :	Date dép. urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Information sur le grand brûlé

Circonstance :		+	Type brûlure :		+
		×			×
Race :			Occupation :		
Poids à l'admission :	kg		Poids au départ :	kg	
Inhalation :			Taux carboxyhémo. :		
Culture cellulaire :			Grefe :		
Util. des ressources :		+	Brûlure antérieure :	☐	ERV :
		×	Vasopress brûlure :	☐	SARM :
Empl. de photo :					

Description de la brûlure

Localisation	2e degré	3e degré	Total
Totaux :			

Détail de la brûlure

Localisation :	
2e degré :	
3e degré :	

Chapitre	2	Règles et procédures
Section	2.1	Règles et procédures générales à la saisie des données dans le système
Sous-section	2.1.4	FORMULAIRE DE SAISIE

7- Onglet : Informations complémentaires

Usager	Préhospitalier	Urgences	Admission	Diagnostics	Grand brûlé	Info. compl.

No. Traum. :	No. doss. méd. :	Date Traum. :	Date 1ère Inst. :
Date arriv urg. :	Date dép urg. :	Date d'admission :	Date de départ :

Essai de changement de libellé : 

Libellé Alphanumérique : 

Libellé Numérique :

Libellé de Date Heure :  Heure :

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	LISTE ALPHABÉTIQUE DES ÉLÉMENTS

Liste alphabétique des éléments saisis

NOM DE L'ÉLÉMENT	SOUS-SECTION	NUMÉRO
A.V.P.U sur la scène de l'accident	3.3.2	043
Admission directe au bloc opératoire	3.3.4	082
Assurance médicale	3.3.1	021
Autopsie	3.3.4	089
Autopsie à l'urgence	3.3.3	066
Blessure médullaire	3.3.7	181
Brûlure antérieure	3.3.8	199
Cas coroner	3.3.3	067
Cas coroner à l'urgence	3.3.4	090
Cause du traumatisme	3.3.1	024
Champ variable	3.3.9	204
Circonstances	3.3.8	187
Code AIS	3.3.7	165
Code cause externe	3.3.1	019
Code complication	3.3.7	183
Code d'activité	3.3.1	020
Code d'attribut de lieu	3.3.6	149
Code d'attribut de situation	3.3.6	148
Code d'attribut d'étendue	3.3.6	150
Code de la première installation	3.3.2	046
Code identifiant création	3.3.1	028
Code identifiant modification	3.3.1	030
Code de l'installation fréquentée	3.3.3	056
Code d'installation de destination au départ	3.3.4	087
Code d'installation de destination de l'urgence	3.3.3	064
Code d'installation de provenance à l'admission	3.3.4	077
Code d'installation de provenance à l'urgence	3.3.3	054
Code du service d'admission	3.3.4	093
Code du traitement	3.3.6	145
Code DX-1	3.3.7	171
Code DX-2	3.3.7	172
Code DX-3	3.3.7	173
Code DX-4	3.3.7	174
Code DX-5	3.3.7	175
Code géographique de la résidence	3.3.1	013
Code géographique du lieu du traumatisme	3.3.1	017
Code installation fournisseur de données	3.3.1	001
Code municipal de la résidence	3.3.1	015
Code municipal du lieu du traumatisme	3.3.1	018
Code postal de la résidence	3.3.1	014
Code rôle usager véhicule	3.3.1	025
Comorbidité	3.3.7	186
Culture cellulaire	3.3.8	195
Date d'arrêt de ventilation mécanique	3.3.6	159

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	LISTE ALPHABÉTIQUE DES ÉLÉMENTS

NOM DE L'ÉLÉMENT	SOUS-SECTION	NUMÉRO
Date d'arrivée à la première installation	3.3.2	048
Date d'arrivée à l'unité de soins	3.3.4	099
Date d'arrivée à l'urgence	3.3.3	058
Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	3.3.2	033
Date de consultation	3.3.3	073
Date de création	3.3.1	027
Date de début de ventilation mécanique	3.3.6	157
Date de demande de consultation	3.3.3	071
Date de demande de l'imagerie médicale	3.3.6	140
Date de demande de transfert	3.3.4	085
Date de départ de l'ambulance de la scène	3.3.2	035
Date de départ de l'installation	3.3.4	083
Date de départ de l'urgence	3.3.3	061
Date de l'admission	3.3.4	080
Date de l'intubation	3.3.6	131
Date de modification	3.3.1	029
Date de naissance	3.3.1	007
Date de prise des signes vitaux	3.3.5	103
Date de prise en charge	3.3.6	162
Date de réalisation de l'imagerie médicale	3.3.6	142
Date de sortie de l'unité de soins	3.3.4	101
Date de sortie du bloc opératoire	3.3.6	154
Date d'installation de l'intraveineuse	3.3.6	129
Date d'installation du drain thoracique	3.3.6	127
Date dosage des lactates	3.3.6	135
Date du FAST écho	3.3.6	125
Date du service d'admission	3.3.4	094
Date du traitement	3.3.6	151
Date du traumatisme	3.3.1	011
Date gazométrie	3.3.6	133
Description de la brûlure	3.3.8	198
Description du code de complication	3.3.7	184
Description du code du traitement	3.3.6	146
Désincarcération	3.3.2	038
Domaine de consultation	3.3.3	070
Don d'organe	3.3.4	091
Don d'organe à l'urgence	3.3.3	068
Emplacement photos	3.3.8	203
ERV	3.3.8	201
Évaluation radiologique	3.3.6	124
Fréquence respiratoire préhospitalier	3.3.2	040
GCS	3.3.5	108
Grefe	3.3.8	196
Heure d'arrêt de ventilation mécanique	3.3.6	160
Heure d'arrivée à la première installation	3.3.2	049

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	LISTE ALPHABÉTIQUE DES ÉLÉMENTS

NOM DE L'ÉLÉMENT	SOUS-SECTION	NUMÉRO
Heure d'arrivée à l'unité de soins	3.3.4	100
Heure d'arrivée à l'urgence	3.3.3	059
Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	3.3.2	034
Heure de consultation	3.3.3	074
Heure de début de ventilation mécanique	3.3.6	158
Heure de demande de consultation	3.3.3	072
Heure de demande de l'imagerie médicale	3.3.6	141
Heure de départ de l'ambulance de la scène	3.3.2	036
Heure de départ de l'installation	3.3.4	084
Heure de départ de l'urgence	3.3.3	062
Heure de l'admission	3.3.4	081
Heure de l'intubation	3.3.6	132
Heure de prise des signes vitaux	3.3.5	104
Heure de prise en charge	3.3.6	163
Heure de réalisation de l'imagerie médicale	3.3.6	143
Heure de sortie de l'unité de soins	3.3.4	102
Heure de sortie du bloc opératoire	3.3.6	155
Heure d'installation de l'intraveineuse	3.3.6	130
Heure d'installation du drain thoracique	3.3.6	128
Heure dosage des lactates	3.3.6	136
Heure du FAST écho	3.3.6	126
Heure du service d'admission	3.3.4	095
Heure du traitement	3.3.6	152
Heure du traumatisme	3.3.1	012
Heure gazométrie	3.3.6	134
IHV	3.3.2	037
Indicateur exclusion	3.3.1	016
Indicateur régionalisation	3.3.4	079
Inhalation	3.3.8	193
Intoxication alcool suspectée	3.3.6	119
Intoxication drogue/médicaments	3.3.6	121
IPT	3.3.2	039
ISS	3.3.7	176
Lésion pénétrante	3.3.7	179
Lieu du traitement	3.3.6	153
Lieu du traumatisme	3.3.1	023
Matériel de protection	3.3.1	026
Mode de transport à l'admission	3.3.4	075
Mode de transport à l'urgence	3.3.3	052
Mode transport à la première installation	3.3.2	032
Modification artificielle de l'état de conscience	3.3.5	122
NISS	3.3.7	178
Nom	3.3.1	005
Nom de la première installation	3.3.2	047
Nom de l'installation de provenance à l'urgence	3.3.3	055

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	LISTE ALPHABÉTIQUE DES ÉLÉMENTS

NOM DE L'ÉLÉMENT	SOUS-SECTION	NUMÉRO
Nom de l'installation fréquentée	3.3.3	057
Nom d'installation de destination au départ	3.3.4	088
Nom d'installation de destination de l'urgence	3.3.3	065
Nom d'installation de provenance à l'admission	3.3.4	078
Nombre de traitements	3.3.6	147
Numéro d'assurance maladie	3.3.1	009
Numéro de dossier médical	3.3.1	004
Numéro de dossier médical à la première installation	3.3.2	050
Numéro de séquence de comorbidité	3.3.7	185
Numéro de séquence de l'imagerie médicale	3.3.6	137
Numéro de séquence de l'unité de soins	3.3.4	096
Numéro de séquence de l'urgence	3.3.3	051
Numéro de séquence de ventilation mécanique	3.3.6	156
Numéro de séquence des complications	3.3.7	182
Numéro de séquence des consultations	3.3.3	069
Numéro de séquence des traitements	3.3.6	144
Numéro de séquence du code AIS	3.3.7	164
Numéro de séquence du service d'admission	3.3.4	092
Numéro du traumatisme	3.3.1	003
Occupation	3.3.8	190
Ouverture des yeux	3.3.5	105
Oxygène	3.3.5	113
Oxygène préhospitalier	3.3.2	044
Période	3.3.1	002
Poids à l'admission	3.3.8	191
Poids au départ	3.3.8	192
Pouls	3.3.5	115
Pouls préhospitalier	3.3.2	041
Pourcentage de saturation en oxygène	3.3.5	114
Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	3.3.2	045
Précisions	3.3.4	098
Prénom	3.3.1	006
Pression intracrânienne	3.3.5	117
PS_ISS	3.3.7	177
Race	3.3.8	189
Raison d'absence du NAM	3.3.1	010
Région du corps de la blessure	3.3.7	167
Région du corps de l'imagerie médicale	3.3.6	139
Réponse motrice	3.3.5	107
Réponse verbale	3.3.5	106
Respiration	3.3.5	109
RTS	3.3.5	118
SARM	3.3.8	200
Sexe	3.3.1	008
Statut à l'arrivée à l'urgence	3.3.3	060

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.1	LISTE ALPHABÉTIQUE DES ÉLÉMENTS

NOM DE L'ÉLÉMENT	SOUS-SECTION	NUMÉRO
Statut du dossier	3.3.2	031
Structure anatomique	3.3.7	168
Structure anatomique spécifique	3.3.7	169
Structure anatomique spécifique supplémentaire	3.3.7	170
Taux de carboxyhémoglobine	3.3.8	194
Taux intoxication alcool	3.3.6	120
TCC	3.3.7	180
Température	3.3.5	116
Tension artérielle diastolique	3.3.5	112
Tension artérielle systolique	3.3.5	111
Tension artérielle systolique préhospitalière	3.3.2	042
Traitements paramédicaux	3.3.6	161
Traumatisme durant le travail	3.3.1	022
Type de brûlure	3.3.8	188
Type de destination au départ	3.3.4	086
Type de destination de l'urgence	3.3.3	063
Type de modification de l'état de conscience	3.3.5	123
Type de provenance à l'admission	3.3.4	076
Type de provenance à l'urgence	3.3.3	053
Type de respiration	3.3.5	110
Type d'imagerie médicale	3.3.6	138
Unité de soins	3.3.4	097
Utilisation des ressources	3.3.8	197
Vasopresseurs	3.3.8	202
Vérification	3.3.7	166

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.2	SCHÉMA DES ÉLÉMENTS

3.3.1 Renseignement sur l'usager et l'évènement

001 Code installation fournisseur de données
002 Période
003 Numéro du traumatisme
004 Numéro de dossier médical
005 Nom
006 Prénom
007 Date de naissance
008 Sexe
009 Numéro d'assurance maladie
010 Raison d'absence du NAM
011 Date du traumatisme
012 Heure du traumatisme
013 Code géographique de la résidence
014 Code postal de la résidence
015 Code municipal de la résidence
016 Indicateur exclusion
017 Code géographique du lieu du traumatisme
018 Code municipal du lieu du traumatisme
019 Code cause externe
020 Code d'activité
021 Assurance médicale
022 Traumatisme durant le travail
023 Lieu du traumatisme
024 Cause du traumatisme
025 Code rôle usager véhicule
026 Matériel de protection
027 Date de création
028 Code identifiant de création
029 Date de modification
030 Code identifiant de modification
031 Statut du dossier

3.3.2 Services préhospitaliers

032 Mode transport à la première installation
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène
035 Date de départ de l'ambulance de la scène
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène
037 IHV
038 Désincarcération
039 IPT
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier
041 Pouls préhospitalier
042 Tension artérielle systolique préhospitalière
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident
044 Oxygène préhospitalier
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier
046 Code de la première installation
047 Nom de la première installation
048 Date d'arrivée à la première installation
049 Heure d'arrivée à la première installation
050 Numéro de dossier médical à la première installation

3.3.3 Renseignements de l'urgence

051 Numéro de séquence de l'urgence
052 Mode de transport à l'urgence
053 Type de provenance à l'urgence
054 Code installation de provenance à l'urgence
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence
056 Code de l'installation fréquentée
057 Nom de l'installation fréquentée
058 Date d'arrivée à l'urgence
059 Heure d'arrivée à l'urgence
060 Statut à l'arrivée à l'urgence
061 Date de départ de l'urgence
062 Heure de départ de l'urgence
063 Type de destination de l'urgence
064 Code d'installation de destination de l'urgence
065 Nom d'installation de destination de l'urgence
066 Autopsie à l'urgence
067 Cas coronar à l'urgence
068 Don d'organe à l'urgence
069 Numéro de séquence des consultations
070 Domaine de consultation
071 Date de demande de consultation
072 Heure de demande de consultation
073 Date de consultation
074 Heure de consultation

3.3.5 Signes vitaux

103 Date de prise des signes vitaux
104 Heure de prise des signes vitaux
105 Ouverture des yeux
106 Réponse verbale
107 Réponse motrice
108 GCS
109 Respiration
110 Type de respiration
111 Tension artérielle systolique
112 Tension artérielle diastolique
113 Oxygène
114 Pourcentage de saturation en oxygène
115 Pouls
116 Température
117 Pression intracrânienne
118 RTS

3.3.6 Examens et Traitements

119 Intoxication alcool suspectée
120 Taux intoxication alcool
121 Intoxication drogue/médicaments
122 Modification artificielle de l'état de conscience
123 Type de modification de l'état de conscience
124 Evaluation radiologique
125 Date du FAST écho
126 Heure du FAST écho
127 Date d'installation du drain thoracique
128 Heure d'installation du drain thoracique
129 Date d'installation de l'intraveineuse
130 Heure d'installation de l'intraveineuse
131 Date de l'intubation
132 Heure de l'intubation
133 Date gazométrie
134 Heure gazométrie
135 Date dosage des lactates
136 Heure dosage des lactates
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale
138 Type d'imagerie médicale
139 Région du corps de l'imagerie médicale
140 Date de demande de l'imagerie médicale
141 Heure de demande de l'imagerie médicale
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale
144 Numéro de séquence des traitements
145 Code du traitement
146 Description du code du traitement
147 Nombre de traitements
148 Code d'attribut de situation
149 Code d'attribut de lieu
150 Code d'attribut d'étendue
151 Date du traitement
152 Heure du traitement
153 Lieu du traitement
154 Date de sortie du bloc opératoire
155 Heure de sortie du bloc opératoire
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique
157 Date de début de ventilation mécanique
158 Heure de début de ventilation mécanique
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique
161 Traitements paramédicaux
162 Date de prise en charge
163 Heure de prise en charge

3.3.4 Renseignements de l'admission et du départ

075 Mode de transport à l'admission
076 Type de provenance à l'admission
077 Code d'installation de provenance à l'admission
078 Nom d'installation de provenance à l'admission
079 Indicateur régionalisation
080 Date de l'admission
081 Heure de l'admission
082 Admission directe au bloc opératoire
083 Date de départ de l'installation
084 Heure de départ de l'installation
085 Date de demande de transfert
086 Type de destination au départ
087 Code d'installation de destination au départ
088 Nom d'installation de destination au départ
089 Autopsie
090 Cas coronar
091 Don d'organe
092 Numéro de séquence du service d'admission
093 Code du service d'admission
094 Date du service d'admission
095 Heure du service d'admission
096 Numéro de séquence de l'unité de soins
097 Unité de soins
098 Précisions
099 Date d'arrivée à l'unité de soins
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins
101 Date de sortie de l'unité de soins
102 Heure de sortie de l'unité de soins

3.3.7 Diagnostics

164 Numéro de séquence du code AIS
165 Code AIS
166 Vérification
167 Région du corps de la blessure
168 Structure anatomique
169 Structure anatomique spécifique
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire
171 Code DX-1
172 Code DX-2
173 Code DX-3
174 Code DX-4
175 Code DX-5
176 ISS
177 PS_ISS
178 NISS
179 Lésion pénétrante
180 TCC
181 Blessure Médullaire
182 Numéro de séquence des complications
183 Code complication
184 Description du code de complication
185 Numéro de séquence de comorbidité
186 Comorbidité

3.3.8 Renseignements sur les victimes de brûlures graves

187 Circonstances
188 Type de brûlure
189 Race
190 Occupation
191 Poids à l'admission
192 Poids au départ
193 Inhalation
194 Taux de carboxyhémoglobine
195 Culture cellulaire
196 Greffe
197 Utilisation des ressources
198 Description de la brûlure
199 Brûlure antérieure
200 SARV
201 ERV
202 Vasopresseurs
203 Emplacement photos

3.9 Information complémentaire

204 Champ variable

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
ÉLÉMENT	000	GUIDE DE LECTURE

Chacun des éléments contenus dans le cadre normatif doit être décrit de la façon suivante :

- ❖ **FORMAT** Type longueur : X (gabarit si nécessaire, ex. : Année : AA MM JJ)
- ❖ **DÉFINITION** S'assurer que la définition est la plus précise possible.
- ❖ **DESCRIPTION ➤**
 - Caractéristiques (obligatoire, mesure ou catégories, provenance avec référence)
 - Valeurs (construction de l'élément (régulière ou exceptionnelle), étendue des valeurs, valeur par défaut et leur attribution)
 - Exceptions ou réserves (écourté)
- ❖ **PRÉCISIONS**
 - Consignes à la saisie
 - Pratiques acceptées
 - Contexte particulier
- ❖ **VALIDATION** Décrire la ou les règle(s) de validation en vigueur.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.

Non, l'élément n'est pas transmis.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** Inscrire la date d'entrée en vigueur (voir si l'élément était présent au 1^{er} avril 2010 ou nouveau 1^{er} avril 2010. De plus, il faut préciser la date d'entrée en vigueur pour le caractère opérationnel ou informationnel de la donnée.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** Date à laquelle l'élément a été modifié la dernière fois.
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**
 - Liste des domaines de valeurs
 - Liste des codes historiques

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	001	CODE D'INSTALLATION FOURNISSEUR DE DONNÉES

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 8
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont dispensés à l'usager après le traumatisme et où est effectuée la saisie des données. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Installation Cette valeur est obligatoire. Cette valeur est générée automatiquement lors de l'ouverture de l'application à la saisie du code d'accès et du mot de passe. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.	
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie et au central.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		
❖ DOMAINE DE VALEURS	- Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ avant comme source le fichier M02 du MSSS.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	002	PÉRIODE

❖	FORMAT	Alphanumérique Longueur : 11 Gabarit : xxxx-xxxx xx
❖	DÉFINITION	Ce champ indique la période de l'année financière correspondant à la date de départ de l'usager de l'installation.
❖	DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Année financière / période Cette valeur n'est pas visible à la saisie. L'année financière s'étale du 1er avril au 31 mars de l'année suivante. Elle se divise en 13 périodes allant de 01 à 13. À chaque période correspond une partie de l'année fiscale. Les dates de début et de fin de périodes varient d'une année à l'autre. Les périodes des années précédentes sont conservées et archivées. Les périodes de chaque année s'ajoutent à la suite de la table en annexe. Cette valeur est générée automatiquement en fonction de la date de départ de l'usager de l'installation. L'élément est emprunté à la nomenclature utilisée par le système MED-ÉCHO.
❖	PRÉCISIONS	
❖	VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur à la saisie. Validation inter-élément -Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'élément 083 « Date de départ de l'installation », l'Élément 011 « Date du traumatisme », l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». La période saisie est automatiquement celle qui contient la date de départ de l'installation. Tant que la date de départ de l'installation n'est pas inscrite, c'est la date du traumatisme qui est prise en compte pour le calcul de la période.
❖	SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖	ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖	ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	002	PÉRIODE

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Table des dates des périodes pour chaque année financière de MED-ÉCHO. Les périodes financières proviennent du Manuel de Gestion Financière (MGF).

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	003	NUMÉRO DU TRAUMATISME
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 9
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le numéro attribué à l'utilisateur inscrit au SIRTQ par l'installation fournisseur de données.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : No traum. Cette valeur est obligatoire. Il permet de regrouper les informations sur l'événement traumatique, les services préhospitaliers, l'urgence, l'hospitalisation, la nature des blessures, les examens et les traitements et sur les victimes de brûlures graves. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran.	
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Chaque usager possède un numéro du traumatisme unique par événement traumatique. Il peut cependant avoir plus d'un numéro du traumatisme s'il est hospitalisé suite à des événements traumatiques différents.	
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'Élément 027 « Date de création ». Chaque numéro du traumatisme génère automatiquement une date de création qui est celle de la date du jour de la création du numéro du traumatisme. Validation inter-enregistrement - Validation de doublons automatique à la saisie avec l'Élément 011 « Date du traumatisme » et l'Élément 004 « Numéro de dossier médical ». Il ne peut y avoir deux mêmes numéros du traumatisme avec la même date du traumatisme.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	003	NUMÉRO DU TRAUMATISME

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	004	NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL

❖	FORMAT	Alphanumérique Longueur : 14
❖	DÉFINITION	Ce champ indique le numéro de dossier médical de l'utilisateur. Ce numéro est unique pour chaque installation. Celui-ci est non descriptif, unique et permanent attribué par l'installation et il permet de colliger toutes les informations sur les soins dispensés à un usager.
❖	DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : No doss. méd. Cette valeur est obligatoire. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran.
❖	PRÉCISIONS	
❖	VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie.
❖	SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖	ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖	ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖	ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖	DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖	DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	005	NOM

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 30
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nom de l'utilisateur à la naissance.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Nom Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Pour les résidents du Québec, les trois premières lettres du nom doivent être en concordance avec les trois premiers caractères du numéro d'assurance maladie.
❖ VALIDATION	Validations inter-élément - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 009 « Numéro d'assurance maladie ». Les trois premières lettres doivent être identiques aux trois premiers caractères du NAM.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	006	PRÉNOM

❖	FORMAT	Alphanumérique Longueur : 25
❖	DÉFINITION	Ce champ indique le prénom de l'utilisateur à la naissance.
❖	DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Prénom Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖	PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Pour les résidents du Québec, la première lettre du prénom doit être en concordance avec le quatrième caractère du numéro d'assurance maladie.
❖	VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 009 « Numéro d'assurance maladie ». La première lettre du prénom doit être identique au quatrième caractère du NAM.
❖	SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖	ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖	ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
❖	ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖	DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖	DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	007	DATE DE NAISSANCE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'année, le mois et le jour de naissance de l'utilisateur.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Date naissance Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Pour les résidents du Québec, les deux derniers chiffres de l'année de naissance doivent être en concordance avec les cinquièmes et sixièmes caractères du numéro d'assurance maladie, le jour de naissance doit être en concordance avec les neuvièmes et dixième caractères du numéro d'assurance maladie.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être supérieure au 1^{er} janvier 1880). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 009 « Numéro d'assurance maladie ». Les deux derniers chiffres de l'année de naissance doivent être en concordance avec les deux premiers chiffres du « Numéro assurance maladie » et le jour de naissance doit être en concordance avec les cinquièmes et sixièmes chiffres du « Numéro assurance maladie ». - Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 011 « Date du traumatisme ». La date de naissance doit être inférieure ou égale à la date du traumatisme.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION			

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	007	DATE DE NAISSANCE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	008	SEXE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la conformation particulière qui distingue l'homme de la femme.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Sexe Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ». Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Pour les résidents du Québec, le septième caractère du numéro d'assurance maladie doit être en concordance avec le sexe de l'utilisateur. Si le sexe est masculin, le septième caractère du numéro d'assurance maladie est un 0 ou 1. Si le sexe est féminin, le septième caractère du numéro d'assurance maladie est un 5 ou 6.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 009 « Numéro d'assurance maladie ». Le septième caractère du « Numéro assurance maladie » doit être égal à 0 ou 1 si le sexe est masculin et 5 ou 6 si le sexe est féminin.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	008	SEXE

❖ DOMAINE DE VALEURS

F : Féminin

Le terme *féminin* s'utilise particulièrement pour parler du sexe des femmes.

M : Masculin

Le terme *masculin* s'utilise particulièrement pour parler du sexe des hommes.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	009	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

- ❖ **FORMAT**

Alphanumérique Longueur : 12 Gabarit : AAAANNNNNNNNN
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique le numéro d'assurance maladie (NAM) attribué par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : NAM

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.

Le format du numéro d'assurance maladie est :

 - des positions 1 à 4 : alphanumérique
 - des positions 5 à 10 : numérique
 - de la position 11 : alphanumérique
 - de la position 12 : numérique.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- La septième position du NAM indique deux choses : le sexe (0=M et 5=F) et le premier chiffre du mois de naissance (0=janvier à septembre et 1= octobre à décembre). C'est l'addition de ces deux informations qui compose le chiffre de cette position. Il peut donc prendre les valeurs de 0, 1, 5 ou 6.
 - b- Si le NAM est non valide, un message d'avertissement s'affiche. Il faut modifier la valeur ou bien laisser le champ vide.
 - c- Si le NAM est absent, il faut préciser la raison d'absence.
 - d- En présence d'un NAM expiré, inscrire la raison d'absence « NAM inconnu ».
- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.
 - Validation de valeur automatique à la saisie et au central (avec le FIPA).

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 005 « Nom ». Les trois premières lettres coïncident avec les trois premières lettres du nom.
 - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 006 « Prénom ». La quatrième lettre coïncide avec la première lettre du prénom.
 - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 007 « Date de naissance ». Les cinquièmes et sixièmes caractères coïncident avec les deux derniers chiffres de l'année de naissance et les neuvièmes et dixième caractères coïncident avec le jour de naissance.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	009	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

- Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 007 « Date de naissance » et l'Élément 008 « Sexe ».
Les septièmes et huitièmes caractères coïncidents avec le mois de naissance plus 50 si le sexe est féminin.

- Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 008 « Sexe ». Le sexe et le septième caractère coïncident.

- Validation correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 010 « Raison d'absence du NAM ». Si le NAM est absent, il faut préciser une raison d'absence.

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeurs du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA)

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	010	RAISON D'ABSENCE DU NAM

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ précise la raison d'absence du numéro d'assurance maladie du Québec.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Raison absence Cette valeur est obligatoire lorsque le NAM est absent. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Inscrire une valeur lorsque le NAM est absent. b- En présence d'un NAM expiré, inscrire la raison d'absence « NAM inconnu ».	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 009 « Numéro d'assurance maladie ». Si le NAM est absent, une raison d'absence de celui-ci doit être inscrite.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	010	RAISON D'ABSENCE DU NAM

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- Nouveau-né

Usager nouveau-né qui ne détient pas de numéro d'assurance maladie.

2- Non-résident du Québec

Usager qui ne réside pas au Québec et qui ne détient pas de numéro d'assurance maladie.

3- Résident du Québec depuis moins de trois mois

Usager qui réside au Québec depuis moins de trois mois et qui ne détient pas de numéro d'assurance maladie.

4- NAM inconnu

Usager dont le numéro d'assurance maladie (NAM) est inconnu.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	011	DATE DU TRAUMATISME

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Date traum. Cette valeur est obligatoire. Cette date est en lien avec la cause externe responsable du traumatisme. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- La date du traumatisme doit être inscrite lorsqu'elle est connue. Dans le cas contraire, la date du traumatisme la plus probable (ex. traumatisme il y a 3 semaines) doit être inscrite. Lorsqu'elle est totalement inconnue, inscrire la date d'arrivée à l'installation. b- Dans le cas où plusieurs dates du traumatisme sont relatées, saisir la plus ancienne.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure ou égale à la date du jour et supérieure à 1993). Validations inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 027 « Date de création » qui doit lui être supérieure ou égale. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 007 « Date de naissance » qui doit lui être inférieure ou égale. Validations inter-enregistrement - Validation de doublons automatique à la saisie avec l'Élément 003 « Numéro du traumatisme » et l'Élément 004 « Numéro de dossier médical ». Il ne peut y avoir deux numéros de traumatisme correspondant au même numéro d'assurance maladie, au même numéro de dossier médical et à la même date du traumatisme.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	011	DATE DU TRAUMATISME

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	012	HEURE DU TRAUMATISME

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Heure Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Cette heure est en lien avec les causes externes responsables des traumatismes. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- L'heure du traumatisme doit être inscrite lorsqu'elle est connue. Dans le cas contraire, valider toutes les informations au dossier médical afin de trouver l'heure la plus plausible. Il est possible de laisser le champ vide, si vraiment aucune information n'est disponible. b- Il est possible d'utiliser l'heure de l'appel des services ambulanciers, si l'heure n'est pas mentionnée ailleurs au dossier médical. c- Dans le cas où plusieurs heures du traumatisme sont relatées, indiquer la plus ancienne.		
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément : - Validation de format automatique à la saisie. Validation inter-élément : - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 011 « Date du traumatisme ». Si une date est inscrite, une heure peut être saisie.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	1 ^{er} avril 2014 (consigne à la saisie)		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	012	HEURE DU TRAUMATISME

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	013	CODE GÉOGRAPHIQUE DE LA RÉSIDENCE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le code géographique du lieu de la résidence de l'utilisateur au moment de l'évènement traumatique. Il peut désigner une province ou un pays.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Code géo. Cette valeur est obligatoire. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Le code géographique de la résidence est « Québec » par défaut. Le code postal et le code municipal de la résidence peuvent être saisis.	
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 014 « Code postal de la résidence » et l'Élément 015 « Code municipal de la résidence ». La présence du code géographique de la résidence « Québec », permet la saisie du code postal et le code municipal de la résidence	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	013	CODE GÉOGRAPHIQUE DE LA RÉSIDENCE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- 01** : Québec
- 80** : Alberta
- 81** : Colombie-Britannique
- 82** : Ile-du-Prince-Édouard
- 83** : Manitoba
- 84** : Nouveau-Brunswick
- 85** : Nouvelle-Écosse
- 86** : Ontario
- 87** : Saskatchewan
- 88** : Terre-Neuve
- 89** : Territoires du Nord-Ouest
- 90** : Yukon
- 91** : Etats-Unis (USA)
- 92** : Autres pays
- 93** : Nunavut

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	014	CODE POSTAL DE LA RÉSIDENCE

FORMAT

Alphanumérique Longueur : 6 Gabarit (X9X9X9)

❖ DÉFINITION

Ce champ indique la partie intégrante de l'adresse du lieu de résidence habituel de l'utilisateur selon la Société canadienne des postes.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : Code postal

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.

Le format d'un code postal est de 6 caractères, dont trois lettres et trois chiffres. Entre chaque lettre (L) se retrouve un chiffre (C). Il commence par une lettre.

Position 1, 3 et 5 Alphabétique

Position 2, 4 et 6 Numérique

La première lettre désigne la région géographique. Pour le Québec :

G désigne l'est du Québec

H désigne la région métropolitaine de Montréal

J désigne l'ouest du Québec

Cette variable est comparable au « National Tracts Burn ».

Cette valeur est tirée du registre des adresses de la RAMQ.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Le code postal de la résidence peut être saisi seulement si le code géographique de la résidence est « Québec ».

b- Si le code postal est inconnu, laisser le champ vide.

c- Le lieu de résidence habituelle désigne le logement dans lequel une personne vit habituellement. Dans la plupart des cas, les usagers connaissent leur lieu de résidence habituelle. Cependant, pour certains cas particuliers, on précise ci-dessous ce qui doit être considéré comme l'adresse du lieu de résidence habituelle de l'utilisateur.

d- Pour un usager qui réside temporairement ailleurs qu'à son lieu de résidence habituelle pour différentes raisons (répit, dépannage, convalescence, situation sociale difficile, sinistre ou autre) : indiquer le code postal du lieu de résidence habituelle de l'usager et non celui de la résidence temporaire.

e- Pour un étudiant : indiquer le code postal du logement qu'il occupe au moment de l'évènement traumatique.

f- Pour une personne itinérante ou sans adresse fixe : indiquer le code postal de l'installation de votre installation.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	014	CODE POSTAL DE LA RÉSIDENCE

g- Pour un usager en centre de détention : indiquer le code postal du Centre de détention.

h- Pour un enfant en garde partagée : indiquer le code postal de l'un des parents de l'enfant.

❖ VALIDATION

Validations sur l'élément

- Validation de format automatique à la saisie.
- Validation de valeur à la saisie (avec le registre des adresses).

Validation inter-élément

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 013 « Code géographique de la résidence ». Le code postal de la résidence est obligatoire si le code géographique de la résidence est « Québec ».

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ ÉLÉMENT TRANSMIS

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ ENTRÉE EN VIGUEUR

1er avril 2010.

❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION

❖ DOMAINE DE VALEURS

- Valeur du registre des adresses de la RAMQ ayant comme source le fichier M34 du MSSS et celui de la Société canadienne des postes.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	015	CODE MUNICIPAL DE LA RÉSIDENCE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 5
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le code défini par le Bureau de la Statistique du Québec, attribué à chacune des municipalités ayant un statut légalement reconnu et aux territoires non organisés du Québec et les codes des provinces du Canada et ceux des autres pays.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Code municipalité Cette valeur est obligatoire si présent au dossier médical. Le code municipal doit être celui du lieu de la résidence permanente. Cette valeur est tirée du fichier d'inscription des lieux géographiques de la RAMQ. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le code municipal de la résidence peut être saisi seulement si le code géographique de la résidence est « Québec ». b- Si le code postal saisi est valide, le code municipal associé s'inscrit automatiquement. Si plusieurs codes municipaux sont possibles pour un code postal, un choix s'affichera.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur à la saisie (avec table des codes municipaux). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 014 « Code postal de la résidence ». En présence du code postal valide de la résidence, le code municipal de la résidence s'inscrit automatiquement. Si plusieurs codes municipaux sont possibles, un choix s'affichera. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 013 « Code géographique de la résidence ». Le code municipal de la résidence est permis seulement si le code géographique de la résidence est « Québec ».
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	015	CODE MUNICIPAL DE LA RÉSIDENCE

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur du fichier d'inscription des lieux géographiques de la RAMQ établi par l'Institut de la statistique du Québec (sous l'appellation, code géographique) et validé par le référentiel territorial M34 du MSSS

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	016	INDICATEUR EXCLUSION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique un cas de traumatisme qui ne correspond pas aux critères ministériels d'inclusion du SIRTQ.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Indic. exclusion Cette valeur est obligatoire si présente au dossier. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Cette case doit être cochée pour indiquer un cas qui ne correspond pas au critère d'inclusion du SIRTQ. b- Tous les cas de traumatismes qui ne sont pas admis dans l'installation fournisseur de données sont des cas à exclure (sauf les décès à l'urgence). c- Si la case d'exclusion est cochée, le type de destination à l'urgence est différent de décédé et la date d'admission est absente.
❖ VALIDATION	Validation inter-éléments - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 063 « Type de destination à l'urgence ». Si la case de l'indicateur d'exclusion est cochée, le type de destination à l'urgence doit être différent de décédé - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 094 « Date du service d'admission ». Si la case de l'indicateur d'exclusion est cochée, la date du service d'admission doit être absente.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	017	CODE GÉOGRAPHIQUE DU LIEU DU TRAUMATISME

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le code géographique du lieu du traumatisme au moment du traumatisme. Il peut désigner une province ou un pays.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Code géo. Cette valeur est obligatoire. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Le code géographique du lieu du traumatisme est « Québec » par défaut. Dans ce cas, le code municipal du traumatisme peut être saisi
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 018 « Code municipal du lieu du traumatisme ». Avec la présence du code géographique du lieu du traumatisme « Québec », le code municipal du lieu du traumatisme peut être saisi.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	017	CODE GÉOGRAPHIQUE DU LIEU DU TRAUMATISME

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- 01** : Québec
- 80** : Alberta
- 81** : Colombie-Britannique
- 82** : Île-du-Prince-Édouard
- 83** : Manitoba
- 84** : Nouveau-Brunswick
- 85** : Nouvelle-Écosse
- 86** : Ontario
- 87** : Saskatchewan
- 88** : Terre-Neuve
- 89** : Territoires du Nord-Ouest
- 90** : Yukon
- 91** : États-Unis
- 92** : Autres pays
- 93** : Nunavut

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	018	CODE MUNICIPAL DU LIEU DU TRAUMATISME

FORMAT

Alphanumérique Longueur : 5

❖ DÉFINITION

Ce champ indique le code défini par l'Institut de la Statistique du Québec, attribué à chacune des municipalités ayant un statut légalement reconnu et aux territoires non organisés du Québec.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : Code municipalité

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.

Le code municipal doit être celui du lieu du traumatisme.

Cette valeur est tirée du fichier d'inscription des lieux géographiques de la RAMQ.

Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.

Cette variable est comparable au « National Tracts Burn ».

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

- a- Le code municipal du lieu du traumatisme peut être saisi seulement si le code géographique du lieu du traumatisme est « Québec ».
- b- Si le code municipal est inconnu, le champ doit demeurer vide.
- c- Si le code municipal du lieu du traumatisme est non valide, un message d'avertissement s'affiche. Il faut choisir une autre valeur ou bien laisser le champ vide.
- d- Une liste de codes municipaux s'affiche dans un menu déroulant selon la région géographique de l'installation fournisseur de données. Toutefois, il est possible de saisir un code municipal qui n'est pas présent dans ce menu.

❖ VALIDATION

Validations sur l'élément

- Validation de format automatique à la saisie.
- Validation de valeur à la saisie (avec le fichier des lieux géographiques).

Validation inter-élément

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 017 « Code géographique du lieu du traumatisme ». Le code municipal du lieu du traumatisme peut être saisi seulement si le code géographique du lieu du traumatisme est « Québec ».

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	018	CODE MUNICIPAL DU LIEU DU TRAUMATISME

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur du fichier d'inscription des lieux géographiques de la RAMQ établi par l'Institut de la statistique du Québec (sous l'appellation, code géographique) et validé par le référentiel territorial M34 du MSSS.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	019	CODE CAUSE EXTERNE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 7
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la cause externe responsable du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Cause externe Cette valeur est obligatoire. Les codes de la CIM-10 sont classifiés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ième} Édition. La CIM-10-CA est la version élargie de la CIM-10 élaborée par l'ICIS pour la classification de la morbidité au Canada. Ce code provient du chapitre XX de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ième} révision, Canada, (CIM-10-CA). Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Les valeurs possibles sont celles qui vont de V01 à Y98 du chapitre XX de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. b- L'inscription d'une cause externe rend la saisie d'un code d'activité obligatoire. c- Ne pas saisir le code de lieu (U98_) qui est associé au code de la cause externe de la CIM-10-CA. d- Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ : X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux (sauf si associées à une victime de brûlures graves) Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité
❖ VALIDATION	- Validations tirées de la nomenclature MED-ÉCHO et validations supplémentaires suivantes : Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	019	CODE CAUSE EXTERNE

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1^{er} avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1^{er} avril 2014 (consignes à la saisie)
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**
- Valeur de la table CIM-10-CA de V01 à Y98.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	020	CODE D'ACTIVITÉ

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 7
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'activité exercée reliée à la cause externe responsable du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Code d'activité Cette valeur est obligatoire. Les codes de la CIM-10 sont classifiés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ième} Édition. La CIM-10-CA est la version élargie de la CIM-10 élaborée par l'ICIS pour la classification de la morbidité au Canada. Le code d'activité vise à donner une précision supplémentaire concernant la cause externe responsable du traumatisme. Elle permet de connaître l'activité pratiquée pendant laquelle l'événement qui est à l'origine du séjour à l'installation a eu lieu. Ainsi, au code utilisé est associée une description textuelle de ce code. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Les valeurs pouvant être saisies vont de U99.000 à U99.9 et doivent être choisies dans la liste. b- L'inscription d'une cause externe rend la saisie d'un code d'activité obligatoire.
❖ VALIDATION	- Validations tirées de la nomenclature MED-ÉCHO et validations supplémentaires suivantes : Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2006.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	020	CODE D'ACTIVITÉ

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur de la table CIM-10-CA de U99.000 à U99.9.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	021	ASSURANCE MÉDICALE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ permet l'identification de l'assurance médicale qui indemnise l'usager au moment du traumatisme.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Assurance Cette valeur est obligatoire. L'assurance médicale vise à donner un accès universel aux usagers pour l'obtention de services de santé. Il s'agit d'un organisme payeur qui couvre les frais reliés aux services de santé suite à un traumatisme. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Plus d'une assurance peut être inscrite pour un usager. b- La preuve que l'usager est assuré par l'assurance médicale concernée n'est pas requise puisque cette information n'est pas toujours disponible au dossier médical. Lorsque cette dernière est présente, elle figure sur le formulaire d'admission (AH-101P). c- Pour la CSST, cette assurance n'indemnise qu'exceptionnellement les travailleurs autonomes qui sont généralement couverts par une assurance privée. d- Pour les accidents de véhicule à moteur se produisant durant le travail, la CSST a préséance sur la SAAQ. La valeur CSST doit être sélectionnée même s'il s'agit d'un accident de voiture. La valeur SAAQ ne doit pas être sélectionnée, car elle n'indemnise pas ce type de clientèle. e- Pour les accidents impliquant un véhicule à moteur survenant sur la voie publique et/ou qu'il y a collision avec un véhicule à moteur, cet usager est indemnisé par la SAAQ f- Pour un usager qui chute d'un camion à l'arrêt, la cause du traumatisme est « Chute ». Cet usager est indemnisé par la SAAQ. g- Pour un usager qui fait une chute dans l'autobus sans qu'il y ait collision avec un autre véhicule, est indemnisé par la SAAQ. h- Pour une chute d'un véhicule à moteur en stationnement, cet usager est indemnisé par la SAAQ.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	021	ASSURANCE MÉDICALE

i- Pour une tentative de suicide par projection devant une voiture, cet usager est indemnisé par la SAAQ.

j- Pour une motoneige ou un véhicule tout terrain (VTT) qui entre en collision avec un véhicule à moteur sur la voie publique, cet usager est indemnisé par la SAAQ.

k- Pour un accident de motoneige ou de VTT survenant dans la forêt, cet usager est indemnisé par la RAMQ.

l- Pour un accident de motocross impliquant une collision contre un véhicule à moteur sur la voie publique, l'utilisateur est indemnisé par la SAAQ. Dans le cas contraire, cet usager est indemnisé par la RAMQ.

m- Pour sélectionner IVAC, le formulaire de confirmation doit figurer au dossier médical de l'utilisateur.

❖ VALIDATION

Validations sur l'élément

- Validation de présence automatique à la saisie.
- Validation de valeur automatique à la saisie. Les options ne sont pas mutuellement exclusives.

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 022 « Traumatisme durant le travail ». Si l'assurance médicale choisie est CSST, la case « Traumatisme durant le travail » doit être cochée.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 015 « Code municipal de la résidence ». Si l'assurance médicale choisie est RAMQ ou CSST, le code municipal ne peut être une valeur entre 00080 et 00093.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 014 « Code postal de la résidence ». Si l'assurance médicale choisie est RAMQ ou CSST, le code postal doit commencer par G, H, J ou doit être absent.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 010 « Raison d'absence du NAM ». Si une raison d'absence du NAM est inscrite, l'assurance médicale ne peut être RAMQ.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	021	ASSURANCE MÉDICALE

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec)

Pour l'usager ayant la qualité de résident du Québec, d'après la définition du règlement adopté en vertu de la Loi sur les services santé et les services sociaux, et recevant des soins assurés. La carte émise par la Régie de l'assurance maladie est valide jusqu'à la date d'expiration qui y est inscrite.

2- SAAQ (Société de l'assurance automobile du Québec)

Pour le résident québécois hospitalisé à la suite d'un accident d'automobile sur le territoire québécois et hors Québec. Le non-résident du Québec peut également être couvert par ce régime d'assurance s'il fait la preuve que le véhicule dans lequel il prenait place et qui fut impliqué dans l'accident était immatriculé au Québec.

3- CSST (Commission de la santé et de la sécurité au travail)

Pour l'usager hospitalisé à la suite d'un accident de travail dont la responsabilité incombe à la CSST ou à une commission d'un territoire ou d'une autre province canadienne à l'exception des actes criminels. Cette assurance n'indemnise qu'exceptionnellement les travailleurs autonomes qui sont généralement couverts par une assurance privée.

4- IVAC (Indemnisation des victimes actes criminels)

Pour l'usager victime d'acte (s) criminel (s), la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) est chargée de gérer les demandes d'indemnisation qui sont portées à son attention.

5- Assurance privée

Offre à l'usager, individuellement ou collectivement, des produits d'assurances santé, dentaire, vie et garantie du revenu complémentaire dans tout le Canada.

6- Gouvernement fédéral

Pour l'usager 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. G8)
- loi sur la gendarmerie du Canada (SRC 1970, c. R-9)
- loi sur l'indemnisation des marins marchands (SRC 1970, c. M-11)
- loi sur l'aéronautique (SRC c. A-3)

Le gouvernement fédéral paie les frais d'hospitalisation des détenus fédéraux et de la Gendarmerie Royale du Canada, mais la responsabilité incombera au Québec au moment de leur élargissement ou leur démobilisation pour autant qu'ils aient été incarcérés ou cantonnés au Québec.

Remarque :

Les revendicateurs du statut de réfugié politique (qui n'est pas encore reconnu au titre de réfugié) ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie et d'assurance-hospitalisation du Québec.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	021	ASSURANCE MÉDICALE

Le programme fédéral de santé intérimaire qui fournit une couverture de soins de santé à ces personnes.

7- OHIP (Ontario Health Insurance Plan)

Pour un résident ontarien, l'usage de la carte est obligatoire pour bénéficier des services médicaux couverts.

8- Forces armées

Pour l'utilisateur ayant droit à des soins hospitaliers gratuits en vertu de la Loi sur la Défense nationale. (SRC 1970, c.N-4).

9- Inconnue

Pour l'utilisateur pour laquelle l'assurance médicale est inconnue.

10- Aucune

Pour l'utilisateur ayant établi sa résidence permanente au Québec depuis moins de trois mois et n'ayant pas encore droit aux avantages de l'assurance-hospitalisation du Québec.

11- Autre

Pour l'utilisateur pour lequel l'assurance médicale est connue, mais ne peut être précisée parmi les choix d'assurance médicale existants.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	022	TRAUMATISME DURANT LE TRAVAIL

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique si l'événement traumatique est survenu durant le travail.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Durant le travail Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- La case doit être cochée pour indiquer que l'événement traumatique a eu lieu pendant le travail de l'utilisateur. b- Si la case traumatisme durant le travail est cochée, c'est l'option CSST de l'assurance médicale qui doit être sélectionnée. Toutefois, s'il s'agit d'un travailleur autonome, il est possible de modifier ce choix.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 021 « Assurance médicale ». Si la case « Traumatisme durant le travail » est cochée, c'est l'option CSST de l'assurance médicale qui devrait être choisie. Un message d'avertissement s'affiche.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	023	LIEU DU TRAUMATISME

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le lieu physique où s'est produit le traumatisme qui est à l'origine du séjour hospitalier.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Lieu Cette valeur est obligatoire. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ». Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Pour un accident de motoneige ou de ski, le lieu du traumatisme est « Lieu de sport et d'athlétisme » à moins d'avoir d'autres précisions sur le lieu du traumatisme. b- Pour les chutes sur le trottoir, le lieu du traumatisme est « Rue ou route ». c- Pour un accident de travail, le lieu physique de l'accident doit être inscrit. d- La prison est considérée comme un « Établissement collectif » et non comme une institution ou lieu d'administration publique. e- L'établissement collectif englobe les communautés religieuses et les résidences pour personnes âgées.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	1 ^{er} avril 2012 (Domaine de valeur)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	023	LIEU DU TRAUMATISME

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Les lieux du traumatisme proviennent de la classification CIM-10-CA. La CIM-10-CA est la version élargie de la CIM-10 élaborée par l'ICIS pour la classification de la morbidité au Canada.

0- Domicile

Le domicile se définit comme un lieu qui précise une résidence.

1- Établissement collectif

Un établissement collectif se définit comme un organisme public ou privé, établi pour répondre à un besoin d'hébergement. Un centre hospitalier d'hébergement, médicalisé ou non, visant à assurer la sécurité matérielle, affective et psychologique des personnes âgées pour une durée de séjour qui peut varier de quelques jours à quelques semaines peut également être considéré comme un établissement collectif.

2- École, autre institution et lieu d'administration publique

Cet ensemble peut être défini comme des installations où se déroulent des activités culturelles ou communautaires.

3- Lieu de sport et d'athlétisme

Le lieu de sport et d'athlétisme se définit par un lieu qui a pour objet ou qui a pour effet l'exercice physique et/ou le divertissement.

4- Rue ou route

La rue se définit par la voie de circulation destinée au trafic des véhicules. La rue est bordée de bâtiments de façon plus ou moins continue et a une vocation urbaine ou rurale.

5- Zone de commerce et de services

La zone de commerce et de services se définit par un ensemble des bâtiments, d'équipements et d'activités groupés sur un même emplacement et qui servent à l'exploitation d'un commerce ou de services commerciaux.

6- Zone industrielle et zone de chantier

Les zone industrielle et zone de chantier se définissent comme des zones où se réalisent l'ensemble des travaux effectués à pied d'œuvre comme dans l'industrie de la construction, l'exploitation forestière et la construction maritime.

7- Exploitation agricole

L'exploitation agricole se définit par un ensemble de bâtiments d'exploitation d'un domaine agricole.

8- Autre lieu du traumatisme précisé

Un autre lieu du traumatisme précisé se définit comme un endroit connu, mais qui ne peut être répertorié dans les valeurs citées précédemment.

9- Lieu du traumatisme, sans précision

Un lieu du traumatisme sans précision se définit par un manque d'informations concernant le lieu du traumatisme.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	024	CAUSE DU TRAUMATISME

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la cause du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Cause Cette valeur est obligatoire. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Exception pour le SIRTQ : Les accidents de train, de moto marine, de motoneige, de véhicule tout terrain (VTT) et de cyclomoteur (mobylette) sont considérés comme des véhicules à moteur. L'usager et le matériel de protection utilisés doivent être sélectionnés. b- Pour un usager qui chute d'un camion à l'arrêt, la cause du traumatisme est « Chute ». Cet usager est indemnisé par la SAAQ. c- Un « objet contondant » peut aussi être une personne. d- Si la cause du traumatisme est « Accident de véhicule à moteur », « Chute » ou « Objet contondant », un matériel de protection doit être saisi.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 021 « Assurance médicale ». Si la cause du traumatisme est « Accident de véhicule à moteur », le code SAAQ doit être sélectionné. Dans le cas contraire, un message d'information apparaît sans que la saisie ne soit bloquée. - Validation de correspondance hiérarchique à la saisie avec l'élément 025 « Code rôle usager véhicule » et l'élément 026 « Matériel de protection ». Si le choix est « Accident de véhicule à moteur », les champs « Code rôle usager véhicule » et « Matériel de protection » doivent être saisis. - Validation de correspondance hiérarchique à la saisie avec l'élément 025 « Code rôle usager véhicule » et l'élément 026 « Matériel de protection ». Si le choix est « Chute » ou « Objet contondant », seul le champ « Matériel de protection » doit être saisi.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'événement
Élément	024	CAUSE DU TRAUMATISME

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- Accident de véhicule à moteur

Un véhicule à moteur est un engin mû mécaniquement ou électriquement, ne circulant pas sur des rails et sur lequel toutes personnes peuvent être transportées sur une voie de passage. Tout engin tel que remorque, fourgon, traîneau, wagon, tiré par un véhicule à moteur est considéré comme faisant partie dudit véhicule. Sont compris : autobus, automobile [de tout genre], bicyclette à moteur [cyclomoteur] ou mobylette, camion, machine agricole ou industrielle, tracteur, véhicule tout terrain, etc.

2- Chute

La chute se définit comme l'action de tomber, d'être projeté d'une hauteur à une autre.

3- Arme à feu

Une arme à feu se définit comme un objet où la force explosive de la poudre est utilisée. Sont compris : fusil, pistolet, carabine.

4- Arme blanche

Une arme blanche est une arme de main dont l'action résulte de l'utilisation d'une partie de métal dans l'intention de se blesser soi-même ou de blesser un tiers (suicide ou homicide). Sont compris : couteau, poignard.

5- Objet contondant

Un objet contondant est un objet qui meurtrit par écrasement sans couper. Sont compris : bâton ou balle de base-ball, coup de poing. Un objet contondant peut aussi être une personne.

6- Objet coupant

Un objet coupant est un couteau, scie, ciseau, hache, excluant toute arme blanche.

7- Autre

Tout autre mécanisme non cité précédemment.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	025	CODE RÔLE USAGER VÉHICULE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la position de l'usager à l'intérieur, à l'extérieur ou sur le véhicule à moteur au moment du traumatisme. Il peut s'agir d'autres moyens de transport (traction animale, vélo, etc.).	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Rôle usager Cette valeur est obligatoire si présente au dossier au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Les accidents de train, de moto marine, de motoneige, de véhicule tout terrain (VTT) et de cyclomoteur (mobylette) sont considérés comme des véhicules à moteur. La personne blessée et le matériel de protection utilisés doivent être sélectionnés. b- Pour un accident de cyclomoteur (mobylette) ou de cyclomoteur, la valeur « Conducteur ou passager d'une motocyclette » doit être sélectionnée. c- Pour les chutes à vélo, de cheval, en ski, en planche à neige, en planche à roulettes ou de patins à roues alignées qui se produisent sans collision avec un véhicule à moteur, la personne blessée et le matériel de protection utilisés doivent être sélectionnés.	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'élément 024 « Cause du traumatisme ». Si la valeur « Accident de véhicule à moteur » est sélectionnée, le champ ne peut rester vide, une option doit être choisie.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	025	CODE RÔLE USAGER VÉHICULE

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- Conducteur d'un véhicule moteur autre qu'une motocyclette

Le conducteur d'un véhicule moteur est l'occupant de ce véhicule qui le manœuvre.

2- Passager d'un véhicule moteur autre qu'une motocyclette

Personne occupant un véhicule à moteur mais qui ne le manœuvre pas.

3- Conducteur d'une motocyclette

Le conducteur d'une motocyclette est l'occupant de ce véhicule qui le manœuvre.

4- Passager d'une motocyclette

Personne occupant une motocyclette mais qui ne la manœuvre pas.

5- Occupant d'un train

Personne occupant un train mais qui ne le manœuvre pas.

6- Personne sur un animal ou occupant un véhicule à traction animale

Personne montant sur un animal ou qui prend place dans un véhicule à traction animale.

7- Cycliste

Personne qui pratique le cyclisme, c'est-à-dire qui se déplace au moyen d'un vélo, que ce soit dans un but utilitaire ou sportif.

8- Piéton

Personne qui effectue ses déplacements à pied ou en fauteuil roulant, qui circule à pied ou en fauteuil roulant dans les rues.

9- Autre personne précisée

Autre personne connue mais dont l'identification est impossible parmi les choix précédents.

10- Personne non précisée

Personne inconnue.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	026	MATÉRIEL DE PROTECTION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le matériel de protection utilisé ou porté par l'utilisateur au moment du traumatisme.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Mat. protection Cette valeur est obligatoire si présente au dossier. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Les accidents de train, de moto marine, de motoneige, de véhicule tout terrain (VTT) et de cyclomoteur (mobylette) sont considérés comme des véhicules à moteur. L'utilisateur et le matériel de protection utilisés doivent être sélectionnés. b- Pour les usagers ayant subi un accident de cyclomoteur (mobylette) et qui porte un casque (même si non propice à l'utilisation), inscrire « Casque » comme matériel de protection utilisé. c- Pour les chutes à vélo, de cheval, en ski, en planche à neige, en planche à roulettes ou de patins à roues alignées qui se produisent sans collision avec un véhicule à moteur, l'utilisateur et le matériel de protection utilisés doivent être sélectionnés. d- Une information dans ce champ doit être saisie, si la cause du traumatisme est un « Accident de véhicule à moteur », soit une « Chute » ou une blessure par « Objet contondant ».
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 024 « Cause du traumatisme ». Si la valeur « Accident de véhicule à moteur » ou « Chute » ou « Objet contondant » est sélectionnée ce champ ne peut rester vide, une option doit être choisie.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	026	MATÉRIEL DE PROTECTION

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- Ceinture de sécurité

Ceinture qui combine la ceinture épaulière et la ceinture sous-abdominale et qui présente trois points d'ancrage : l'ancrage supérieur de l'épaulière, l'ancrage inférieur au plancher et l'ancrage côté boucle du siège.

2- Ballon gonflable

Dispositif de sécurité passif constitué de capteurs et d'une enveloppe souple qui, lors d'une collision, se gonfle instantanément en s'interposant entre l'occupant du véhicule, le volant, le tableau de bord ou le châssis.

3- Ceinture de sécurité et ballon gonflable

Dispositif de sécurité qui combine la ceinture de sécurité et le ballon gonflable.

4- Casque

Coiffure protectrice en matière rigide, à calotte hémisphérique, qui peut être retenue sous le menton par une jugulaire. Elle comporte souvent un rabat protégeant la nuque, les oreilles et le front.

5- Siège d'enfant

Siège de sécurité pour enfant qui peut être installé sur la banquette arrière aussi bien que sur le siège avant du véhicule automobile.

6- Siège d'enfant et ballon gonflable

Dispositif de sécurité qui combine le siège d'enfant et le ballon gonflable.

7- Autre

Autre matériel de protection connu mais qui ne peut être identifié parmi les choix cités précédemment.

8- Non précisé

Lorsque le matériel de protection est inconnu.

9- Aucun

Aucun matériel de protection n'est utilisé au moment du traumatisme.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	027	DATE DE CRÉATION

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle le numéro du traumatisme a été créé dans l'application locale.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Créé le Cette valeur est obligatoire. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de la création d'un numéro du traumatisme.		
❖ PRÉCISIONS			
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (date du jour). Validation inter-élément - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 003 « Numéro du traumatisme ». À chaque nouveau numéro du traumatisme, la date de création correspond à la date du jour de création du numéro.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION			
❖ DOMAINE DE VALEURS			

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	028	CODE IDENTIFIANT CRÉATION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 15
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le code identifiant l'utilisateur de l'installation fournisseur de données qui saisit des informations dans l'application locale.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Par Cette valeur est obligatoire. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran. Chaque utilisateur doit posséder son code d'utilisateur. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de la création d'un numéro du traumatisme.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette valeur est saisie à l'ouverture de l'application locale.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	029	DATE DE MODIFICATION

- ❖ **FORMAT**

Date
Longueur : 8
Gabarit (AAAA/MM/JJ)
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique la date à laquelle une modification a été apportée dans le dossier de traumatisme de l'application locale.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Modifié le

Cette valeur est obligatoire lors d'une modification.

Cette date est générée automatiquement par l'application locale lors de la création d'un numéro de traumatisme. Elle est modifiée automatiquement lors de l'ajout de modifications.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.
 - Validation de valeur automatique à la saisie (date du jour).

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 027 « Date de création » qui doit lui être égale ou inférieure.
 - Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec tous les éléments concernant un usager donné. À chaque modification d'information sur le traumatisme, le champ « Date de modification » prend la valeur de la date du jour.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	030	CODE IDENTIFIANT MODIFICATION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 15
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le code identifiant l'utilisateur de l'installation fournisseur de données qui modifie des informations dans l'application locale.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Par Cette valeur est obligatoire. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran. Chaque utilisateur doit posséder son code d'utilisateur. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de la création d'un numéro du traumatisme.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette valeur est saisie à l'ouverture de l'application locale.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'usager et l'évènement
Élément	031	STATUT DU DOSSIER

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le statut du dossier du dossier de traumatisme dans l'application locale.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Statut Cette valeur est obligatoire. Cette variable est unique et elle est visible sur chaque écran. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de la création d'un numéro de traumatisme. Elle est modifiée automatiquement selon les actions posées par l'utilisateur.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette valeur est inscrite automatiquement « En cours » à la création du dossier de traumatisme et modifié automatiquement selon les actions posées par l'utilisateur.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.1	Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement
Élément	031	STATUT DU DOSSIER

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

COU = En cours = Dossier dont l'utilisateur n'a pas terminé la saisie ou effectué des modifications au dossier de traumatisme.

ERR = En erreur = Dossier qui contient des erreurs de format ou de contenu suite aux validations effectuées.

VAL = Valide = Dossier dont les informations saisies sont considérées valides.

ANN = Annulé = Dossier qui a été annulé par un utilisateur.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	032	MODE DE TRANSPORT À LA PREMIÈRE INSTALLATION

- ❖ **FORMAT**

Numérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique le moyen de transport utilisé par l'utilisateur pour se rendre du lieu du traumatisme jusqu'à la première installation.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Mode transport

Cette valeur est obligatoire.

Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

a- Pour un moyen de transport non précisé, la valeur « Inconnu » doit être sélectionnée. Lorsque le moyen de transport est inconnu, ne pas choisir « Véhicule privé ».

b- Pour un usager "alerte" ou "ambulant" à son arrivée à l'hôpital, ne pas présumer qu'il est arrivé par véhicule privé ou à pied. La valeur « Inconnu » doit être sélectionnée si le mode de transport n'est pas précisé.

c- Une des valeurs doit être sélectionnée pour pouvoir continuer.

d- Le mode de transport Avion ou Hélicoptère a priorité sur le mode de transport Ambulance.

e- Si le mode de transport « Ambulance » est sélectionné, les champs qui détaillent ce mode de transport sont activés.
- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de présence automatique à la saisie.
 - Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation inter-élément

 - Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec toutes les variables concernant les données d'ambulance jusqu'à la première installation, soit : l'élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène », l'élément 034 « Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène », l'élément 035 « Date de départ de l'ambulance de la scène », l'élément 036 « Heure de départ de l'ambulance de la scène », l'élément 038 « Désincarcération », l'élément 039 « IPT », l'élément 037 « IHV », l'élément 043 « A.V.P.U sur la scène de l'accident », l'élément 040 « Fréquence respiratoire préhospitalière », l'élément 041 « Pouls préhospitalier », l'élément 042 « Tension artérielle systolique préhospitalière », l'élément 044 « Oxygène préhospitalier », l'élément 045 « Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier ». Ces données sont activées si le mode de transport « Ambulance » est sélectionné.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	032	MODE DE TRANSPORT À LA PREMIÈRE INSTALLATION

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- Ambulance

Véhicule spécialement conçu, équipé et doté du personnel nécessaire pour transporter les usagers vers une installation.

2- Avion

Appareil volant doté de moyens de sustentation, d'organes de commande et d'un système motopropulseur lui permettant de transporter des usagers par la voie aérienne vers une installation.

3- Hélicoptère

Appareil muni d'hélices dont la sustentation en vol est obtenue par la réaction de l'air sur un ou plusieurs rotors qui tournent, entraînés par un organe moteur, autour d'axes sensiblement verticaux lui permettant de transporter des usagers vers une installation.

4- Police

Organisation dont les membres ont pour fonction d'assurer le respect des lois, le maintien de l'ordre public et qui accompagne l'utilisateur vers une installation.

5- Pompiers

Organisation dont les membres ont pour fonction de prévenir ou d'éteindre les incendies. Munis d'équipements spécialisés, ils sont également interpellés pour dégager les usagers victimes de traumatismes et peuvent accompagner l'utilisateur vers une installation.

6- Véhicule privé

Véhicule à moteur servant au transport routier de personnes ou de marchandises. Il est utilisé pour le transport d'utilisateur vers une installation.

7- Transport adapté

Véhicule à moteur de type institutionnel servant au transport routier de personnes handicapées ou à mobilité réduite. Ce type de véhicule a comme point d'arrivée une installation.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	032	MODE DE TRANSPORT À LA PREMIÈRE INSTALLATION

8- À pied

L'usager se déplace de façon piétonnière vers une installation.

9- Autre

La méthode de transport est connue mais ne peut être précisée parmi les choix de méthode de transport existants.

10- Inconnu

Le mode de transport est inconnu.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	033	DATE D'ARRIVÉE DE L'AMBULANCE SUR LA SCÈNE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'arrivée de l'ambulance sur le lieu de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Arrivée sur la scène Cette valeur est obligatoire si l'usager est arrivé à la première installation par ambulance et si l'information est présente au dossier médical.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Si la date est absente, le champ peut demeurer vide. b- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-810 ou AS-811).		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie. (La date doit être inférieure ou égale à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information. Si l'ambulance est choisie, une date peut être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 011 « Date du traumatisme ». La date du traumatisme doit être inférieure ou égale à la date d'arrivée de l'ambulance sur la scène.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION			
❖ DOMAINE DE VALEURS			

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	034	HEURE D'ARRIVÉE DE L'AMBULANCE SUR LA SCÈNE

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure d'arrivée de l'ambulance sur le lieu de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Heure Cette valeur est obligatoire si l'usager est arrivé à la première installation par ambulance et si l'information est présente au dossier médical.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a - Si l'heure est absente, le champ peut demeurer vide. b- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-810 ou AS-811).		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple avec l'élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène ». Si une date est inscrite, une heure peut être saisie. - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information. Si l'ambulance est choisie, une heure peut être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 011 « Date du traumatisme », l'Élément 012 « Heure du traumatisme » et l'élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène ». Lorsque l'heure du traumatisme est présente, la date/heure du traumatisme doit être inférieure à la date/heure de l'arrivée de l'ambulance sur la scène (si présente).		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION			
❖ DOMAINE DE VALEURS			

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	035	DATE DE DÉPART DE L'AMBULANCE DE LA SCÈNE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date de départ de l'ambulance sur le lieu de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Départ de la scène Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance et si l'information est présente au dossier médical.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a - Si la date est absente le champ peut demeurer vide. b- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-810 ou AS-811).		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information. Si l'ambulance est choisie, une date peut être saisie. - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène » doit être inférieure ou égale à la date de départ de l'ambulance sur la scène.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION			
❖ DOMAINE DE VALEURS			

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	036	HEURE DE DÉPART DE L'AMBULANCE DE LA SCÈNE

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure de départ de l'ambulance sur le lieu de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Heure Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance et si l'information est présente au dossier médical. Cette valeur fut convertie.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a - Si l'heure est absente le champ peut demeurer vide. b- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-810 ou AS-811).		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 035 « Date de départ de l'ambulance sur la scène ». Si une date est inscrite, une heure peut être saisie. - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information. Si l'ambulance est choisie, une heure peut être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène », l'élément 034 « Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène » et l'Élément 035 « Date de départ de l'ambulance sur la scène ». La date/heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène (si présente) doit être inférieure à la date/heure de départ de la scène (si présente) et le délai entre les deux heures doit être inférieur à 2 heures. Si c'est le cas, un message d'avertissement est affiché et la saisie n'est pas bloquée.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	036	HEURE DE DÉPART DE L'AMBULANCE DE LA SCÈNE

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	037	IHV

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique s'il y a eu présence d'un impact à haute vitesse lors de l'accident de véhicule à moteur qui a causé le traumatisme. La valeur est telle que notée par les ambulanciers.
- ❖ **DESCRIPTION** Libellé d'écran : IHV
- Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance.
- Les critères d'un impact à haute vitesse sont les suivants au Québec :
- Éjection
 - Un passager décédé à la suite de l'impact
 - Incarcération de plus de 20 minutes
 - Chute supérieure à 20 pieds (6,1 mètres) ou 3 fois la hauteur de l'utilisateur (critère du PHTLS)
 - Impact à plus de 65 Km/h
 - Déformation du véhicule > 20 pouces (50,8 centimètres)
 - Intrusion dans l'habitacle (compartiment des passagers) > 20 pouces (50,8 centimètres)
 - Piéton/cycliste heurté à plus de 8 km/h
 - Piéton/cycliste projeté ou écrasé/roulé par un véhicule
 - Accident de moto à plus de 32 km/h avec ou sans séparation du motocycliste de la moto.
- Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
- a- Sélectionner « Inconnu » dans le cas où l'information est absente au formulaire mais l'événement traumatique répond aux critères d'un impact à haute vitesse (AS-803).
- b- Sélectionner « Non » dans le cas où l'information n'est pas présente au formulaire et que l'événement traumatique ne répond pas aux critères d'un impact à haute vitesse (AS-803).
- c- La cause du traumatisme doit être chute ou d'accident de véhicule à moteur, afin de sélectionner Oui.
- d- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).
- ❖ **VALIDATION** **Validation sur l'élément**
- Validation de valeur automatique à la saisie.
- Validations inter-élément**
- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 024 « Cause du traumatisme ». Si la cause du traumatisme est

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	037	IHV

différente de chute ou d'accident de véhicule à moteur, la réponse à l'IHV ne peut être oui.

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport ambulance doit être sélectionné pour choisir une valeur d'IHV. Si l'ambulance est choisie, une des valeurs doit être sélectionnée.

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

O = Oui

N = Non (Ne s'applique pas selon les critères et n'est pas coché sur le formulaire)

I = Inconnu (S'applique selon les critères et n'est pas coché sur le formulaire).

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	038	DÉSINCARCÉRATION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique si l'utilisateur a dû être extrait d'un véhicule accidenté.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Désincarcération Cette valeur est obligatoire si présente au dossier et si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher. Si la case est cochée, il y a eu désincarcération.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a. Il faut que la valeur « Accident de véhicule à moteur » soit sélectionnée dans la section cause du traumatisme afin de permettre de cocher la désincarcération. b- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).
❖ VALIDATION	Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 024 « Cause du traumatisme ». Il faut que la valeur « Accident de véhicule à moteur » soit sélectionnée. - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	039	IPT

❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 2

❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la valeur de l'indice préhospitalier traumatique (IPT). L'IPT est une adaptation du PHI (Prehospital Index) permettant de trier parmi l'ensemble des blessés ceux qui doivent accéder à une installation désignée en traumatologie.

❖ **DESCRIPTION** Libellé d'écran : IPT

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier et si l'usager est arrivé à la première installation par ambulance.

L'indice préhospitalier traumatique (IPT) est un nombre compris entre 0 et 24, 0 représentant un usager très légèrement blessé et 24 représentant un usager très sérieusement blessé, voire même décédé. Il figure sur le rapport ambulancier (AS-803). Les valeurs qui le définissent sont les suivantes :

État de conscience

Alerte	0 point
Stimuli verbal	3 points
Stimuli douleur	5 points
Aucune réaction	5 points

Respiration

Normale	0 point
Difficile/superficielle	3 points
Respiration inférieure à 8 ou intubation	5 points

Pouls

Plus de 120	3 points
51 à 120	0 point
50 et moins	5 points

Tension artérielle systolique

Plus de 100	0 point
86 à 100	1 point
75 à 85	2 points
Moins de 75 ou absence de pouls radial ou carotidien	5 points

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	039	IPT

Lésion pénétrante

Aucune	0 point
Au niveau du thorax, abdomen, dos, cou ou tête	4 points

Total de l'indice préhospitalier : 0 à 24

Classification :	0 – 3 = Mineur
	4 – 24 = Majeur

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Le chiffre 0 est une valeur en soi et doit être saisi.

b- Si aucun indice préhospitalier traumatique n'est inscrit, il faut laisser le champ libre. Il n'est pas permis d'effectuer un calcul manuel avec les données inscrites sur le rapport des ambulanciers.

c- Le Pediatric Trauma Score (PTS) ne doit pas être inscrit dans le champ IPT.

d- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).

❖ VALIDATION

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 24).

Validation inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour saisir une valeur d'IPT.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ ÉLÉMENT TRANSMIS

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ ENTRÉE EN VIGUEUR

1er avril 2010.

❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION

❖ DOMAINE DE VALEURS

- Valeur entre 0 et 24.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	040	FRÉQUENCE RESPIRATOIRE PRÉHOSPITALIÈRE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nombre de cycles respiratoires par minute tel que noté par les ambulanciers.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Fréquence respiratoire Cette valeur est obligatoire si présente au dossier et si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance. La valeur normale pour un adulte se situe entre 12 et 20, mais peut aller de 0 à 40. Pour un nouveau-né, cette valeur normale se situe entre 30 et 40, mais peut aller de 0 à 60.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- La première série de signes vitaux complètes doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète. c- La respiration peut être prise de façon spontanée ou être assistée mécaniquement. d- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 100). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	040	FRÉQUENCE RESPIRATOIRE PRÉHOSPITALIÈRE

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur entre 0 et 100.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	041	POULS PRÉHOSPITALIER
❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nombre de battements par minute tel que noté par les ambulanciers.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Pouls Cette valeur est obligatoire si présente au dossier et si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance. Il s'agit de la valeur numérique des battements rythmés perçus à la palpation d'une artère superficielle, déterminée par le passage de l'ondée systolique. Un usager qui présente un pouls constant sans aucune variation du rythme, est considéré régulier. La valeur normale d'un pouls, pour un adulte, varie entre 60 et 100. La valeur du pouls est un nombre qui peut être compris entre 0 et 250.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Si la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- La première série de signes vitaux complète doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète. c- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 250). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	041	POULS PRÉHOSPITALIER

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**
Valeur entre 0 et 250.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	042	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la systole, c'est-à-dire au moment de la contraction cardiaque telle que notée par les ambulanciers.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : TAS Cette valeur est obligatoire si présente au dossier et si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance. La valeur normale pour un adulte se situe entre 100 et 120.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- La première série de signes vitaux complète doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète. c- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 300). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour pouvoir saisir l'information.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	042	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur entre 0 et 300.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	043	A.V.P.U SUR LA SCÈNE DE L'ACCIDENT

❖	FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 1								
❖	DÉFINITION	Ce champ indique l'état de conscience de l'utilisateur sur la scène de l'accident tel que noté par les ambulanciers.									
❖	DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : AVPU Cette valeur est obligatoire si présente au dossier et si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance. Ce champ peut prendre une des 4 valeurs en fonction de l'état de conscience de l'utilisateur. À chacune des 4 valeurs est affecté un nombre de points : <table><tr><td>Alerte</td><td>0 point</td></tr><tr><td>Stimuli verbal</td><td>3 points</td></tr><tr><td>Stimuli à la douleur</td><td>5 points</td></tr><tr><td>Aucune réaction</td><td>5 points</td></tr></table> Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.		Alerte	0 point	Stimuli verbal	3 points	Stimuli à la douleur	5 points	Aucune réaction	5 points
Alerte	0 point										
Stimuli verbal	3 points										
Stimuli à la douleur	5 points										
Aucune réaction	5 points										
❖	PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- La première série de signes vitaux complète doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète. b- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).									
❖	VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Il faut que la valeur « Ambulance » soit sélectionnée pour pouvoir saisir une valeur. Si l'ambulance est choisie, une option peut être sélectionnée.									
❖	SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune									
❖	ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.									
❖	ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.									
❖	ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.									
❖	DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION										

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	043	A.V.P.U SUR LA SCÈNE DE L'ACCIDENT

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

A= Alerte

État qui se caractérise par l'éveil et l'autonomie de l'utilisateur qui lui permet de tenir un discours cohérent et logique avec son environnement.

V= Stimulation verbale

Indique une réponse ou non suite à un stimulus à la parole.

P= Stimulation douleur

Indique une réponse ou non suite à un stimulus par pression, par pincement, par piqûre, etc.

U= Pas de réaction

Indique l'absence de réponse aux stimuli.

Champ vide

Information non disponible

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	044	OXYGÈNE PRÉHOSPITALIER

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'utilisation en préhospitalier d'un gaz incolore et inodore, l'oxygène (O ₂).
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Oxygène Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Il s'agit d'oxygène administré par les ambulanciers sur le lieu du traumatisme ou durant le transport ambulancier vers une installation. b- Sélectionner la valeur « Inconnu » dans le cas où l'information est absente du dossier médical. c- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803). d- La première série de signes vitaux complète doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Si le mode de transport est « Ambulance », une des options de ce champ doit être sélectionnée.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	044	OXYGÈNE PRÉHOSPITALIER

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

P = Présence

Présence d'oxygène.

A = Absence

Absence d'oxygène.

I = Inconnu

Information non connue.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	045	POURCENTAGE DE SATURATION EN OXYGÈNE AU PRÉHOSPITALIER

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3,2
❖ DÉFINITION	Ce champ exprime, en pourcentage, le rapport entre la quantité d'oxygène contenu dans le sang et la capacité en oxygène de ce dernier.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : % sat Cette valeur est obligatoire si présente au dossier et si l'utilisateur est arrivé à la première installation par ambulance. Dans le sang artériel au sortir du circuit pulmonaire, l'hémoglobine n'est jamais entièrement oxygénée, même chez le sujet normal. Le contenu de ce sang en oxygène correspond à une saturation oxygénée artérielle de 95 % (en moyenne 94 à 97 %).	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- La première série de signes vitaux complète doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète. c- Cette information est notée sur le formulaire des ambulanciers (AS-803).	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 100). Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 032 « Mode de transport à la première installation ». Le mode de transport « Ambulance » doit être sélectionné pour saisir une valeur de pourcentage.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	045	POURCENTAGE DE SATURATION EN OXYGÈNE AU PRÉHOSPITALIER

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur entre 0 et 100%.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	046	CODE DE LA PREMIÈRE INSTALLATION

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 8
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les premiers soins après le traumatisme ont été donnés à l'utilisateur. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Code Cette valeur est obligatoire. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ. La première installation est celle qui accueille l'utilisateur après l'évènement traumatique.	
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie et au central.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	046	CODE DE LA PREMIÈRE INSTALLATION

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS. De plus, certaines valeurs ont été ajoutées pour les cas de transfert vers ou depuis un établissement hors Québec. Ces valeurs sont issues du cadre normatif MED-ÉCHO.

07900079	Terre-Neuve Labrador
07901077	Nouvelle-Ecosse
07902075	Ile-du-Prince-Edouard
07903073	Nouveau-Brunswick
07904071	Ontario
07905078	Manitoba
07906076	Alberta
07907074	Saskatchewan
07908072	Colombie-Britannique
07909070	Territoires Du Nord-Ouest
07910078	Yukon
07911076	Nunavut
07911092	États-Unis
07912090	Le Reste du monde

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	047	NOM DE LA PREMIÈRE INSTALLATION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 55
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où les soins ont été ou sont donnés à l'usager.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Nom Cette valeur est obligatoire. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de l'inscription du code d'installation. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette variable ne peut être modifiée manuellement.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation inter-élément - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'élément 046 « Code de la première installation ». En présence d'un code d'installation, le nom est généré automatiquement.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	
- Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	048	DATE D'ARRIVÉE À LA PREMIÈRE INSTALLATION

❖ FORMAT	Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur arrive à la première installation avant même d'avoir été inscrit ou admis.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Arrivée Cette valeur est obligatoire. La date d'arrivée correspond à la première date à laquelle l'utilisateur traverse les murs de l'installation.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Pour un usager qui arrive par ambulance : inscrire la date d'arrivée, si elle est inscrite. Celle-ci est notée sur les formulaires des ambulanciers (AS-810 ou AS-811) à la case "Arrivée à destination". b- Pour un usager qui arrive par un autre moyen de transport: inscrire la date notée sur le formulaire d'urgence (AH-280). <u>Note</u> : s'il y a discordance entre les dates, sélectionner celle la plus près du traumatisme. c- Si la date est manquante, saisir celle du traumatisme.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validation inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 011 « Date du traumatisme ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date du traumatisme doit être inférieure ou égale à la date de l'arrivée la première installation. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 035 « Date de départ de l'ambulance de la scène ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date de départ de l'ambulance de la scène doit être inférieure ou égale à la date d'arrivée à la première installation. Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date d'arrivée de l'ambulance sur la scène doit être inférieure ou égale à la date d'arrivée à la première installation.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	048	DATE D'ARRIVÉE À LA PREMIÈRE INSTALLATION

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1^{er} avril 2012 (Validation)
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	049	HEURE D'ARRIVÉE À LA PREMIÈRE INSTALLATION

- ❖ **FORMAT**

Heure
Longueur : 4
Gabarit (HH/MM)

- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur arrive à l'installation avant même d'avoir été inscrit ou admis.

- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Heure

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier.

L'heure d'arrivée correspond à la première heure à laquelle l'utilisateur traverse les murs de l'installation.

- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

a- Pour un usager qui arrive par ambulance : inscrire l'heure d'arrivée, si elle est inscrite. Celle-ci est notée sur les formulaires des ambulanciers (AS-810 ou AS-811) à la case "arrivée à destination".

b- Pour un usager qui arrive par un autre moyen de transport : inscrire l'heure notée sur le formulaire d'urgence (AH-280).

note : s'il y a discordance entre les heures, sélectionner celle la plus près du traumatisme.

- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 048 « Date d'arrivée à la première installation ». Si une date est inscrite, une heure peut être saisie.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 011 « Date du traumatisme », l'Élément 012 « Heure du traumatisme » et l'élément 048 « Date d'arrivée à la première installation ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date/heure du traumatisme doit être inférieure à la date/heure de l'arrivée à la première installation. La validation est effectuée lorsque l'heure du traumatisme est inscrite.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 035 « Date de départ de l'ambulance de la scène », l'Élément 036 « Heure de départ de l'ambulance de la scène », et l'Élément 048 « Date d'arrivée à la première installation ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure de départ de l'ambulance de la scène (si présente) doit être inférieure à la date/heure d'arrivée à la première installation (si présente).

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	049	HEURE D'ARRIVÉE À LA PREMIÈRE INSTALLATION

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène », l'Élément 034 « Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène » et l'Élément 048 « Date d'arrivée à la première installation ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène (si présente) doit être inférieure à la date/heure d'arrivée à la première installation (si présente).

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1 ^{er} avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	1 ^{er} avril 2012 (Validation)
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.2	Services préhospitaliers
Élément	050	NUMÉRO DU DOSSIER MÉDICAL À LA PREMIÈRE INSTALLATION

❖ FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 14
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le numéro de dossier médical de l'utilisateur à la première installation. Ce numéro est unique pour chaque installation. Celui-ci est non descriptif, unique et permanent attribué par l'installation et il permet de colliger toutes les informations sur les soins dispensés à un usager.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : No. Doss. Méd. Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.	
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Si le numéro n'est pas connu et ne peut être retrouvé, laisser le champ vide.	
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		
❖ DOMAINE DE VALEURS		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	051	NUMÉRO DE SÉQUENCE DE L'URGENCE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le niveau d'hierarchisation de l'urgence de l'installation qui accueille l'utilisateur. Il permet de discriminer les différentes entrées.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : # Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée. La première installation est celle qui accueille l'utilisateur après l'évènement traumatique. Les installations subséquentes visitées par l'utilisateur, correspondent aux transferts des utilisateurs. Elles sont inscrites dans l'ordre de visite de chaque installation par l'utilisateur. Le numéro de séquence est incrémenté automatiquement à chaque inscription d'un mode de transport à l'urgence et redémarre à 1 à chaque nouveau numéro du traumatisme.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- La clientèle référée est inscrite au même titre que la clientèle transférée. La clientèle référée et transférée se définit comme suit : Transféré : utilisateur qui arrive en ambulance en provenance d'une autre installation. Référé : utilisateur qui arrive avec un moyen de transport autre que l'ambulance en provenance d'une autre installation. b- Considérer une séquence d'urgence lorsque l'utilisateur provient d'une installation ayant un type 19 (Service d'urgence) ou une installation désignée de stabilisation ayant un type 17 (CLSC) telle que définie dans la liste des installations désignées de stabilisation de l'annexe 13. Autrement, inscrire le code d'installation identifié uniquement comme première installation visitée. c- Un utilisateur provenant d'un cabinet du médecin ou d'un CHSLD, est considéré comme un domicile. d- Un utilisateur est considéré référé dès qu'un médecin le réfère à une installation plus spécialisée, et ce, même si l'utilisateur décide de ne pas consulter la journée même.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	051	NUMÉRO DE SÉQUENCE DE L'URGENCE

e- Inscrire toutes les séquences d'urgences consécutives qui conduisent à l'admission de l'installation fournisseur de données. Toutefois, il ne doit pas y avoir de congé (domicile sans référence) entre les séquences d'urgence et l'admission afin de pouvoir saisir ces séquences.

f- Si l'utilisateur a été admis à l'installation de provenance, aucune séquence d'urgence de cette installation ne doit être complétée.

g- Un usager victime d'un événement traumatique intrahospitalier dans une autre installation qui est transféré dans votre installation est inclus au SIRTQ des traumatismes.

h- Lorsqu'il est impossible d'identifier l'installation de provenance d'un usager, ce dernier doit être contacté afin d'identifier l'installation. Toutefois, il est préférable de sensibiliser les gestionnaires, le personnel infirmier et médical de l'importance de cette information.

i- Suite à une fusion de deux pavillons d'une installation, considérer ceux-ci distincts lors d'un transfert d'un usager.

j- Les informations à l'urgence doivent être saisies lorsque l'utilisateur est vu par un urgentologue. Le simple fait d'occuper un lit à l'urgence n'est pas considéré comme un séjour à l'urgence.

❖ VALIDATION

Validation inter-élément

- Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'Élément 053 « Type de provenance à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, un numéro de séquence s'inscrit et s'incrémente lorsqu'un type de provenance est saisi.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ ÉLÉMENT TRANSMIS

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ ENTRÉE EN VIGUEUR

1er avril 2010.

❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION

❖ DOMAINE DE VALEURS

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	052	MODE DE TRANSPORT À L'URGENCE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le moyen de transport utilisé par l'utilisateur pour se rendre à l'urgence de l'installation où l'utilisateur a reçu des soins.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Mode transp. Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Pour un moyen de transport non précisé, la valeur « Inconnu » doit être sélectionnée. b- Le mode de transport Avion ou Hélicoptère a priorité sur le mode de transport Ambulance.	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Pour un numéro du traumatisme donné, s'il y a un code d'installation noté, un mode de transport doit être saisi et vice et versa, s'il n'y a pas de code d'installation, il ne peut y avoir de mode de transport à l'urgence.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		
❖ DOMAINE DE VALEURS	1- Ambulance Véhicule spécialement conçu, équipé et doté du personnel nécessaire pour transporter les usagers vers une installation.	

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	052	MODE DE TRANSPORT À L'URGENCE

2- Avion

Appareil volant doté de moyens de sustentation, d'organes de commande et d'un système motopropulseur lui permettant de transporter des usagers par la voie aérienne vers une installation.

3- Hélicoptère

Appareil muni d'hélices dont la sustentation en vol est obtenue par la réaction de l'air sur un ou plusieurs rotors qui tournent, entraînés par un organe moteur, autour d'axes sensiblement verticaux lui permettant de transporter des usagers vers une installation.

4- Police

Organisation dont les membres ont pour fonction d'assurer le respect des lois, le maintien de l'ordre public et qui accompagne l'utilisateur vers une installation.

5- Pompiers

Organisation dont les membres ont pour fonction de prévenir ou d'éteindre les incendies. Munis d'équipements spécialisés, ils sont également interpellés pour dégager des victimes de traumatismes et peuvent accompagner l'utilisateur vers une installation.

6- Véhicule privé

Véhicule à moteur servant au transport routier de personnes ou de marchandises. Il est utilisé pour le transport d'utilisateurs vers une installation.

7- Transport adapté

Véhicule à moteur de type institutionnel servant au transport routier de personnes handicapées ou à mobilité réduite. Ce type de véhicule a comme point d'arrivée une installation.

8- À pied

L'utilisateur se déplace de façon piétonnière vers une installation.

9- Autre

La méthode de transport est connue, mais ne peut être précisée parmi les choix de méthode de transport existants.

10- Inconnu

Le mode de transport est inconnu.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	053	TYPE DE PROVENANCE À L'URGENCE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le type de provenance de l'usager lors de son arrivée au service d'urgence de l'installation.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Type Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Un type de provenance doit être sélectionné pour pouvoir continuer. b- Le type de provenance 00 – Accident est à sélectionner lorsque l'usager <u>provient directement du lieu</u> où s'est produit l'évènement traumatique. Il peut être saisi seulement pour la première séquence d'urgence. c- Le choix du type de provenance à l'urgence, 01-17-18 ou 19 implique la saisie d'un code d'installation de provenance à l'urgence. d- Le choix du type de provenance à l'urgence 00 et 21 n'implique pas la saisie d'un code d'installation de provenance à l'urgence. e- Si le type de provenance est 19 le code d'installation de provenance correspond au code d'installation fréquentée de la séquence d'urgence précédente. f- Le type de provenance 21- « Domicile », est utilisé pour préciser les usagers qui ont un évènement traumatique dans un lieu X, qui retournent à la maison et qui consultent par la suite. g- Utiliser « 21- Domicile » si le type de provenance est inconnu. h- Le type de provenance 01 est possible seulement pour la première séquence d'urgence. i- Le type de provenance 19 n'est pas possible à la première séquence d'urgence. j- Un usager provenant d'un cabinet du médecin ou d'un CHSLD, est considéré comme un domicile.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	053	TYPE DE PROVENANCE

❖ VALIDATION

Validations sur l'élément

- Validation de présence automatique à la saisie.
- Validation de valeur automatique à la saisie.

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 054 « Code d'installation de provenance à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type de provenance à l'urgence est 01, 17, 18 ou 19, un code d'installation de provenance à l'urgence doit être saisi et le champ doit être activé.
- Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 054 « Code d'installation de provenance à l'urgence ». Si le type de provenance est 00 ou 21, le code d'installation de provenance à l'urgence est absent et le champ doit être désactivé.
- Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, un numéro de séquence s'inscrit et s'incrémente lorsqu'un type de provenance est saisi.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 054 « Code d'installation de provenance à l'urgence » et l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Si le type de provenance à l'urgence est 19, le code d'installation de provenance à l'urgence correspond au code de l'installation fréquentée de la séquence d'urgence précédente.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 054 « Code d'installation de provenance à l'urgence » et l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Si le type de provenance à l'urgence est 17, le code d'installation de provenance à l'urgence correspond au code de l'installation fréquentée de la séquence d'urgence précédente, si ce dernier est un centre de stabilisation.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Le type de provenance à l'urgence « Accident » est possible seulement pour la première séquence d'urgence.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Le type de provenance à l'urgence « 01- Admis : Centre hospitalier de courte durée » est possible seulement pour la première séquence d'urgence.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Le type de provenance à l'urgence « 19- Service d'urgence » n'est pas possible à la première séquence d'urgence.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	053	TYPE DE PROVENANCE À L'URGENCE

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1er avril 2013 (Définition domaine de valeurs)

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

***Les types de provenance proviennent de MED-ÉCHO.**

00- Accident

L'utilisateur provient directement du lieu où s'est produit l'événement traumatique.

01- Admis : Centre hospitalier de courte durée*

L'utilisateur provient d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée où il a été admis.

17- CLSC*

L'utilisateur provient d'une installation avec une mission de centre local de services communautaires (CLSC).

18- Clinique externe*

L'utilisateur provient d'un service hospitalier d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée qui pourvoit au diagnostic et au traitement des usagers sans hospitalisation et aux soins des blessés légers non admissibles aux urgences.

19- Service d'urgence*

L'utilisateur provient d'un service ou unité d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée où sont accueillis, nuit et jour, les usagers externes dont l'état nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate.

21- Domicile*

L'utilisateur provient de son lieu de résidence ou d'un lieu inconnu.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	054	CODE D'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'URGENCE

- ❖ **FORMAT**

Numérique Longueur : 8
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'usager à l'arrivée au service d'urgence à l'installation où il a reçu des soins. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Code

Cette valeur est obligatoire si l'usager provient de la même ou d'une autre installation.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- Le type de provenances 01, 17, 18 et 19 implique la saisie d'un code d'installation.
 - b- Le choix du type de provenance à l'urgence 00 et 21 n'implique pas la saisie d'un code d'installation de provenance à l'urgence.
 - c- Les informations à l'urgence des installations de stabilisation qui ont un type de provenance 17 (CLSC) doivent être saisies.
 - d- Si l'usager provient d'une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.
- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.
 - Validation de valeur automatique à la saisie et au central.

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 053 « Type de provenance à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type de provenance est 01, 17, 18 et 19, le code d'installation de provenance à l'urgence est obligatoire à saisir.
 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 053 « Type de provenance à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type de provenance est 00 ou 21, le code d'installation de provenance à l'urgence est absent.
 - Validation de correspondance hiérarchique à la saisie avec l'Élément 053 « Type de provenance à l'urgence » et l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Si le type de provenance à l'urgence est 17 et que le code d'installation correspondant à une installation de stabilisation, une séquence d'urgence de cette installation doit être saisie.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	054	CODE D'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'URGENCE

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1^{er} avril 2014 (consigne à la saisie).
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS.

De plus, certaines valeurs ont été ajoutées pour les cas de transfert vers ou depuis un établissement hors Québec. Ces valeurs sont issues du cadre normatif MED-ÉCHO.

07900079	Terre-Neuve Labrador
07901077	Nouvelle-Ecosse
07902075	Ile-du-Prince-Edouard
07903073	Nouveau-Brunswick
07904071	Ontario
07905078	Manitoba
07906076	Alberta
07907074	Saskatchewan
07908072	Colombie-Britannique
07909070	Territoires du Nord-Ouest
07910078	Yukon
07911076	Nunavut
07911092	États-Unis
07912090	Le Reste du monde

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	055	NOM D'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'URGENCE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 55
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'usager à son arrivée au service d'urgence de l'installation où il a reçu des soins.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Nom Cette valeur est obligatoire si l'usager provient de la même ou d'une autre installation. Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code et ne peut être modifiée manuellement. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette variable ne peut être modifiée manuellement.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation inter-élément - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 054 « Code de l'installation de provenance à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, le nom est généré automatiquement en fonction du code de l'installation de provenance.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	- Valeur du fichier des établissements de la RAMQ.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	056	CODE DE L'INSTALLATION FRÉQUENTÉE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 8
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins à l'urgence ont été donnés à l'utilisateur. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.	
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Code Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Si l'utilisateur n'a pas été admis directement et s'il n'y a pas eu de congé entre l'arrivée à la première installation (suivant l'évènement traumatique) et l'arrivée à l'installation qui a mené à l'admission, le code d'installation fréquentée est celui de la première installation visitée après l'évènement traumatique. b-Inscrire toutes les séquences d'urgences consécutives qui conduisent à l'admission de l'installation fournisseur de données. Toutefois, il ne doit pas y avoir de congé (domicile sans référence) entre les séquences d'urgence et l'admission afin de pouvoir saisir ces séquences. c- Si l'utilisateur a été admis directement, aucun renseignement de l'urgence de l'installation fournisseur de données ne peut être saisi. d- Si l'utilisateur a été admis à l'installation de provenance, aucune séquence d'urgence de cette installation ne doit être complétée. Donc, seulement l'admission à l'installation du fournisseur de données doit être saisie e- Pour toutes les installations fréquentées à l'urgence, saisir tous les renseignements associés.	
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie et au central.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	056	CODE DE L'INSTALLATION FRÉQUENTÉE

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS.

De plus, certaines valeurs ont été ajoutées pour les cas de transfert vers ou depuis un établissement hors Québec. Ces valeurs sont issues du cadre normatif MED-ÉCHO.

07900079	Terre-Neuve Labrador
07901077	Nouvelle-Ecosse
07902075	Ile-du-Prince-Edouard
07903073	Nouveau-Brunswick
07904071	Ontario
07905078	Manitoba
07906076	Alberta
07907074	Saskatchewan
07908072	Colombie-Britannique
07909070	Territoires du Nord-Ouest
07910078	Yukon
07911076	Nunavut
07911092	États-Unis
07912090	Le Reste du monde

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	057	NOM DE L'INSTALLATION FRÉQUENTÉE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 55
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où les soins à l'urgence ont été prodigués à l'utilisateur.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Nom Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de l'inscription du code de l'installation. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette variable ne peut être modifiée manuellement.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation inter-élément - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Pour un numéro du traumatisme donné, le nom de l'installation s'affiche automatiquement en fonction du numéro de l'installation fréquentée.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	- Valeur du fichier des établissements de la RAMQ.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	058	DATE D'ARRIVÉE À L'URGENCE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Arrivée Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lors de l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence, la date d'arrivée est indiquée par l'infirmière ou le médecin. La première valeur indiquée est retenue. b- Les informations à l'urgence doivent être saisies lorsque l'utilisateur est vu par un urgentologue. Le simple fait d'occuper un lit à l'urgence n'est pas considéré comme un séjour à l'urgence. c- Dans le cas où plusieurs dates d'arrivée à l'urgence sont relatées, saisir la plus ancienne. d- Une date doit être inscrite pour pouvoir poursuivre la saisie.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». S'il y a un code d'installation noté, une date doit être entrée (pour un numéro du traumatisme donné) et vice et versa s'il n'y a pas de code d'installation, il ne peut y avoir de date d'arrivée à l'urgence. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence » (prendre la première séquence entrée), l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée » et l'élément 048 « Date d'arrivée à la première installation ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date d'arrivée à la première séquence d'urgence doit être supérieure ou égale à la date d'arrivée à la première installation.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	058	DATE D'ARRIVÉE À L'URGENCE

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	059	HEURE D'ARRIVÉE À L'URGENCE

- ❖ **FORMAT**

Heure
Longueur : 4
Gabarit (HH/MM)
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique l'heure d'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Heure

Cette valeur est obligatoire si une urgence de l'installation fournisseur de données a été visitée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- Lors de l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence. L'heure d'arrivée est indiquée par l'infirmière ou le médecin. La première valeur indiquée est retenue.
 - b- Dans le cas où plusieurs heures d'arrivée à l'urgence sont relatées, saisir la plus ancienne.
 - c- Une heure doit être inscrite pour pouvoir continuer la saisie et ce pour la séquence d'urgence du fournisseur de données seulement.
- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence » et Élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Si le code de l'installation fréquentée correspond au fournisseur de données, s'il y a une date d'arrivée à l'urgence inscrite, une heure doit être saisie (pour un numéro du traumatisme donné) et vice et versa, s'il n'y a pas de date d'arrivée à l'urgence, il ne peut y avoir d'heure d'arrivée à l'urgence.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence », l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée », l'élément 048 « Date d'arrivée à la première installation », l'élément 049 « Heure d'arrivée à la première installation » et l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date/heure d'arrivée à la première séquence d'urgence (lorsque présente) doit être supérieure ou égale à la date/heure de l'arrivée à la première installation.

Validation inter-enregistrement

 - Validation de caractéristiques communes à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence » et l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence ». Si le numéro de séquence est différent de 1, la date/heure précédente doit être inférieure à celle entrée pour un numéro de séquence donné.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	059	HEURE D'ARRIVÉE À L'URGENCE

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	060	STATUT À L'ARRIVÉE À L'URGENCE

- ❖ **FORMAT**

Numérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique le statut de l'utilisateur au moment de l'arrivée au service d'urgence.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Statut

Cette valeur est obligatoire si l'urgence a été visitée.

Cette valeur permet de savoir si l'utilisateur est décédé ou vivant à l'arrivée au service d'urgence.

Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

a- Cocher vivant ou décédé pour pouvoir continuer.

b- Si l'installation n'est pas le fournisseur de données, la variable sélectionnée doit être « Vivant ».

c- Si l'utilisateur arrive décédé à l'urgence, aucune information clinique en lien avec le séjour à l'urgence ne peut être saisie sauf pour les signes vitaux.
- ❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie.

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Pour un numéro du traumatisme donné, la variable statut à l'arrivée à l'urgence est obligatoire.

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Si l'utilisateur est décédé à l'arrivée à l'urgence l'option « 30 - Décédé » du type de destination au départ de l'urgence doit être saisie.

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée » et avec l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Le type de destination « 30 - Décédé » peut être associé seulement avec l'installation fréquentée fournisseur de données.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	060	STATUT À L'ARRIVÉE À L'URGENCE

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1= Décédé

Un usager qui arrive en l'absence de signes vitaux, et ce, même s'il y a présence de manœuvre de réanimation.

2= Vivant

Un usager qui arrive avec la présence de signes vitaux différents de zéro.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	061	DATE DE DÉPART DE L'URGENCE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date de départ de l'utilisateur du service d'urgence.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Départ Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée. Elle précède l'hospitalisation, le transfert vers une autre destination ou le décès de l'utilisateur.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a - Dans le cas où il y a don d'organes, la date de départ de l'urgence à considérer est la date du décès.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Pour un numéro du traumatisme donné, s'il y a un code d'installation fréquentée, la date de départ doit être saisie et vice et versa, s'il n'y a pas de code d'installation, il ne peut y avoir de date de départ inscrite. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence », l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, pour chaque numéro de séquence, le délai entre la date d'arrivée à l'urgence et la date de départ de l'urgence de l'installation ne doit pas dépasser 30 jours. Si c'est le cas, un message d'avertissement est affiché et la saisie n'est pas bloquée.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION			

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	061	DATE DE DÉPART DE L'URGENCE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	062	HEURE DE DÉPART DE L'URGENCE

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure de départ de l'usager du service d'urgence.		
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Heure Cette valeur est obligatoire si une urgence de l'installation fréquentée a été visitée. Elle précède l'hospitalisation, le transfert vers une autre destination ou le décès de l'usager.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Compte tenu que l'heure de départ à l'urgence est souvent absente dans les dossiers médicaux et qu'elle est importante pour calculer le séjour à l'urgence, la procédure suivante a été adoptée : soustraire quinze minutes à l'heure de l'admission de la spécialité. b- Dans le cas, où l'usager quitte l'urgence pour une imagerie médicale du type suivant : Artériographie/Angiographie, inscrire l'heure réelle du départ de l'urgence. Si l'heure est absente, soustraire 15 minutes de l'heure de réalisation de l'Artériographie/Angiographie. c- Pour les dons d'organes, l'heure de départ de l'urgence à considérer est l'heure du décès.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 061 « Date de départ de l'urgence » et Élément 056 « Code de l'installation fréquentée. Si le code de l'installation fréquentée correspond au fournisseur de données, s'il y a une date de départ, l'heure doit être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence », l'élément 059 « Heure d'arrivée à l'urgence » et l'élément 061 « Date de départ de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date/heure d'arrivée à l'urgence doit être inférieure ou égale à la date/heure de départ de l'urgence.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	062	HEURE DE DÉPART DE L'URGENCE

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1^{er} avril 2014 (Consigne à la saisie)
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	063	TYPE DE DESTINATION DE L'URGENCE

FORMAT

Numérique Longueur : 2

❖ DÉFINITION

Ce champ indique le type de destination de l'utilisateur à son départ du service d'urgence où il a reçu des soins.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : Type

Cette valeur est obligatoire si l'urgence d'une installation a été visitée.

Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Le type de destination 01 - Centre hospitalier de courte durée ou 19 - Service d'urgence implique l'inscription d'un code d'installation de destination à l'urgence.

b- Le type de destination 21 - Domicile ou 30 - Décédé n'implique pas l'inscription d'un code d'installation de destination de l'urgence.

c- Pour les usagers dirigés vers une clinique externe et admis la même journée, inscrire « 18 - Suivi en clinique externe » comme type de destination à l'urgence.

d- Pour les usagers ayant obtenu un congé et dirigés vers une clinique externe, inscrire « 18 - Suivi en clinique externe » comme type de destination.

e- Pour pouvoir sélectionner le type de destination 21 - Domicile, l'utilisateur doit être admis sous peu à l'installation fournisseur de données.

f- Le type destination à l'urgence 19 doit être sélectionné afin de permettre l'inscription d'un code d'installation dans la séquence d'urgence suivante, lors d'un transfert ou d'une référence vers une autre installation.

g- Le type de destination à l'urgence 01 indique la dernière séquence d'urgence saisie. Il y a nécessairement une admission par la suite.

h- Le type de destination à l'urgence 30 - Décédé doit être sélectionné si l'usager décède pendant son séjour au service d'urgence de l'installation fournisseur de données (le constat de décès est fait par l'urgentologue de l'installation) et il doit correspondre à la dernière séquence d'urgence.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	063	TYPE DE DESTINATION DE L'URGENCE

i- Lorsque le type de destination à l'urgence 30 - Décédé est choisi, il n'y a pas de séquence d'admission à saisir.

j- Si le type de destination de l'urgence est 19 - Urgence, le code d'installation de provenance de l'urgence doit être différent de l'installation fournisseur de données.

k- Lorsque le type de destination à l'urgence 30 - Décédé est choisi, un message apparaît et des cases à cocher s'affichent, afin de permettre de compléter un des choix suivants : « Autopsie », « Coroner », ou « Don d'organes » si nécessaire.

❖ VALIDATION

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie.

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Le type de destination « 30 – Décédé » peut être associé seulement avec l'installation fréquentée fournisseur de données et il doit être associé à la dernière séquence d'urgence.

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Autopsie », l'élément 188 « Cas de coroner », l'élément 189 « Don d'organes ». Si l'option « Décédé » est choisie, un message et des cases à cocher apparaissent pour permettre de cocher, si besoin, une des trois options suivantes : « Autopsie », « Coroner » ou « Don d'organes ».

- Validation de correspondance hiérarchique à la saisie avec l'élément 076 « Type de provenance à l'admission ». Si l'utilisateur est décédé, il n'y a aucune valeur dans le champ « Type de provenance de l'utilisateur ».

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Pour un numéro du traumatisme donné, s'il y a un code d'installation fréquentée, une des options doit être choisie et vice versa, s'il n'y a pas de code d'installation fréquentée, aucune option ne peut être sélectionnée.

- Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 064 « Code de l'installation de destination de l'urgence ». Avec le type de destinations de l'urgence 01, 18 ou 19, un code d'installation de destination de l'urgence est obligatoire et le champ est activé.

- Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 064 « Code de l'installation de destination de l'urgence ». Avec le type de destinations de l'urgence, 21, 30 ou 99, le code d'installation de destination de l'urgence est absent et le champ est désactivé.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type de destinations 01 ou 30

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	063	TYPE DE DESTINATION DE L'URGENCE

est choisi, il ne peut y avoir de numéro de séquence à l'urgence supplémentaire.

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1er avril 2013 (Consignes à la saisie et ajout d'un domaine de valeurs)
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

*** Les types de destination proviennent de MED-ÉCHO.**

01- Admis : Centre hospitalier de courte durée *

L'utilisateur est transféré dans une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée pour y être admis.

18- Suivi en clinique externe :

L'usage est transféré dans un service hospitalier d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée qui pourvoit au diagnostic et au traitement des usagers sans hospitalisation et aux soins des blessés légers non admissibles aux urgences.

19- Service d'urgence *

L'utilisateur est transféré dans un service ou une unité d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée où sont accueillis, nuit et jour, les malades externes dont l'état nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate.

21- Domicile sans service *

L'utilisateur retourne à son lieu de résidence avec une référence.

30- Décédé *

L'utilisateur quitte le service d'urgence décédé.

99- Autre

L'utilisateur quitte pour une destination autre que celles indiquées plus haut.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	064	CODE D'INSTALLATION DE DESTINATION À L'URGENCE

FORMAT

Numérique Longueur : 8

❖ DÉFINITION

Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation où est transféré, référé ou admis l'usager au départ de l'urgence. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : Code

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission et si l'utilisateur est transféré.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Le type de destination 01, 18 ou 19 au départ de l'urgence de l'installation doit être sélectionné afin de permettre l'inscription du code d'installation lors d'un transfert vers une autre installation.

b- Le type de destinations 21 ou 30 n'implique pas la saisie du code d'installation de destination de l'urgence.

c- Si l'utilisateur est transféré vers une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.

❖ VALIDATION

Validations sur l'élément

- Validation de format automatique à la saisie.
- Validation de valeur automatique à la saisie et au central.

Validation inter-élément

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type de destination de l'urgence est 01 ou 19 un code d'installation de destination doit être saisi.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type de destination de l'urgence est 21, 30 ou 99, le code d'installation de destination doit être absent.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Avec le type de destination 01, le code d'installation de destination de l'urgence est égal à l'installation fournisseur de données.

❖ SOURCE DE DONNÉES

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	064	CODE D'INSTALLATION DE DESTINATION À L'URGENCE

EXTERNES

Aucune

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1^{er} avril 2014 (consigne à la saisie).
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS..

De plus, certaines valeurs ont été ajoutées pour les cas de transfert vers ou depuis un établissement hors Québec. Ces valeurs sont issues du cadre normatif MED-ÉCHO.

07900079	Terre-Neuve Labrador
07901077	Nouvelle-Ecosse
07902075	Ile-du-Prince-Edouard
07903073	Nouveau-Brunswick
07904071	Ontario
07905078	Manitoba
07906076	Alberta
07907074	Saskatchewan
07908072	Colombie-Britannique
07909070	Territoires du Nord-Ouest
07910078	Yukon
07911076	Nunavut
07911092	États-Unis
07912090	Le Reste du monde

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	065	NOM D'INSTALLATION DE DESTINATION À L'URGENCE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 55
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où est transféré, référé ou admis l'utilisateur à son départ de l'urgence.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Nom Cette valeur est obligatoire si un code d'installation est saisi. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de l'inscription du code de l'installation. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code et ne peut être modifiée manuellement.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation inter-élément - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 064 « Code d'installation de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, le nom est généré automatiquement en fonction du code de l'installation de destination de l'urgence.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	
- Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	066	AUTOPSIE À L'URGENCE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique si une autopsie est pratiquée sur le corps de l'utilisateur décédé
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Autopsie Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le type de destination « Décédé » doit être sélectionné (au service d'urgence ou au service d'admission) afin de permettre l'inscription de l'autopsie. b- Cette précision se retrouve sur le formulaire du bulletin de la déclaration de décès (SP-3). c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'utilisateur, il est possible d'adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie. Toutefois, le médecin traitant pourra préciser s'il y a eu une autopsie dans ses observations médicales ou dans ses notes évolutives. d- Cette case est à cocher, peu importe où a lieu l'autopsie, que ce soit à l'installation fournisseur de données ou à une autre installation.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 060 « Statut à l'arrivée de l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Il faut que l'une de ces deux variables ait l'option « Décédé ».
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	066	AUTOPSIE À L'URGENCE

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	067	CAS CORONER À L'URGENCE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique que le coroner est mandaté pour effectuer une investigation afin d'identifier les causes et les circonstances du décès. Une autopsie peut être pratiquée sur le corps. Si elle est effectuée hors de l'installation, le rapport est accessible au Bureau du coroner, sur demande.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Coroner Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le type de destination « Décédé » doit être sélectionné (au service d'urgence ou au service d'admission) afin de permettre l'inscription du cas de coroner. b- Cette précision se retrouve sur le formulaire du bulletin de la déclaration de décès (SP-3). c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'utilisateur, il est possible d'adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie. d- Cette case est à cocher, peu importe où est demandé un rapport du coroner, que ce soit à l'installation fournisseur de données ou à une autre installation.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 060 « Statut à l'arrivée de l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Il faut que l'une de ces deux variables ait l'option « Décédé ».
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	067	CAS CORONER À L'URGENCE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	068	DON D'ORGANES À L'URGENCE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique qu'un prélèvement pour don d'organes a été effectué sur un usager décédé.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Don d'organe Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le type de destination « Décédé » doit être sélectionné (au service d'urgence ou au service d'admission) afin de permettre l'inscription du don d'organes à l'installation. b- Pour considérer un don d'organes à l'hôpital, celui-ci doit être relié à un organe vital et l'utilisateur doit être maintenu en vie artificiellement. Les prélèvements de tissus ne sont pas définis comme des dons d'organes (ex. : cornée). c- Cette case est à cocher, peu importe où est effectué le don d'organes, que ce soit à l'installation fournisseur de données ou à une autre installation.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 060 « Statut à l'arrivée de l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Il faut que l'une de ces deux variables ait l'option « Décédé ».
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	069	NUMÉRO DE SÉQUENCE DE LA CONSULTATION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique un numéro séquentiel relatif à l'attribution des consultations au service d'urgence de l'installation fournisseur de données. Il permet de discriminer les différentes entrées.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : # Cette valeur est obligatoire si l'urgence de l'installation de fournisseur de données a été visitée et si l'information est présente au dossier médical. À chaque nouvelle inscription d'un domaine de consultation, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale. L'incrémentation se fait automatiquement à chaque changement de ligne et redémarre à 1 à chaque nouveau numéro du traumatisme.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validations inter-élément -Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'élément 070 « Domaine de consultation ». Le champ numéro de séquence est incrémenté automatiquement avec l'ajout d'un domaine de consultation. - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée » et l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'installation fréquentée ». Pour un numéro du traumatisme donné, les variables de consultations doivent être saisies que pour l'installation fournisseur de données. Validation inter-enregistrement - Validation de recherche de doublons à la saisie avec l'Élément 003 « Numéro du traumatisme ». Pour un numéro du traumatisme donné, il ne peut y avoir deux numéros de séquence identiques.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	069	NUMÉRO DE SÉQUENCE DE LA CONSULTATION

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	070	DOMAINE DE CONSULTATION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ permet l'inscription du code et du nom du domaine de consultation au service d'urgence de l'installation fournisseur de données.
❖ DESCRIPTION	<u>Libellé d'écran</u> : Domaine Cette valeur est obligatoire si l'urgence de l'installation fournisseur de données a été visitée et si l'information est présente au dossier. Il s'agit d'inscrire le code qui sert à indiquer le domaine dans lequel l'usager a eu une consultation. L'élément est emprunté à la nomenclature utilisée par le système MED-ÉCHO. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Il s'agit des consultations demandées au service d'urgence de l'installation fournisseur de données qui inscrit l'usager au SIRTQ et répondues à l'urgence ou pendant l'admission. b- La consultation d'un usager qui se présente au service d'urgence de l'installation et qui est dirigé vers une autre installation afin d'obtenir l'opinion d'un spécialiste pour ensuite y revenir doit être inscrite. c- Les consultations téléphoniques ne doivent pas être inscrites. d- Les consultations demandées à la spécialité traumatologie doivent être inscrites (au domaine de consultation 41) lorsqu'une liste de garde en traumatologie est établie et fonctionnelle dans l'installation. e- Les consultations paramédicales demandées au service d'urgence de l'installation peuvent être inscrites selon les besoins locaux. f- En présence de deux consultations ayant le même domaine et demandées la même journée, considérer seulement la première.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'Élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Si le code de l'installation fréquentée correspond à celui du fournisseur de données, la saisie d'un domaine de consultation est obligatoire.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	070	DOMAINE DE CONSULTATION
- Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'Élément 069 « Numéro de séquence des consultations » qui est incrémenté à chaque nouveau domaine de consultation entré, pour un numéro du traumatisme donné. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence ». Si le statut d'arrivée est « Décédé », aucun domaine de consultation ne peut être saisi. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 071 « Date de demande de consultation ». Le même domaine de consultation ne peut se répéter pour une même date de demande de consultation.		
❖	SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖	ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖	ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖	ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖	DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	070	DOMAINE DE CONSULTATION

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur de la table de correspondance tirée de la nomenclature MED-ÉCHO entre le code et le nom du domaine correspondant.

01 : allergie	50 : anesthésie-réanimation
02 : cardiologie	51 : libre
03 : dermatologie	52 : hospitalisation à domicile
04 : endocrinologie	54 : soins critiques (soins intensifs)
05 : gastro-entérologie	60 : gynécologie
06 : hématologie	62 : obstétrique
07 : médecine interne	67 : neuro-ophtalmologie
08 : néphrologie	68 : génétique
09 : neurologie	69 : neuropsychiatrie
10 : physiothérapie	70 : anatomopathologie
11 : pneumologie	71 : biochimie médicale
12 : rhumatologie	72 : hématologie (laboratoire)
13 : hémodynamique	73 : microbiologie médicale et infectiologie
14 : chirurgie dentaire	74 : maladies lipidiques
15 : médecine tropicale	75 : infectiologie
16 : médecine vasculaire	76 : radiologie diagnostique
17 : planning familial	77 : radio-oncologie
20 : chir. cardio.-vasc., thoracique	78 : médecine nucléaire
22 : chirurgie buccale	79 : immunologie
24 : chirurgie générale	80 : pédiatrie
26 : chirurgie plastique	81 : néonatalogie
28 : chirurgie thoracique	83 : soins palliatifs
30 : neurochirurgie	85 : omnipraticien
32 : ophtalmologie	86 : chirurgie vasculaire périphérique
34 : orthopédie	87 : oncologie médicale
36 : oto-rhino-laryngologie	89 : gériatrie
38 : urologie	90 : psychiatrie
41 : traumatologie	91 : toxicologie
43 : transplantation	94 : désintoxication des alcooliques et autres drogués
	95 : réadaptation (alc. autres drogues)

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	071	DATE DE DEMANDE DE CONSULTATION

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle le consultant est demandé en consultation auprès d'un usager au service d'urgence de l'installation fournisseur de données.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Date demande Cette valeur est obligatoire si l'urgence de l'installation fournisseur de données a été visitée et si un domaine de consultation a été saisi.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Il s'agit ici des consultations demandées au service d'urgence de l'installation fournisseur de données qui inscrit l'utilisateur au SIRTQ. b- La date de la demande peut être inscrite sur le formulaire de consultation, inscrit parmi les notes de l'infirmière ou les notes d'évolution médicale. Dans le cas où les dates diffèrent, inscrire la date la plus près du traumatisme. c- En présence de deux consultations ayant le même domaine et demandées la même journée, considérer seulement la première.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure ou égale à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 070 « Domaine de consultation ». Pour un numéro du traumatisme donné, avec la présence d'un domaine de consultation, la saisie d'une date de demande est obligatoire. Si le domaine est présent, une date de demande de consultation doit être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 069 « Numéro de séquence des consultations », l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, lorsque le numéro de séquence est égal à 1, la date d'arrivée à l'urgence doit être inférieure ou égale à la date de demande de consultation (lorsque présente).		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	071	DATE DE DEMANDE DE CONSULTATION

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	072	HEURE DE DEMANDE DE CONSULTATION

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle le consultant est demandé en consultation auprès d'un usager au service d'urgence de l'installation fournisseur de données.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Heure Cette valeur peut être saisie si l'urgence de l'installation fournisseur de données a été visitée, si un domaine de consultation est saisi et si l'information est présente au dossier.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Il s'agit ici des consultations demandées au service d'urgence de l'installation fournisseur de données qui inscrit l'utilisateur au SIRTQ. b- L'heure de la demande peut être inscrite sur le formulaire de consultation, inscrit parmi les notes de l'infirmière ou les notes d'évolution médicale. Dans le cas où les heures diffèrent, inscrire l'heure la plus près du traumatisme.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 071 « Date de demande de consultation ». Si une date est inscrite, une heure peut être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 070 « Domaine de consultation » qui rend le codage de l'heure de demande de consultation possible. Si le domaine n'est pas présent, il ne peut y avoir d'heure de demande de consultation. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 069 « Numéro de séquence des consultations », l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence », l'élément 059 « Heure d'arrivée à l'urgence » et l'élément 071 « Date de demande de consultation ». Pour un numéro du traumatisme donné, lorsque le numéro de séquence est égal à 1, la date/heure d'arrivée à l'urgence doit être inférieure ou égale à la date/heure de la demande de consultation (lorsque présente).		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	072	HEURE DE DEMANDE DE CONSULTATION

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	073	DATE DE CONSULTATION

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle le consultant arrive auprès de l'utilisateur pour effectuer sa consultation.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Date consultation Cette valeur est obligatoire si l'urgence de l'installation fournisseur de données a été visitée et si un domaine de consultation a été saisi.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Il s'agit ici des consultations réalisées au service d'urgence de l'installation fournisseur de données qui inscrit l'utilisateur au SIRTQ. Elles peuvent être répondues au service d'urgence ou durant l'admission. b- La date d'arrivée du consultant peut être inscrite sur le formulaire de consultation, inscrit parmi les notes de l'infirmière ou les notes d'évolution médicale. Dans le cas où les dates diffèrent, inscrire la date la plus près du traumatisme. c- Inscrire la date d'arrivée du consultant auprès de l'utilisateur même s'il s'écoule plusieurs jours entre la date de la demande et la date d'arrivée du consultant.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure ou égale à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 070 « Domaine de consultation » qui rend le codage de la date obligatoire pour un numéro du traumatisme donné. Si le domaine est présent, la date de consultation doit être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 071 « Date de demande de consultation », l'Élément 069 « Numéro de séquence des consultations ». Pour un numéro du traumatisme donné et pour un numéro de séquence donné, la date de demande de consultation doit être inférieure ou égale à la date de consultation.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	073	DATE DE CONSULTATION

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	074	HEURE DE CONSULTATION

- ❖ **FORMAT**

Heure
Longueur : 4
Gabarit (HH/MM)

- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique l'heure à laquelle le consultant arrive auprès de l'utilisateur pour effectuer sa consultation.

- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Heure

Cette valeur peut être saisie si l'urgence de l'installation fournisseur de données a été visitée, si un domaine de consultation a été saisi et si l'information est présente au dossier.

- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- Il s'agit ici des consultations réalisées au service d'urgence de l'installation fournisseur de données qui inscrit l'utilisateur au SIRTQ. Elles peuvent être répondues au service d'urgence ou durant l'admission.
 - b- L'heure de la consultation peut être inscrite sur le formulaire à cet effet, inscrite parmi les notes de l'infirmière ou les notes d'évolution médicale. Dans le cas, où les heures diffèrent, inscrire la date la plus près du traumatisme.
 - c- Inscrire l'heure d'arrivée du consultant auprès de l'utilisateur même s'il s'écoule plusieurs heures entre l'heure de la demande et l'heure d'arrivée du consultant.

- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 073 « Date de consultation ». Si une date est inscrite, une heure peut être saisie.
 - Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 070 « Domaine de consultation » qui rend le codage de l'heure de consultation possible pour un numéro du traumatisme donné. Si le domaine n'est pas présent, il ne peut y avoir d'heure de consultation.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 069 « Numéro de séquence des consultations », l'élément 071 « Date de demande de consultation », l'élément 072 « Heure de demande de consultation » et l'élément 073 « Date de consultation ». Pour un numéro du traumatisme donné et pour un numéro de séquence donné, la date/heure de demande de consultation (lorsque présente) doit être inférieure ou égale à la date/heure de la consultation (lorsque présente).

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.3	Renseignements de l'urgence
Élément	074	HEURE DE CONSULTATION

Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 073 « Date de consultation », l'Élément 083 « Date de départ de l'installation » et l'Élément 084 « Heure de départ de l'installation ». Pour un numéro de traumatisme donné et un numéro de séquence donnée, la date/heure de consultation (lorsque présente) doit être inférieure à la date/heure de départ de l'installation.

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	075	MODE DE TRANSPORT À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le moyen de transport utilisé par l'utilisateur pour se rendre à l'admission.	
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Mode transp. Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur a été admis à l'installation fournisseur de données. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ». Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Pour un moyen de transport non précisé, la valeur « Inconnu » doit être sélectionnée. b- Pour un usager venant de l'urgence ou de la clinique externe de l'installation fournisseur de données, la valeur « interne » doit être sélectionnée. c- Une des valeurs doit être sélectionnée pour pouvoir continuer.	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 076 « Type de provenance à l'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, s'il y a un type de provenance noté, un mode de transport doit être saisi et vice et versa.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION		

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	075	MODE DE TRANSPORT À L'ADMISSION

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- Ambulance

Véhicule spécialement conçu, équipé et doté du personnel nécessaire pour transporter l'utilisateur vers une installation.

2- Avion

Appareil volant doté de moyens de sustentation, d'organes de commande et d'un système motopropulseur lui permettant de transporter des usagers par la voie aérienne vers une installation.

3- Hélicoptère

Appareil muni d'hélices dont la sustentation en vol est obtenue par la réaction de l'air sur un ou plusieurs rotors qui tournent, entraînés par un organe moteur, autour d'axes sensiblement verticaux lui permettant de transporter des usagers vers une installation.

4- Police

Organisation dont les membres ont pour fonction d'assurer le respect des lois, le maintien de l'ordre public et qui accompagne l'utilisateur vers une installation.

5- Pompiers

Organisation dont les membres ont pour fonction de prévenir ou d'éteindre les incendies. Munis d'équipements spécialisés, ils sont également interpellés pour dégager des victimes de traumatismes et peuvent accompagner l'utilisateur vers une installation.

6- Véhicule privé

Véhicule à moteur servant au transport routier de personnes ou de marchandises. Il est utilisé pour le transport d'utilisateurs vers une installation.

7- Transport adapté

Véhicule à moteur de type institutionnel servant au transport routier de personnes handicapées ou à mobilité réduite. Ce type de véhicule a comme point d'arrivée une installation.

8- À pied

L'utilisateur se déplace de façon piétonnière vers une installation.

9- Autre

La méthode de transport est connue, mais ne peut être précisée parmi les choix de méthode de transport existants.

10- Inconnu

La méthode de transport est inconnue.

11- Interne

L'utilisateur vient de l'urgence ou de la clinique externe de l'installation fournisseur de données et se rend à l'admission par un mode de transport interne à l'installation.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	076	TYPE DE PROVENANCE À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la provenance immédiate de l'utilisateur lors de son admission à une installation.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Type Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ». Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Un usager non admissible au service d'urgence et vu directement par un spécialiste avant d'être hospitalisé, doit être considéré admis avec la provenance « Clinique externe ». b- Le type de provenance à l'admission « Clinique externe » est utilisé pour la clinique externe de l'installation fournisseur de données. c- Si le type de provenance à l'admission est 01, 17, 18 ou 19, un code d'installation de provenance à l'admission doit être inscrit. d- Si le type de provenance à l'admission est 18, le code d'installation de provenance à l'admission est l'installation fournisseur de données. e- Si le type de provenance à l'admission est 19, le code d'installation de provenance à l'admission correspond au code d'installation fréquentée de la dernière séquence d'urgence. f- Si le type de provenance à l'admission est 01, aucune séquence d'urgence ne doit être inscrite. g- Si le type de provenance à l'admission est 01, la case de l'indicateur de transfert pour régionalisation peut être sélectionnée. h- Une des options doit être sélectionnée pour pouvoir continuer. i- Un usager provenant d'un cabinet du médecin ou d'un CHSLD, est considéré comme un domicile.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de présence automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	076	TYPE DE PROVENANCE À L'ADMISSION

Validations inter-élément

- Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence », l'élément

063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro de traumatisme donné, ce champ ne peut être saisi si l'utilisateur est décédé à l'arrivée ou au départ de l'urgence. Sinon, la sélection d'une des options de ce champ est obligatoire.

- Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 077 « Code d'installation de provenance à l'admission ». Si le type de provenance à l'admission est 01, 17, 18 ou 19, le code d'installation de provenance à l'admission est obligatoire et le champ est activé.

- Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'Élément 077 « Code d'installation de provenance à l'admission ». Si le type de provenance à l'admission est 21, le code d'installation de provenance à l'admission est absent et le champ est désactivé.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 077 « Code d'installation de provenance à l'admission ». Si le type de provenance à l'admission est 18, le code d'installation de provenance à l'admission est le fournisseur de données.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 077 « Code d'installation de provenance à l'admission », l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence » et l'Élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Si le type de provenance à l'admission est 19, le code d'installation de provenance à l'admission correspond au code de l'installation fréquentée de la dernière séquence d'urgence.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence ». Si le type de provenance à l'admission est 01, aucune séquence d'urgence ne doit être inscrite.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 079 « Indicateur régionalisation ». Si le type de provenance à l'admission est 01, la case de l'indicateur de transfert pour régionalisation peut être sélectionnée.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Si le type de destination au départ de l'urgence est « 01 - Centre hospitalier de courte durée », les types de provenance à l'admission 17, 18, 19 et 21 peuvent être saisis.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ ÉLÉMENT TRANSMIS

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	076	TYPE DE PROVENANCE À L'ADMISSION

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

* Les types de provenance proviennent de MED-ÉCHO.

01- Admis : Centre hospitalier de courte durée*

L'utilisateur provient d'une installation où il a été admis avec une mission de centre hospitalier de courte durée où il a été admis.

17- CLSC*

L'utilisateur provient d'une installation avec une mission de centre local de services communautaires (CLSC).

18- Clinique externe*

L'utilisateur provient d'un service hospitalier d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée qui pourvoit au diagnostic et au traitement des usagers sans hospitalisation et aux soins des blessés légers non admissibles aux urgences.

19- Service d'urgence*

L'utilisateur provient d'un service ou unité d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée où sont accueillis, nuit et jour, les usagers externes dont l'état nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate.

21- Domicile*

L'utilisateur provient de son lieu de résidence avec une référence.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	077	CODE DE L'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'ADMISSION

FORMAT

Numérique Longueur : 8

❖ DÉFINITION

Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'usager au service d'admission. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : Code

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur provient de la même ou d'une autre installation.

Cette variable est comparable au « National Tracts Burn ».

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Le type de provenance à l'admission : 01, 17, 18 ou 19 doit être sélectionné afin de permettre l'inscription du code de l'installation de provenance à l'admission.

b- Le code de l'installation est vide par défaut.

c- Si le type de provenance à l'admission est 19 - Service d'urgence, le code d'installation de provenance à l'admission correspond au code d'installation fréquentée de la dernière séquence d'urgence.

d- Si des données d'urgence de l'installation fournisseur de données sont inscrites et que le type de destination de l'urgence 01- Centre hospitalier de courte durée est sélectionné, le type de provenance à l'admission est 19 - Service d'urgence et le code d'installation de provenance à l'admission est l'installation fournisseur de données.

e- Si l'utilisateur provient d'une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.

❖ VALIDATION

Validations sur l'élément

- Validation de format automatique à la saisie.
- Validation de valeur automatique à la saisie et au central.

Validations inter-élément

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 076 « Type de provenance à l'admission ». Si le type de provenances à l'admission 01, 17, 18 ou 19 est sélectionné comme alors le code d'installation de provenance à l'admission doit être saisi.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	077	CODE DE L'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'ADMISSION

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 076 « Type de provenance à l'admission ». Si le type de provenance à l'admission est 21, le code d'installation de provenance à l'admission est absent.

Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence », l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée », l'élément 076 « Type de provenance à l'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type de provenance à l'admission 19 -Service d'urgence est sélectionné alors c'est le code d'installation fréquentée de la dernière séquence d'urgence qui doit est saisi comme code d'installation de provenance.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 063 « Type de destination de l'urgence » et l'Élément 077 « Code de l'installation de provenance à l'admission ». Si le type de destination au départ de l'urgence est « 01 - Centre hospitalier de courte durée », c'est le type de provenance à l'admission « 19 - Service d'urgence » et le code d'installation de provenance à l'admission de l'installation fournisseur de données qui doivent être saisis.

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

1^{er} avril 2014 (consigne à la saisie).

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	077	CODE DE L'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'ADMISSION

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS. De plus, certaines valeurs ont été ajoutées pour les cas de transfert vers ou depuis un établissement hors Québec. Ces valeurs sont issues du cadre normatif MED-ÉCHO.

07900079	Terre-Neuve Labrador
07901077	Nouvelle-Ecosse
07902075	Ile-du-Prince-Edouard
07903073	Nouveau-Brunswick
07904071	Ontario
07905078	Manitoba
07906076	Alberta
07907074	Saskatchewan
07908072	Colombie-Britannique
07909070	Territoires du Nord-Ouest
07910078	Yukon
07911076	Nunavut
07911092	États-Unis
07912090	Le Reste du monde

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	078	NOM DE L'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 55
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'utilisateur au service d'admission.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Nom Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur provient de la même ou d'une autre installation. Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code d'installation et ne peut être modifiée sans modification du code de l'installation de provenance à l'admission. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ». Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Si le code de l'installation de provenance est vide, le champ reste vide et vice-versa. b- Cette variable ne peut être modifiée manuellement.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation inter-élément - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'élément 077 « Code de l'installation de provenance à l'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, le nom est généré automatiquement. Il ne peut être modifié sans modification du code de l'installation de provenance.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	078	NOM DE L'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'ADMISSION

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	079	INDICATEUR RÉGIONALISATION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique si l'utilisateur provient d'une admission d'une autre installation et qu'il est transféré dans sa région d'origine.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Régionalisation Cette valeur peut être saisie si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission et a été admis dans une autre installation de courte durée. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Le type de provenance 01 - Centre hospitalier de courte durée doit être sélectionné afin de permettre l'inscription de ce champ.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément -Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 076 « Type de provenance à l'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, le type de provenance à l'admission doit être 01 - Centre hospitalier de courte durée.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	080	DATE DE L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT**

Date
Longueur : 8
Gabarit (AAAA/MM/JJ)
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique la date de l'admission à l'installation fournisseur de données.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Date d'admission

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

a- La date de l'admission correspond au premier enregistrement d'un usager dans une spécialité.

b- Lorsqu'un usager est admis directement au bloc opératoire, la date d'admission de la spécialité correspond à la date d'arrivée au bloc opératoire.

c- Un séjour au bloc opératoire équivaut à une admission sauf si l'utilisateur n'est pas inscrit sur la liste d'admission.
- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.
 - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour).

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si l'utilisateur est décédé à l'arrivée ou au départ de l'urgence, il y a absence de la date d'admission. Sinon, la saisie d'une date est obligatoire.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence », l'élément 061 « Date de départ à l'urgence », l'élément 011 « Date du traumatisme ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de départ à l'urgence de la dernière séquence d'urgence doit être inférieure ou égale à la date d'admission. S'il n'y a pas de séquence d'urgence, la validation se fait sur la date du traumatisme.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	080	DATE DE L'ADMISSION

- Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'Élément 094 « Date du service d'admission », l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, la première date du service d'admission est inscrite automatiquement selon la date d'admission.

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle..

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	081	HEURE DE L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT**

Heure
Longueur : 4
Gabarit (HH/MM)

- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique l'heure de l'admission à l'installation fournisseur de données.

- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Heure

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».

- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- L'heure de l'admission correspond au premier enregistrement d'un usager dans une spécialité.
 - b- Lorsqu'un usager est admis directement au bloc opératoire, l'heure d'admission de la spécialité correspond à l'heure d'arrivée au bloc opératoire.
 - c- Lorsque l'heure d'admission est absente dans les dossiers médicaux, appliquer la procédure suivante : additionner quinze minutes à l'heure du départ de l'urgence.
 - d- Lorsqu'un usager quitte l'urgence pour une Artérographie/Angiographie, l'heure d'admission correspond à l'heure de réalisation de l'Artérographie/Angiographie.

- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 080 « Date de l'admission ». Si une date est inscrite, une heure doit être saisie.
 - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'Élément 095 « Heure du service d'admission » et l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, la première heure du service d'admission est inscrite automatiquement selon l'heure d'admission.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence », l'Élément 061 « Date de départ à l'urgence », l'Élément 062 « Heure de départ à l'urgence » et l'élément 080 « Date de l'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date/heure de départ à l'urgence de la dernière séquence d'urgence doit être inférieure ou égale à la date/heure d'admission. S'il n'y a pas de séquence d'urgence, la validation se fait sur la date/heure du traumatisme (si présente).

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	081	HEURE DE L'ADMISSION

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1^{er} avril 2014 (Consigne à la saisie)

- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	082	ADMISSION DIRECTE AU BLOC OPÉATOIRE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique une admission directe au bloc opératoire.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Directe au bloc opératoire Cette valeur est obligatoire si l'information est présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Il faut cocher cette case si l'utilisateur est admis directement au bloc opératoire. b- L'utilisateur doit être admis à une spécialité pour cocher cette case.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément -Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 094 « Date du service d'admission », une date du service d'admission doit être saisie pour inscrire une admission directe au bloc opératoire.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	083	DATE DE DÉPART DE L'INSTALLATION

❖ FORMAT	Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur quitte le service d'admission de l'installation fournisseur de données.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Date du départ Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- La date de départ à inscrire correspond à la date de fin des soins aigus, et ce, même si l'utilisateur n'a pas quitté physiquement l'installation fournisseur de données. b- Si l'utilisateur est décédé, la date du décès est considérée comme la date de départ. c- Dans le cas où il y a don d'organes, la date du décès à considérer est la date de départ de l'installation.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour et à la date du jour du traitement du fichier pour le central). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si l'utilisateur est décédé à l'arrivée ou au départ de l'urgence, aucune valeur n'est possible dans ce champ. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'élément 101 « Date de sortie de l'unité de soins ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de départ de l'installation fournisseur de données doit être la même que la date de sortie de l'unité de soins du dernier numéro de séquence. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 080 « Date de l'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, le délai entre l'admission et le départ de l'installation fournisseur de données de l'utilisateur ne doit pas excéder 180 jours. Si c'est le cas, un message d'avertissement est affiché et la saisie n'est pas bloquée.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	083	DATE DE DÉPART DE L'INSTALLATION

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	084	HEURE DE DÉPART DE L'INSTALLATION

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur quitte le service d'admission de l'installation fournisseur de données.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Heure Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- L'heure de départ à inscrire correspond à l'heure de fin des soins aigus, et ce, même si l'utilisateur n'a pas quitté physiquement l'installation fournisseur de données. b- Dans le cas où il y a don d'organes, l'heure du décès à considérer est l'heure de départ de l'installation.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 083 « Date de départ de l'installation ». Si une date est inscrite, une heure doit être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'élément 101 « Date de sortie de l'unité de soins », l'élément 102 « Heure de sortie de l'unité de soins », l'élément 083 « Date de départ de l'installation ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure de départ de l'installation fournisseur de données doit être la même que la date/heure de sortie de l'unité de soins du dernier numéro de séquence. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 080 « Date d'admission », l'Élément 081 « Heure d'admission » et l'Élément 083 « Date de départ de l'installation ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure d'admission doit être inférieure à la date/heure de départ de l'installation.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	084	HEURE DE DÉPART DE L'INSTALLATION

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	085	DATE DE DEMANDE DE TRANSFERT

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle la demande de transfert est effectuée pour que l'usager quitte le service d'admission de l'installation fournisseur de données. La demande concerne soit le retour vers une installation de la région d'origine de cet usager soit un transfert pour recevoir des traitements de réadaptation. Cette destination est utilisée pour les centres hospitaliers ou les instituts de réadaptation, pour les centres hospitaliers qui offrent des services de réadaptation et les centres de réadaptation.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Demande de transfert Cette valeur est obligatoire si l'usager n'est pas décédé avant l'admission, si l'usager doit être transféré et si l'information est présente au dossier.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- La date à inscrire correspond à la date de demande de transfert vers un centre hospitalier de courte durée, un centre hospitalier de longue durée, un centre hospitalier de réadaptation ou une unité de réadaptation fonctionnelle intensive, et ce, même si l'usager n'a pas quitté physiquement l'installation fournisseur de données. b- La date à inscrire correspond à la date de demande de retour vers la région d'origine, et ce, même si l'usager n'a pas quitté physiquement l'installation fournisseur de données.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 086 « Type de destination au départ ». Si le type destination au départ de l'admission est « 01-Transfert de courte durée », « 03-Transfert de longue durée » ou « 13-Centre hospitalier de réadaptation », ou 51- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive, une date de demande de transfert peut être inscrite. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 083 « Date de départ de l'installation ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de demande de transfert doit être inférieure ou égale à la date de départ de l'installation.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	085	DATE DE DEMANDE DE TRANSFERT

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 080 « Date d'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de demande de transfert doit être supérieure ou égale à la date d'admission.

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1^{er} avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

1^{er} avril 2012 (Validation)

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	086	TYPE DE DESTINATION AU DÉPART

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le type de destination de l'utilisateur à son départ de l'installation fournisseur de données.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Type destination

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».

Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie :

 - a- Une valeur doit être sélectionnée pour pouvoir continuer.
 - b- La destination d'un usager provenant d'un CHSLD qui retourne à son lieu d'origine est «03 - Transfert de longue durée ».
 - c- Le choix du type de destination au départ 01- 03- 13- 18- 51 implique la saisie d'un code d'installation de destination au départ de l'installation fournisseur de données.
 - d- Le choix du type de destination au départ 17 ou 50 permet la saisie d'un code d'installation de destination au départ de l'installation fournisseur de données sans la rendre obligatoire.
 - e- Le choix du type de destination au départ 21, 30 ,31, 40 ou 99 n'implique pas la saisie d'un code d'installation de destination au départ.
 - f- Le choix du type de destination au départ 01, 03 ou 13 implique la possibilité d'inscrire le champ date de demande de transfert.
 - g- La destination 50 – Suivi de réadaptation externe est en lien avec un usager qui retourne à domicile et qui recevra des services de réadaptation à l'externe dans une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation.
 - h- Inscrire le type de destination 03-Transfert de longue durée, s'il y a arrêt des soins aigus et que l'utilisateur n'a pas quitté physiquement l'installation fournisseur de données. Le fait que l'installation soit désignée ou non avec des lits au permis avec un type 03 n'est pas validé.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	086	TYPE DE DESTINATION AU DÉPART

i- Pour inscrire un type de destination 13, l'utilisateur doit être transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation et elle doit posséder des lits au permis avec la mission de centre de réadaptation.

j- Si l'utilisateur est transféré dans une unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI) qui est dans l'installation fournisseur de données, inscrire le type 51 et considérer la fin du séjour en courte durée (admission reliée au trauma).

k- Dans le cas où deux types de destination sont possibles, il faut toujours considérer en premier celui où un code d'installation doit être saisi. Par exemple entre 18 et 21, choisir 18. Pour des choix non associés à des codes d'installation, voici l'ordre à respecter : 30 – 31- 40 – 21 – 99.

❖ VALIDATION

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie.

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 083 « Date de départ de l'installation ». Pour un numéro du traumatisme donné, avec la présence d'une date de départ, le type de destination est obligatoire.

- Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'élément 087 « Code d'installation de destination au départ », l'Élément 088 « Nom de l'installation de destination au départ ». Si le choix du type de destination au départ est « 01- Transfert de courte durée », « 03- Transfert de longue durée » ou « 13- Centre hospitalier de réadaptation » ou « 18- Clinique externe », ou « 51- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive » le code et le nom de l'installation de destination au départ sont des champs activés et doivent être saisis.

- Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'élément 087 « Code d'installation de destination au départ », l'Élément 088 « Nom de l'installation de destination au départ ». Si le choix du type de destination au départ est « 17- Domicile avec services » ou « 50- Suivi de réadaptation externe », le code et le nom de l'installation de destination au départ sont des champs activés, mais non obligatoires.

- Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'élément 087 « Code d'installation de destination au départ », l'Élément 088 « Nom de l'installation de destination au départ ». Si le choix du type de destination au départ est « 21- Domicile », « 30- Décédé » ou « 31 - Départ contre avis médical » ou 40- Ressources non institutionnelles » ou « 99- Autre », le code et le nom de l'installation de destination au départ sont absents et les champs sont désactivés.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	086	TYPE DE DESTINATION AU DÉPART

- Validation de correspondance hiérarchique à la saisie avec l'Élément 085 « Date de demande de transfert ». Si le type de la destination au départ est « 01-Transfert de courte durée », « 03-Transfert de longue durée » ou « 13-Centre hospitalier de réadaptation », la valeur du champ « Date de demande de transfert » peut être spécifiée.

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

1er avril 2014 (Domaines de valeurs)

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

* Les types de destination proviennent de MED-ÉCHO.

01- Centre hospitalier de courte durée *

L'utilisateur est transféré et il est orienté vers une autre installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée.

03- Centre hospitalier de longue durée *

L'utilisateur est transféré et il est orienté vers une installation avec une mission de centre hospitalier de longue durée. Centre hospitalier où l'on offre, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de réadaptation et de surveillance.

13- Centre de réadaptation *

L'utilisateur est transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation et d'intégration sociale, à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, ou en raison de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à leur entourage

17- Domicile avec services *

L'utilisateur quitte pour son domicile suite à une entente de services avec un CLSC. Si une entente de services avec un CLSC est faite, une note ou un formulaire d'entente de services figure au dossier de l'utilisateur et indique qu'un suivi de la demande de services sera fait par le CLSC et que des services lui seront éventuellement rendus.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	086	TYPE DE DESTINATION AU DÉPART

18- Suivi en clinique externe *

Service hospitalier d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée qui pourvoit au diagnostic et au traitement des usagers sans hospitalisation et aux soins des blessés légers non admissibles aux urgences.

21- Domicile sans service *

Signifie que l'usager quitte pour son domicile, qu'il est parfaitement autonome et n'a besoin d'aucun suivi particulier.

30- Décédé *

L'usager quitte l'installation fournisseur de données décédé.

31- Départ contre avis médical *

L'usager quitte une installation sans avoir obtenu l'autorisation médicale.

40- Ressources non institutionnelles

L'usager quitte pour une ressource non institutionnelle. Les ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI) englobent :

1. Ressource intermédiaire (RI) ;
2. Ressources de type familial (RTF) ;
3. Résidences privées pour personnes âgées.

Il n'existe pas de liste provinciale pour les RNI. Il peut aussi s'agir d'organismes d'hébergement offrant des services pour la clientèle en santé mentale, en soins palliatifs, en toxicomanie, etc. L'utilisation de cette valeur est donc à la discrétion des installations selon leurs besoins. Le code d'installation n'est pas requis pour ce type de destination.

50- Suivi de réadaptation externe

L'usager quitte pour son domicile, mais nécessite une réadaptation fonctionnelle dans une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation. Il reçoit des services de réadaptation à l'externe sans être admis, et ce, pour une période définie. L'objectif est de rendre à l'usager les capacités physiques ou professionnelles de travail qu'il avait avant l'évènement traumatique.

51- Unité de réadaptation

L'usager est transféré dans une installation qui possède une unité de réadaptation de tout type (par exemple URFI, UTRF, gériatrie active, etc.) et qui ne détient pas de lits au permis de type 13. Ces services offerts vont permettre à l'usager de récupérer une fonctionnalité maximale à la suite d'une perte d'autonomie motrice importante.

99- Autre *

L'usager quitte pour une destination autre que celle précisée.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	087	CODE D'INSTALLATION DE DESTINATION AU DÉPART

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 8
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le code de destination inscrit au matricule de l'installation au départ de l'utilisateur de l'installation fournisseur de données. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Code Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé et si l'information est présente au dossier. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le choix du type de destination au départ 01-03-13-17-18 et 50 implique la saisie d'un code d'installation de destination au départ de l'installation fournisseur de données. b- Le choix du type de destination au départ 21, 30 ou 31 n'implique pas la saisie d'un code d'installation de destination au départ. c- Si l'utilisateur est transféré vers une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validations inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 086 « Type de destination au départ ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type destination au départ de l'admission est « 01-Transfert de courte durée », « 03-Transfert de longue durée » ou « 13- Centre hospitalier de réadaptation » ou 18- Clinique externe est sélectionnée, un code d'installation de destination au départ doit être saisi. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 086 « Type de destination au départ ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le type destination au départ de l'admission est 17- Domicile avec services ou 50- Suivi de réadaptation externe est sélectionné, un code d'installation de destination au départ peut être saisi, mais n'est pas obligatoire.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	087	CODE D'INSTALLATION DE DESTINATION AU DÉPART

- Validation de correspondance hiérarchique à la saisie avec l'Élément 086 « Type de destination au départ », l'Élément 088 « Nom d'installation de destination au départ ». Si le choix du type de destination au départ est « 21- Domicile », « 30- Décédé » ou « 31 - Départ contre avis médical » ou « 99- Autre », le code et le nom de l'installation de destination au départ sont absents.

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1^{er} avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

1^{er} avril 2014 (consigne à la saisie).

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Valeurs du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS. De plus, certaines valeurs ont été ajoutées pour les cas de transfert vers ou depuis un établissement hors Québec. Ces valeurs sont issues du cadre normatif MED-ÉCHO.

07900079	Terre-Neuve Labrador
07901077	Nouvelle-Ecosse
07902075	Ile-du-Prince-Edouard
07903073	Nouveau-Brunswick
07904071	Ontario
07905078	Manitoba
07906076	Alberta
07907074	Saskatchewan
07908072	Colombie-Britannique
07909070	Territoires du Nord-Ouest
07910078	Yukon
07911076	Nunavut
07911092	États-Unis
07912090	Le Reste du monde

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	088	NOM D'INSTALLATION DE DESTINATION AU DÉPART

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 55
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation de destination au départ de l'utilisateur de l'installation fournisseur de données.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Nom Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission et si l'information est présente au dossier médical. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale lors de l'inscription du code de l'installation. Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le fichier des établissements de la RAMQ. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie a- Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code d'installation de destination au départ et ne peut être modifiée manuellement.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie et au central. Validation inter-élément - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'élément 087 « Code d'installation de destination au départ ». Pour un numéro du traumatisme donné, le nom est généré automatiquement en fonction du code d'installation de destination au départ.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	088	NOM D'INSTALLATION DE DESTINATION AU DÉPART

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur du fichier des établissements de la RAMQ ayant comme source le fichier M02 du MSSS.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	089	AUTOPSIE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique si une autopsie est pratiquée sur le corps de l'usager décédé
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Autopsie Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le type de destination « Décédé » doit être sélectionné (au service d'urgence ou au service d'admission) afin de permettre l'inscription de l'autopsie. b- Cette précision se retrouve sur le formulaire du bulletin de la déclaration de décès (SP-3). c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, il est possible d'adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie. Toutefois, le médecin traitant pourra préciser s'il y a eu une autopsie dans ses observations médicales ou dans ses notes évolutives. d- Cette case est à cocher, peu importe où a lieu l'autopsie, que ce soit à l'installation fournisseur de données ou à une autre installation.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 086 « Type de destination au départ ». Il faut que la variable ait l'option « Décédé ».
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	089	AUTOPSIE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	090	CAS CORONER

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique que le coroner est mandaté pour effectuer une investigation afin d'identifier les causes et les circonstances du décès. Une autopsie peut être pratiquée sur le corps. Si elle est effectuée hors de l'installation, le rapport est accessible au Bureau du coroner, sur demande.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Coroner Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le type de destination « Décédé » doit être sélectionné (au service d'urgence ou au service d'admission) afin de permettre l'inscription du cas de coroner. b- Cette précision se retrouve sur le formulaire du bulletin de la déclaration de décès (SP-3). c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, il est possible d'adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie. d- Cette case est à cocher, peu importe où est demandé un rapport du coroner, que ce soit à l'installation fournisseur de données ou à une autre installation.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 086 « Type de destination au départ ». Il faut que la variable ait l'option « Décédé ».
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	091	DON D'ORGANE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	091	DON D'ORGANES

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1 Gabarit : ☒
❖ DÉFINITION	Ce champ indique qu'un prélèvement pour don d'organes a été effectué sur un usager décédé.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Don d'organes Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon une case à cocher. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Le type de destination « Décédé » doit être sélectionné (au service d'urgence ou au service d'admission) afin de permettre l'inscription du don d'organes à l'hôpital. b- Pour considérer un don d'organes à l'hôpital, celui-ci doit être relié à un organe vital et l'usager doit être maintenu en vie artificiellement. Les prélèvements de tissus ne sont pas définis comme des dons d'organes (exemple : cornée). c- Cette case est à cocher, peu importe où est effectué le don d'organes, que ce soit à l'installation fournisseur de données ou à une autre installation.
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 086 « Type de destination au départ ». Il faut que la variable ait l'option « Décédé ».
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	092	NUMÉRO DE SÉQUENCE DU SERVICE D'ADMISSION

❖	FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖	DÉFINITION	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de l'admission à une spécialité à l'installation fournisseur de données. Il permet de discriminer les différentes entrées.
❖	DESCRIPTION	Libellé d'écran : # Cette valeur est obligatoire si l'usager n'est pas décédé avant l'admission et si une date du service d'admission est inscrite. Pour chaque inscription d'une date du service d'admission, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale. L'incrémentation se fait automatiquement et redémarre à 1 à chaque nouveau numéro du traumatisme. Le premier numéro correspond à l'admission. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖	PRÉCISIONS	
❖	VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 094 « Date du service d'admission ». L'inscription d'une date de service d'admission incrémente automatiquement le numéro de séquence. Validation inter-enregistrement - Validation de recherche de doublons automatique à la saisie avec l'Élément 003 « Numéro du traumatisme ». Pour un même numéro du traumatisme, il ne peut y avoir deux numéros de séquence identiques.
❖	SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖	ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖	ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖	ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖	DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖	DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	093	CODE DU SERVICE D'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'inscription du numéro et de la description du service dans lequel l'utilisateur a séjourné à l'installation fournisseur de données.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Code

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission et si une date du service d'admission est inscrite.

Il s'agit d'un numéro emprunté à la nomenclature utilisée par le système MED-ÉCHO.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».

Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

a- L'information est recueillie sur le formulaire d'admission (AH-101P).

b- S'il s'agit d'une victime de brûlures graves, le code du service d'admission 84 - Soins aux brûlés peut être inscrit.

c- Au moins une séquence avec un service d'admission doit être saisie.
- ❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie (liste).

Validation inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 094 « Date du service d'admission » qui rend le codage de ce champ obligatoire, pour un numéro du traumatisme donné. Au moins, une séquence avec un code de service doit être présente.

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Circonstances ». Si une option de circonstances est sélectionnée, le code du service 84 - Soins aux brûlés peut être inscrit.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 094 « Date du service d'admission » et l'Élément 095 « Heure du service d'admission ». Pour un même numéro de traumatisme, en présence de codes de services d'admission identiques, les dates et heures du service d'admission doivent être différentes.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	093	CODE DU SERVICE D'ADMISSION

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission », l'Élément 094 « Date du service d'admission » et l'Élément 095 « Heure du service d'admission ». Pour un même numéro de traumatisme, en présence de codes de services d'admission différents sur des séquences d'admission différentes, les dates et heures du service d'admission doivent être différentes.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	1 ^{er} avril 2013 (Consignes à la saisie et validation)

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	093	CODE DU SERVICE D'ADMISSION

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur tirée de la nomenclature MED-ÉCHO de la table des services d'admission.

01 : allergie et immunologie	60 : gynécologie
02 : cardiologie	62 : obstétrique : délivrées
03 : dermatologie	63 : obstétrique : ante-partum
04 : endocrinologie	64 : obstétrique : post-partum
05 : gastro-entérologie	65 : obstétrique : avortement
06 : hématologie	66 : obstétrique : gynécologie
07 : médecine interne	67 : endocrinologie pédiatrique
08 : néphrologie	68 : génétique humaine
09 : neurologie	69 : gastro-entérologie pédiatrique
10 : physiothérapie	71 : hématologie pédiatrique
11 : pneumologie	72 : infectiologie pédiatrique
12 : rhumatologie	73 : microbiologie médicale et infectiologie
13 : cardiologie pédiatrique	74 : pneumologie pédiatrique
14 : soins dentaires	75 : neurologie pédiatrique
18 : chirurgie vasculaire périphérique	76 : radiologie diagnostique
19 : médecine vasculaire	77 : radio-oncologie
20 : chir. cardio.-vasc., thoracique	78 : pédopsychiatrie
22 : soins de la bouche	79 : immunologie
24 : chirurgie générale	80 : pédiatrie
26 : chirurgie plastique	81 : néonatalogie : soins normaux
28 : chirurgie thoracique	82 : néonatalogie : soins spécialisés
30 : neurochirurgie	83 : soins palliatifs
32 : ophtalmologie	84 : soins aux brûlés
34 : orthopédie	85 : médecine
36 : oto-rhino-laryngologie	86 : répit pour la famille
38 : urologie	87 : oncologie médicale
41 : traumatologie	89 : gériatrie
42 : Unité de décision clinique (UDC)	90 : psychiatrie
43 : transplantation	91 : toxicologie
45 : réadaptation physique	94 : désintoxication des alcooliques et autres drogués
50 : anesthésie-réanimation	95 : réadaptation des alcooliques et autres drogués
52 : Hôpital à domicile	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	094	DATE DU SERVICE D'ADMISSION

- ❖ **FORMAT**

Date
Longueur : 8
Gabarit (AAAA/MM/JJ)

- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique la date de l'admission à une spécialité/service de l'installation fournisseur de données.

- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Date

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission.

Cette valeur est générée automatiquement avec la saisie de la date d'admission.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».

- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- Un séjour au bloc opératoire équivaut à une admission sauf si l'utilisateur n'est pas inscrit sur la liste d'admission.
 - b- Lorsqu'un usager est admis directement au bloc opératoire, la date du service d'admission correspond à la date d'entrée au bloc opératoire pour la première séquence.
 - c- La première date d'admission à une spécialité correspond à la date d'admission. Elle est inscrite automatiquement.

- ❖ **VALIDATION**

Validations sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.
 - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour).

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si l'utilisateur est décédé à l'arrivée ou au départ de l'urgence, la « Date du service d'admission » est absente.
 - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'élément 094 « Date de l'admission. », l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». La date du premier service d'admission doit correspondre à la date du champ « Date de l'admission », et à la saisie les deux dates doivent être identiques.
 - Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, le numéro de séquence s'incrémente automatiquement avec la saisie d'une date.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	094	DATE DU SERVICE D'ADMISSION

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	095	HEURE DU SERVICE D'ADMISSION

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure de l'admission de la spécialité/service de l'installation fournisseur de données.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Heure Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission. Cette valeur est générée automatiquement avec la saisie de l'heure d'admission pour la première séquence. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- L'heure de l'admission correspond à l'arrivée de l'utilisateur au service d'admission inscrite dans les notes de l'infirmière lorsque l'utilisateur est reçu à l'unité de soins et non à l'heure inscrite par le service d'accueil. b- Lorsqu'un utilisateur est admis directement au bloc opératoire, l'heure du service d'admission correspond à l'heure d'entrée au bloc opératoire pour la première séquence. c- La première heure d'admission à une spécialité correspond à l'heure d'admission. Elle est inscrite automatiquement.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission et l'élément 094 « Date du service d'admission ». Si une date est inscrite, une heure doit être saisie. - Validation de correspondance verticale automatique à la saisie avec l'élément 095 « Heure de l'admission. », l'Élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». L'heure du premier service d'admission doit correspondre à celle du champ « Heure de l'admission », et à la saisie les deux heures doivent être identiques. - Validation de correspondance relationnelle automatique avec l'Élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission », l'Élément 094 « Date du service d'admission », l'Élément 083 « Date de départ de l'installation » et l'Élément 084 « Heure de départ de l'installation ». La date/heure du service d'admission de la dernière séquence des services d'admission doit être plus petite à la date/heure de départ de l'installation.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	095	HEURE DU SERVICE D'ADMISSION

Validation inter-enregistrement

- Validation de caractéristiques communes à la saisie avec l'Élément 003 « Numéro du traumatisme », l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission » et l'élément 094 « Date du service d'admission ». Pour un même numéro du traumatisme, si le numéro de séquence est différent de 1, les dates/heures d'admission à la spécialité de chaque numéro de séquence précédente doivent être inférieures à la date/heure indiquée.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ ÉLÉMENT TRANSMIS

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ ENTRÉE EN VIGUEUR

1er avril 2010.

❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION

❖ DOMAINE DE VALEURS

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	096	NUMÉRO DE SÉQUENCE DE L'UNITÉ DE SOINS

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription d'unités de soins au service d'admission de l'installation fournisseur de données. Il permet de discriminer les différentes entrées.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : # Cette valeur est obligatoire si l'usager n'est pas décédé avant l'admission et si une unité de soins est saisie. À chaque inscription d'une unité de soins, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale. L'incrémentation se fait automatiquement et redémarre à 1 à chaque nouveau numéro du traumatisme. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 097 « Unité de soins ». Pour un numéro du traumatisme donné, le numéro de séquence s'incrémente automatiquement avec l'inscription d'une unité de soins. Validation inter-enregistrement - Validation de recherche de doublons à la saisie avec l'Élément 003 « Numéro du traumatisme ». Pour un numéro du traumatisme donné, il ne peut y avoir deux numéros de séquence identiques.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	097	UNITÉ DE SOINS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'unité physique où est hospitalisé l'utilisateur à l'installation fournisseur de données.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Unité de soins

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».

Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- Toutes les unités de soins où l'utilisateur a séjourné doivent être inscrites et au moins une doit être saisie.
 - b- Les installations qui ne possèdent pas d'unité de soins intensifs et/ou d'unité de traumatologie ne doivent pas sélectionner ces cases. Cependant, si les mêmes lits sont déterminés pour désigner les soins intensifs, ils peuvent être considérés comme des lits de soins intensifs.
 - c- La valeur « Soins spécialisés » doit être utilisée lorsque les autres domaines de valeurs ne peuvent être indiqués.
 - d- Le bloc opératoire n'est pas considéré comme une unité de soins. Lorsque l'utilisateur y est amené, laisser comme unité de soins celle où l'utilisateur se trouvait avant d'être opéré.
 - e- Une valeur doit être sélectionnée pour pouvoir continuer.
 - f- S'il s'agit d'une victime de brûlures graves, il est possible d'inscrire la valeur « Soins aux grands brûlés ».
- ❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément

 - Validation de valeur automatique à la saisie.

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si l'utilisateur est décédé à l'arrivée ou au départ de l'urgence, il n'y a aucune valeur dans ce champ.
 - Validation de correspondance simple automatique à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins » qui est généré et incrémenté automatiquement avec le codage d'une unité de soins pour un numéro du traumatisme donné.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	097	UNITÉ DE SOINS

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Circonstances ». Si une option de circonstances est sélectionnée, la valeur « Soins aux grands brûlés » peut être inscrit.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 099 « Date d'arrivée à l'unité de soins », l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins ». Pour un numéro de traumatisme donné et un numéro de séquence, l'inscription d'une unité de soins rend le codage de la date obligatoire et l'inscription d'une date rend le codage de l'unité de soins obligatoire et au moins une unité de soins doit être présente.
- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 099 « Date d'arrivée à l'unité de soins » et l'Élément 100 « Heure d'arrivée à l'unité de soins ». Pour un numéro de traumatisme donné, il ne peut y avoir deux mêmes unités de soins avec les mêmes dates et heures d'arrivées à l'unité de soins.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	1 ^{er} avril 2013 (Consigne à la saisie et validation)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	097	UNITÉ DE SOINS

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1- Soins intensifs

Indique l'unité où l'ensemble des soins destinés à rétablir les fonctions vitales (respiration, circulation, nutrition, excrétion, équilibre ionique, etc.) momentanément perturbées à la suite d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une opération.

2- Soins intermédiaires

Lits de soins entre les lits de soins intensifs et les lits des autres unités de soins d'une installation qui permettent une surveillance étroite des usagers à l'aide d'appareils de monitoring électroniques non invasifs. Ces lits sont souvent utilisés à la sortie des soins intensifs avant de déplacer l'utilisateur dans un lit de soins généraux ou spécialisés.

3- Soins de traumatologie

Lieu de soins destiné aux usagers victimes des traumatismes physiques et au traitement des usagers ayant subi de graves blessures, généralement au cours d'un l'évènement traumatique.

4- Soins spécialisés

Lieu de soins généraux ou spécialisés destiné aux usagers qui ne requiert pas de soins sur une unité de soins intensifs, de soins intermédiaires, de soins de traumatologie ou de soins aux grands brûlés.

5- Soins aux grands brûlés

Lieu de soins d'expertise reconnue destinée aux usagers qui requiert principalement des soins pour des brûlures graves.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	098	PRÉCISIONS

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 30
❖ DÉFINITION	Ce champ précise l'unité de soins spécialisés sur laquelle séjourne l'usager à l'installation fournisseur de données.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Précision Cette valeur est facultative. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 097 « Unité de soins ». Il faut qu'une unité de soins soit saisie pour pouvoir coder des précisions concernant l'unité de soins.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis, mais n'est pas incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	099	DATE D'ARRIVÉE À L'UNITÉ DE SOINS

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date de l'arrivée à l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Arrivée Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- L'utilisateur peut provenir du service d'urgence d'une l'installation ou d'une autre unité de soins. b- Pour un usager dirigé vers le bloc opératoire au départ du service d'urgence d'une l'installation, inscrire la date d'entrée au bloc opératoire comme date d'arrivée à l'unité de soins. c- La première date d'arrivée à une unité de soins correspond à la date d'admission. Elle est inscrite automatiquement.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence », l'élément 063 « Type de destination de l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, si l'utilisateur est décédé à l'arrivée ou au départ de l'urgence, ce champ ne peut être saisi. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 097 « Unité de soins », l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins ». Pour un numéro du traumatisme donné et un numéro de séquence, l'inscription d'une unité de soins rend le codage de la date obligatoire et l'inscription d'une date rend le codage de l'unité de soins obligatoire. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'élément 094 « Date du service d'admission », l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le numéro de séquence est égal à 1, la date de l'unité de soins doit être la même que celle du numéro de séquence 1 de la date du service d'admission.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	099	DATE D'ARRIVÉE À L'UNITÉ DE SOINS

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	100	HEURE D'ARRIVÉE À L'UNITÉ DE SOINS

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure d'arrivée à une unité de soins. Il s'agit de l'heure à laquelle l'utilisateur arrive à l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Heure Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- L'utilisateur peut provenir du service d'urgence d'une l'installation ou d'une autre unité de soins. b- Pour un usager dirigé vers le bloc opératoire au départ du service d'urgence d'une installation, inscrire l'heure d'entrée au bloc opératoire comme heure d'arrivée à l'unité de soins. c- La première heure d'arrivée à une unité de soins correspond à l'heure d'admission. Elle est inscrite automatiquement.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 099 « Date d'arrivée à l'unité de soins ». Si une date est inscrite, une heure doit être saisie. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'élément 095 « Heure du service d'admission », l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le numéro de séquence de l'unité de soins est égal à 1, l'heure d'arrivée à l'unité de soins doit être identique à l'heure du premier service d'admission.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	100	HEURE D'ARRIVÉE À L'UNITÉ DE SOINS

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	101	DATE DE SORTIE DE L'UNITÉ DE SOINS

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur quitte l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Sortie Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission et si une unité de soins est saisie. Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie : a- L'utilisateur peut être dirigé vers une autre unité de soins. b- La dernière date de sortie à une unité de soins correspond à la date de départ de l'installation.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 097 « Unité de soins » qui rend le codage de la date de sortie obligatoire, pour un numéro du traumatisme donné. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'élément 099 « Date de l'arrivée à l'unité de soins ». Pour un numéro du traumatisme donné et un numéro de séquence donné, la date d'arrivée à l'unité de soins doit être inférieure ou égale à la date de sortie de l'unité de soins.		
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune		
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.		
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.		
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.		
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION			
❖ DOMAINE DE VALEURS			

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	102	HEURE DE SORTIE DE L'UNITÉ DE SOINS

- ❖ **FORMAT**

Heure
Longueur : 4
Gabarit (HH/MM)

- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur quitte l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.

- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : Heure

Cette valeur est obligatoire si l'utilisateur n'est pas décédé avant l'admission et si une date de sortie de l'unité de soins est saisie.

Cette variable est comparable au « National Tracs Burn ».

- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

 - a- L'utilisateur peut être dirigé vers une autre unité de soins.

 - b- En cas d'absence d'heure de sortie présente au dossier, inscrire la dernière heure notée. Si aucune note, inscrire 12h00. Attention, la chronologie des séquences des unités de soins doit être respectée et cette heure ne doit pas être plus grande que l'heure de départ de l'admission.

 - c- Pour un usager déclaré en soins de longue durée alors qu'il occupe le même lit de courte durée et lorsque l'heure de sortie est absente, inscrire 12h00. Attention, la chronologie des séquences des unités de soins doit être respectée et cette heure ne doit pas être plus grande que l'heure de départ de l'admission.

 - d- La dernière heure de sortie à une unité de soins correspond à l'heure de départ de l'installation.

- ❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément

 - Validation de format automatique à la saisie.

Validations inter-élément

 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 101 « Date de sortie de l'unité de soins ». Si une date est inscrite, une heure doit être saisie.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'élément 099 « Date de l'arrivée à l'unité de soins », l'élément 100 « Heure de l'arrivée à l'unité de soins ». Pour un numéro du traumatisme donné et un numéro de séquence donné, la date/heure d'arrivée à l'unité de soins doit être inférieure à la date/heure de sortie de l'unité de soins.
 - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'élément 101 « Date de sortie de l'unité de soins », l'élément 083 « Date de départ de l'installation » et l'élément 084 « Heure de départ de l'installation ». Pour un numéro du traumatisme donné et pour la dernière séquence d'unités de soins, la date/heure de sortie à l'unité

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.4	Renseignements de l'admission et du départ
Élément	102	HEURE DE SORTIE DE L'UNITÉ DE SOINS

de soins doivent être identiques à la date/heure de départ de l'installation.

Validation inter-enregistrement

- Validation de caractéristiques communes à la saisie avec l'Élément 003 « Numéro du traumatisme », l'élément 096 « Numéro de séquence de l'unité de soins », l'Élément 099 « Date d'arrivée à l'unité de soins », l'Élément 100 « Heure d'arrivée à l'unité de soins » et l'élément 101 « Date de sortie de l'unité de soins ». Pour un numéro du traumatisme donné, si le numéro de séquence est différent de 1, les dates/heures de sortie de l'unité de soins de chaque numéro de séquence précédent doivent être inférieures ou égales à la date/heure d'arrivée à l'unité de soins.

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	103	DATE DE PRISE DES SIGNES VITAUX
❖ FORMAT	Date	Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date de prise des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, etc.) au service d'urgence ou d'admission.	
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Date Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- La date la plus près de l'arrivée au service d'urgence ou à l'unité de soins pour l'admission (dépendamment des signes vitaux) de l'installation doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière. b- Si la date est manquante, saisir celle de l'arrivée à l'urgence s'il s'agit des signes vitaux de l'urgence ou celle de l'arrivée à l'unité de soins s'il s'agit des signes vitaux de l'admission. c- La première séquence des signes vitaux à l'admission doit correspondre à celle prise à l'arrivée à l'unité de soins.	
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. - Validation de valeur automatique à la saisie (la date doit être inférieure à la date du jour). Validations inter-élément - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée » et l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de la prise des signes vitaux à l'urgence doit être supérieure ou égale à la date d'arrivée à l'urgence de la même séquence et la date de la prise des signes vitaux doit être inférieure ou égale à la date de départ de l'urgence de la même séquence. - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 083 « Date de départ de l'installation ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de la prise des signes vitaux à l'admission doit être inférieure ou égale à la date de départ de l'installation.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	103	DATE DE PRISE DES SIGNES VITAUX

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	104	HEURE DE PRISE DES SIGNES VITAUX

❖ FORMAT	Heure	Longueur : 4	Gabarit (HH/MM)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure de prise des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, etc.) au service d'urgence ou d'admission.		
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Heure Cette valeur est obligatoire pour l'admission et pour l'urgence si une urgence de l'installation fournisseur de données a été visitée et si présente au dossier médical.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- L'heure la plus près de l'arrivée au service d'urgence ou de l'arrivée à l'unité de soins pour l'admission (dépendamment des signes vitaux) de l'installation doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière. b- Si l'heure est manquante, saisir celle de l'arrivée à l'urgence s'il s'agit des signes vitaux de l'urgence ou laisser le champ vide si ce n'est pas l'installation fournisseur de données. Saisir celle de l'arrivée à l'unité de soins pour l'admission s'il s'agit des signes vitaux de l'admission. c- La première séquence des signes vitaux à l'admission doit correspondre à celle prise à l'arrivée à l'unité de soins.		
❖ VALIDATION	Validations sur l'élément - Validation de format automatique à la saisie. Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 103 « Date de prise des signes vitaux » et l'Élément 056 « Code de l'installation fréquentée ». Pour l'urgence, si une date est inscrite une heure doit être saisie si l'installation fréquentée est le fournisseur de données. - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour l'admission, si une date est inscrite une heure doit être saisie.		

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	104	HEURE DE PRISE DES SIGNES VITAUX

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 103 « Date de prise des signes vitaux », l'Élément 051 « Numéro de séquence de l'urgence », l'élément 056 « Code de l'installation fréquentée », l'élément 058 « Date d'arrivée à l'urgence », l'élément 059 « Heure d'arrivée à l'urgence ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date/heure de prise des signes vitaux de l'urgence (si présente) doit être supérieure ou égale à la date/heure d'arrivée à l'urgence (si présente) de la même séquence et la date/heure de prise des signes vitaux de l'urgence (si présente) doit être inférieure ou égale à la date/heure de départ de l'urgence (si présente) de la même séquence.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 103 « Date de prise des signes vitaux », l'élément 080 « Date de l'admission », l'élément 081 « Heure de l'admission ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure de la prise des signes vitaux à l'admission doit être supérieure ou égale à la date/heure de l'admission.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 083 « Date de départ de l'installation », l'élément 084 « Heure de départ de l'installation », et l'Élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date/heure de prise des signes vitaux de l'admssion doit être inférieure à la date/heure de départ de l'installation.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	105	OUVERTURE DES YEUX

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ définit l'ouverture des yeux, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'urgence ou d'admission.	
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Ouverture yeux Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- L'indicateur doit être documenté et précisé tel quel. c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation. d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, une date doit être entrée pour saisir une valeur d'ouverture des yeux.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	105	OUVERTURE DES YEUX

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1 – Aucune

2 – À la douleur

3 – À la voix

4 – Spontanée

Champ vide : aucune information disponible.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	106	RÉPONSE VERBALE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ définit la réponse verbale, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'urgence ou d'admission.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Rép. Verbale Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Des propos incohérents et un langage inapproprié sont des synonymes. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- L'indicateur doit être documenté et précisé tel quel. c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation. d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés. e- Dans le cas d'un usager intubé, la réponse verbale devrait être égale à 1. Ne pas inscrire la valeur du GCS dans le cas contraire.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, une date doit être entrée pour saisir une valeur de réponse verbale.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	106	RÉPONSE VERBALE

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION** 1er avril 2013 (Consigne à la saisie)
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**
 - 1 – Aucune
 - 2 – Sons incompréhensibles
 - 3 – Langage inapproprié
 - 4 – Confuse
 - 5 – Orientée**Champ vide** : aucune information disponible

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	107	RÉPONSE MOTRICE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ définit la réponse motrice, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'urgence ou d'admission.	
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Rép. Motrice Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.	
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- L'indicateur doit être documenté et précisé tel quel. c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation. d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.	
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie. Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, une date doit être entrée pour saisir une valeur de réponse motrice.	
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune	
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.	
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.	
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	107	RÉPONSE MOTRICE

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

1 – Aucune

2 – Extension à la douleur

3 – Flexion à la douleur

4 – Retrait à la douleur

5 – Localise la douleur

6 – Obéit aux commandes

Champ vide : aucune information disponible.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	108	GCS

❖ FORMAT

Numérique Longueur : 2

❖ DÉFINITION

Ce champ indique la mesure du niveau de conscience des victimes de traumatismes crâniens (GCS). Il utilise la meilleure réponse aux stimuli pour l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice. Le résultat résulte de la somme de ces trois composantes.

Selon la nomenclature de G. Teasdale et B. Jennett « Trauma Scoring », l'échelle de Glasgow est un indice portant sur des évaluations entre 3 et 15, 3 étant un état comateux et 15 un état de parfaite conscience.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : GCS

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.

Cet indicateur se calcule automatiquement lorsque tous les champs nécessaires à l'obtention de son résultat sont saisis (Ouverture des yeux, Réponse verbale, Réponse motrice). La saisie manuelle est également permise si une des valeurs est manquante.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

- a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide.
- b- Le 1^{er} résultat du GCS noté après l'arrivée au service d'urgence ou d'admission d'une l'installation doit être inscrit indépendamment s'il s'agit de celui du médecin ou de l'infirmière.
- c- Pour un usager décédé, à son arrivée au service d'urgence de l'installation fournisseur de données, à défaut d'avoir des valeurs, inscrire le GCS = 3. Sinon, le PsiSS et le RTS ne pourront pas être calculés.
- d- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'usager au service d'urgence ou d'admission de l'installation.
- e- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
- f- La première séquence des signes vitaux à l'admission doit correspondre à celle prise à l'arrivée à l'unité de soins.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	108	GCS

g- Dans le cas d'un usager intubé et en présence d'une précision dans le dossier médical d'une réponse verbale différente de 1 ou bien d'un GCS à 15, ne pas inscrire la valeur du GCS car celle-ci est erronée.

❖ VALIDATION

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie (3 à 15).

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, une date doit être inscrite pour saisir une valeur de Glasgow.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 105 « Ouverture des yeux », l'élément 106 « Réponse verbale », l'élément 107 « Réponse motrice ». Le Glasgow se calcule en pointant sur les valeurs d'ouverture des yeux, de réponse verbale et de réponse motrice. La valeur du Glasgow est calculée en additionnant les valeurs de chacun des trois éléments. Le calcul ne s'effectue pas en l'absence d'une des valeurs. Toutefois, il peut être saisi manuellement.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ ÉLÉMENT TRANSMIS

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ ENTRÉE EN VIGUEUR

1er avril 2010.

❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION

1^{er} avril 2013 (Consigne à la saisie)

❖ DOMAINE DE VALEURS

- Valeur entre 3 et 15.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	109	RESPIRATION

FORMAT

Numérique Longueur : 3

❖ DÉFINITION

Ce champ indique le nombre de cycles respiratoires par minute d'un usager pris au service d'urgence ou d'admission.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : Nombre

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier au dossier médical.

La valeur normale pour un adulte se situe entre 12 et 20 mais peut aller de 0 à 40. Pour un nouveau-né, cette valeur normale se situe entre 30 et 40, mais peut aller de 0 à 60.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide.

b- La respiration la plus près de l'arrivée à l'urgence ou à l'admission d'une l'installation doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière.

c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.

d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.

Attention : La respiration et le type de respiration sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signe vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment.

e- La respiration peut être prise de façon spontanée ou être assistée mécaniquement.

f- Pour un usager décédé à son arrivée au service d'urgence de l'installation fournisseur de données, à défaut d'avoir des valeurs, inscrire la respiration = 0. Sinon, le Ps (ISS) et le RTS ne pourront pas être calculés.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	109	RESPIRATION

- ❖ **VALIDATION**
 - Validation sur l'élément**
 - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 100).
 - Validations inter-élément**
 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite pour pouvoir saisir une valeur de fréquence respiratoire.

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**
 - Aucune**

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**
 - Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**
 - Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**
 - 1er avril 2010.

- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
 -

- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**
 - Valeur entre 0 à 100.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTO)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	110	TYPE DE RESPIRATION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le type ou la caractéristique de la respiration au service d'urgence ou d'admission.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Type Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas notée au dossier médical, choisir « Information non disponible ». b- Le type de respiration le plus près de l'arrivée au service d'urgence ou à l'admission d'une l'installation doit être considéré, indépendamment qu'il soit inscrit par le médecin ou l'infirmière. c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation. d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés. Attention : La respiration et le type de respiration sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signe vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment. e- Pour un usager qui arrive au service d'urgence ou d'admission d'une l'installation intubé et sous respirateur, sélectionner F.R.<10 ou ventilé mécaniquement. C'est un usager appelé curarisé. L'état de conscience et le GCS retrouvés sont en lien avec cet état. f- Pour un usager qui arrive décédé au service d'urgence, sélectionner F.R.<10 ou ventilé mécaniquement.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	110	TYPE DE RESPIRATION

- ❖ **VALIDATION**
 - Validations sur l'élément**
 - Validation de valeur automatique à la saisie.
 - Validations inter-élément**
 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite pour pouvoir saisir un type de respiration.
 - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 109 « Respiration ». Pour un numéro du traumatisme donné, si une valeur de respiration est saisie, une des valeurs du type de respiration doit être sélectionnée.
- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**
 - Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**
 - Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**
 - 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
 - 1er avril 2013 (Consigne à la saisie)
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**
 - 1- Normale**
Il s'agit de la mesure du nombre de respiration par minute lorsque le rythme est régulier et stable soit entre 12 et 20.
 - 2- Difficile / Superficielle**
Il s'agit de la mesure du nombre de respiration par minute lorsque la respiration s'effectue difficilement, que la fréquence respiratoire est lente ou qu'elle s'effectue superficiellement ou rapidement.
 - 3- F.R. < 10 ou ventilé mécaniquement**
Il s'agit de la mesure du nombre de respiration par minute lorsque la respiration se situe sous 10 battements par minute ou lorsqu'un usager est ventilé mécaniquement.
 - 4- Information non disponible**
L'information n'est pas notée au dossier.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	111	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE

❖ **FORMAT**

Numérique Longueur : 3

❖ DÉFINITION

Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la systole, c'est-à-dire au moment de la contraction cardiaque au service d'urgence ou d'admission.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : TAS

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.

La valeur normale, pour un adulte, se situe entre 100 et 120 mais peut aller de 0 à 250.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide.

b- La tension artérielle systolique la plus près de l'arrivée au service d'urgence ou d'admission d'une l'installation doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière.

c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.

d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.

Attention : La tension artérielle systolique et diastolique sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signe vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment.

e- Pour un usager décédé à son arrivée au service d'urgence de l'installation fournisseur de données, à défaut d'avoir des valeurs, inscrire la T.A.S. = 0. Sinon, le Ps (ISS) et le RTS ne pourront pas être calculés.

❖ VALIDATION

Validations sur l'élément

- Validation de format automatique à la saisie.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	111	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE

- Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 300).

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite pour pouvoir saisir une valeur de tension artérielle systolique.

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur entre 0 et 300.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	112	TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la diastole, c'est-à-dire entre deux contractions cardiaques au service d'urgence ou d'admission.
- ❖ **DESCRIPTION** Libellé d'écran : TAD
- Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.
- La valeur normale, pour un adulte, se situe entre 80 et 100, mais peut aller de 0 à 150.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
- a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide.
- b- La tension artérielle diastolique la plus près de l'arrivée au service d'urgence ou d'admission d'une l'installation doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière.
- c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.
- d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
- Attention : La tension artérielle systolique et diastolique sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signe vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment.
- ❖ **VALIDATION** **Validations sur l'élément**
- Validation de format automatique à la saisie.
 - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 200).
- Validations inter-élément**
- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	112	TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE

doit être inscrite pour pouvoir saisir une valeur de tension artérielle diastolique.

❖ **SOURCE DE DONNÉES
EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE
MODIFICATION**

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur entre 0 et 200.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	113	OXYGÈNE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'utilisation d'un gaz incolore et inodore (O₂) au service d'urgence ou d'admission.
- ❖ **DESCRIPTION** Libellé d'écran : Oxygène
- Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.
- Le choix de cette valeur est déterminé selon un menu déroulant.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
- a- Il s'agit d'inscrire s'il y a présence ou non d'oxygène à la première mesure du % de saturation qui est prise la plus près de l'arrivée à l'urgence ou à l'admission d'une installation.
- b- Dans le cas où l'information n'est pas disponible dans le dossier médical, sélectionner « Inconnu ».
- c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.
- Attention :** Le pourcentage de saturation en oxygène et la présence ou l'absence d'oxygène sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signes vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement.
- d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
- e- Cette information se retrouve habituellement dans les notes d'infirmières.
- f- Si l'utilisateur est sous ventilation mécanique, utiliser la valeur : Présence d'oxygène.
- g- Pour un usager qui arrive décédé au service d'urgence, sélectionner la valeur « Absence d'oxygène ».

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	113	OXYGÈNE

❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie.

Validation inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, si la date de prise des signes vitaux est saisie une des options de la variable « Oxygène » doit être sélectionnée

❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES**

Aucune

❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ**

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS**

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR**

1er avril 2010.

❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**

1er avril 2013 (Consigne à la saisie)

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

P= Présence d'oxygène

A = Absence d'oxygène

I = Inconnu

Information non connue

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	114	POURCENTAGE DE SATURATION EN OXYGÈNE

- ❖ **FORMAT**

Numérique Longueur : 3,2
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ exprime en pourcentage la mesure, du rapport entre la quantité d'oxygène contenu dans le sang et la capacité en oxygène de ce dernier au service d'urgence ou d'admission.
- ❖ **DESCRIPTION**

Libellé d'écran : % sat

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.

Dans le sang artériel au sortir du circuit pulmonaire, l'hémoglobine n'est jamais entièrement oxygénée, même chez le sujet normal. Le contenu de ce sang en oxygène correspond à une saturation oxygénée artérielle de 95 % (en moyenne 94 à 97 %).
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide.

b- Le pourcentage de saturation en oxygène le plus près de l'arrivée au service d'urgence ou d'admission d'une l'installation doit être considérée, indépendamment qu'il soit inscrit par le médecin ou l'infirmière.

c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.

Attention : Le pourcentage de saturation en oxygène et la présence ou l'absence d'oxygène sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signes vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement.

d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
- ❖ **VALIDATION**

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie (entre 0 et 100).

Validation inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite pour pouvoir saisir une valeur de pourcentage.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	114	POURCENTAGE DE SATURATION EN OXYGÈNE

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSMIS** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**
- Valeur entre 0 et 100%.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	115	POULS

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Il s'agit du nombre de battements par minute au service d'urgence ou d'admission.
- ❖ **DESCRIPTION** Libellé d'écran : Pouls
- Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.
- Ce champ indique la valeur numérique des battements rythmés perçus à la palpation d'une artère superficielle, déterminé par le passage de l'ondée systolique.
- Un usager qui présente un pouls constant sans aucune variation du rythme, est considéré régulier. La valeur normale d'un pouls, pour un adulte, varie entre 60 et 100.
- La valeur du pouls est un nombre qui peut être compris entre 0 et 250.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
- a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide.
- b- Le pouls le plus près de l'heure d'arrivée au service d'urgence ou d'admission d'une l'installation doit être considéré, indépendamment qu'il soit inscrit par le médecin ou l'infirmière.
- c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'usager au service d'urgence ou d'admission de l'installation.
- d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
- ❖ **VALIDATION** **Validation sur l'élément**
- Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 250).
- Validations inter-élément**
- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite pour pouvoir saisir une valeur de pouls.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	115	POULS

- ❖ **SOURCE DE DONNÉES EXTERNES** **Aucune**
- ❖ **ÉLÉMENT TRANSFORMÉ** Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
- ❖ **ENTRÉE EN VIGUEUR** 1er avril 2010.
- ❖ **DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION**
- ❖ **DOMAINE DE VALEURS**
- Valeur entre 0 et 250.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	116	TEMPÉRATURE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 2,2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la température du corps de l'usager au service d'urgence ou d'admission.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : température Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical. Elle est exprimée en degré Celsius.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie : a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'usager au service d'urgence ou d'admission de l'installation. c- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 42). Validation inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite pour pouvoir saisir une valeur de température.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	116	TEMPÉRATURE

❖ **DOMAINE DE VALEURS**

- Valeur entre 0 et 42 degrés Celsius.

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	117	PRESSION INTRACRANIENNE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la valeur numérique de la pression exercée par le liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-arachnoïdien (espace situé entre le crâne et le cerveau) mesurée à l'aide d'appareillages à l'admission.
❖ DESCRIPTION	Libellé d'écran : Press. intracrâ. Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie a- Lorsque la valeur n'est pas disponible, ce champ doit demeurer vide. b- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'admission de l'installation. c- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
❖ VALIDATION	Validation sur l'élément - Validation de valeur automatique à la saisie (0 à 100). Validations inter-élément - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'Élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite pour pouvoir saisir une valeur de pression intracrânienne.
❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES	Aucune
❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ	Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.
❖ ÉLÉMENT TRANSMIS	Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.
❖ ENTRÉE EN VIGUEUR	1er avril 2010.
❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION	
❖ DOMAINE DE VALEURS	

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	118	RTS

❖ FORMAT

Numérique Longueur : 1,4

❖ DÉFINITION

Ce champ représente, le « Revised Trauma Score » (RTS). Il est un indice combinant des données physiologiques : le GCS, la tension artérielle systolique (TAS) et le rythme respiratoire (RR). À chacun de ces trois éléments une valeur de 0 à 4 est donnée. Les valeurs «obtenues» (varient de 0 à 12) sont utilisées comme outil de triage dans les salles d'urgence ou sur le terrain.

❖ DESCRIPTION

Libellé d'écran : RTS

Cette valeur est obligatoire si présente au dossier médical.

Cette valeur est calculée automatiquement lors de la saisie des éléments requis pour le calcul.

Les résultats sont surtout utilisés comme outil de triage dans les services d'urgences.

Le RTS se calcule à partir du résultat de l'échelle de Glasgow, de la tension artérielle systolique et de la respiration selon la formule suivante :

$$\text{RTS} = (\text{score de la respiration} \times 0.2908) + (\text{score de la tension artérielle systolique} \times 0.7326) + (\text{score de GCS} \times 0.9368).$$

Les scores se calculent de la manière suivante :

Valeur	GCS	TAS	RR
4	13-15	>89	10-29
3	9-12	76-89	>29
2	6-8	50-75	6-9
1	4-5	1-49	1-5
0	3	0	0

Si une des informations nécessaires au calcul du RTS est manquante, le champ reste vide.

❖ PRÉCISIONS

Consignes à la saisie

a- Ce champ est calculé automatiquement lors de la saisie des éléments requis pour le calcul. Aucune saisie manuelle ne doit être faite. Le résultat s'affiche automatiquement à l'écran de saisie.

b- Ce champ est calculé seulement pour les signes vitaux à l'urgence.

Cadre normatif du système d'information sur le registre des traumatismes (SIRTQ)

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-Section	3.3.5	Signes vitaux
Élément	118	RTS

❖ VALIDATION

Validation sur l'élément

- Validation de valeur automatique à la saisie (entre 0 et 7,8408).

Validations inter-élément

- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux doit être inscrite, pour pouvoir afficher une valeur du RTS.

- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 108 « GCS », l'élément 111 « Tension artérielle systolique », l'élément 109 « Respiration ». Le RTS se calcule à partir des valeurs des trois éléments précédents selon la formule de la description. Il ne peut être modifié manuellement.

❖ SOURCE DE DONNÉES EXTERNES

Aucune

❖ ÉLÉMENT TRANSFORMÉ

Cet élément est saisi ou importé tel quel, et n'a pas fait l'objet de transformation.

❖ ÉLÉMENT TRANSMIS

Oui, l'élément est transmis et est incorporé à la banque de données ministérielle.

❖ ENTRÉE EN VIGUEUR

1er avril 2010.

❖ DATE DE DERNIÈRE MODIFICATION

❖ DOMAINE DE VALEURS

- Valeur entre 0 et 7,8408.

BIBLIOGRAPHIE

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2002), Loi sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Assemblée nationale (L.R.Q., chapitre S-4-2), Publication Québec.

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2002), Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs, Québec, Assemblée nationale (L.R.Q., chapitre S-4-2, r.9), Publication Québec.

CLASSIFICATION CANADIENNE DES INTERVENTIONS EN SANTÉ, Institut canadien de l'information sur la santé, Ottawa, Ottawa, 2006.

CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES, 10^{ième} révision, Canada, Institut canadien de l'information sur la santé, Ottawa, 2006.

DATA MANAGEMENT USER AND TRAINING MANUAL, The american college of surgeons, National trauma registry system, February 7, 2002.

DATA DICTIONNARY, The american college of surgeons, National trauma registry system, February 27, 2002.

GUIDE D'UTILISATION POUR LA COLLECTE DES DONNÉES DE LA M.I.F. (Mesure de l'indépendance fonctionnelle), 1990, State University of New York at Buffalo.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cadre normatif et protocole d'échange du système d'information sur la clientèle et les services en CLSC, Révision janvier 2004, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cadre normatif MED-ECHO, Mise à jour 2006, Québec, MSSS.

THE ABBREVIATED INJURY SCALE, 1990 REVISION, Association for the Advancement of Automotive Medicine, Des Plaines, USA.

<http://www.chgranby.qc.ca/trauma.htm>

http://w3.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index1024_1.asp

http://www.sqep.ca/archives/presentations/Gervaisdube_colsqep99.pdf

http://64.233.161.104/search?q=cache:lfmRTJiJnpYJ:www.moteurline.apf.asso.fr/reference/refprof_doc/ACirculaireTCdu4juin-04.rtf+d%C3%A9finition+internationale+%22traumatisme+cranio-c%C3%A9phalique%22&hl=fr&gl=ca&ct=clnk&cd=15

BIBLIOGRAPHIE

http://64.233.161.104/search?q=cache:lfmRTJiJnpYJ:www.moteurline.apf.asso.fr/reference/refprof_doc/ACirculaireTCdu4juin-04.rtf

<http://www.traumaquebec.com/client/uploads/58/50246925053911.pdf>

<http://www.trauma.org/scores/ais.html>

Informations sur les grands brûlés et type de brûlure:

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Br%C3%BBlure>

Inhalation:

<http://www.urgence-pratique.com/2articles/medic/art-medical-12.htm>

http://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_pulmonaire_obstructive_chronique

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Spirom%C3%A9trie>

Définition de la règle des neuf de wallace (%brûlure)

<http://www.caducee.net/DossierSpecialises/dermatologie/brulure.asp#classification>

Définition de brûlure pour description de la brûlure:

<http://www.urgencyclopedia.info/index.php/Br%FBllure>

Explication des critères de gravité des brûlures:

<http://www.infirmiers.com/etud/cours/urgrea/brulurepec.php>

Calcul de l'évaluation du pourcentage de brûlure:

<http://www.caducee.net/DossierSpecialises/dermatologie/brulure.asp#classification>

Surface corporelle:

http://www.ulaval.ca/cirris/pdf/RAPPORT%20FINAL2_nov05.pdf

PS-ISS

<http://www.trauma.org>

ANNEXE 1
DÉFINITION

Pour faciliter la lecture de ce présent cadre normatif, les différentes définitions ont été intégrées dans le texte et particulièrement dans la description des éléments du Chapitre 3.

ANNEXE 2

LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

Liste et description des données transmises

No et nom de l'élément	Type	Longueur	Définitions
Écran 1 – Renseignements sur l'utilisateur et l'événement			
001- CODE D'INSTALLATION FOURNISSEUR DE DONNÉES	N	8	Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont dispensés à l'utilisateur après le traumatisme et où est effectuée la saisie des données. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
002- PÉRIODE	A	11	Ce champ indique la période de l'année financière correspondant à la date de départ de l'utilisateur de l'installation.
003- NUMÉRO DU TRAUMATISME	N	9	Ce champ indique le numéro attribué à l'utilisateur inscrit au registre des traumatismes par l'installation fournisseur de données.
004- NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL	A	14	Ce champ indique le numéro de dossier médical de l'utilisateur. Ce numéro est unique pour chaque installation. Celui-ci est non descriptif, unique et permanent attribué par l'installation et il permet de colliger toutes les informations sur les soins dispensés à un utilisateur.
005- NOM	A	30	Ce champ indique le nom de l'utilisateur à la naissance.
006- PRÉNOM	A	25	Ce champ indique le prénom de l'utilisateur à la naissance.
007- DATE DE NAISSANCE	Date	8	Ce champ indique l'année, le mois et le jour de naissance de l'utilisateur.
008- SEXE	A	1	Ce champ indique la conformation particulière qui distingue l'homme de la femme.
009- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	A	12	Ce champ indique le numéro d'assurance maladie (NAM) attribué par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
010- RAISON D'ABSENCE DU NAM	N	1	Ce champ précise la raison d'absence du numéro d'assurance maladie du Québec.
011- DATE DU TRAUMATISME	Date	8	Ce champ indique la date du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
012- HEURE DU TRAUMATISME	Heure	6	Ce champ indique l'heure du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
013- CODE GÉOGRAPHIQUE DE LA RÉSIDENCE	N	2	Ce champ indique le code géographique du lieu de la résidence de l'utilisateur. Il peut désigner une province ou un pays.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

014- CODE POSTAL DE LA RÉSIDENCE	A	6	Ce champ indique la partie intégrante de l'adresse du lieu de résidence habituel de l'utilisateur selon la Société canadienne des postes.
015- CODE MUNICIPAL DE LA RÉSIDENCE	A	5	Ce champ indique le code défini par le Bureau de la Statistique du Québec, attribué à chacune des municipalités ayant un statut légalement reconnu et aux territoires non organisés du Québec et les codes des provinces du Canada et ceux des autres pays.
016- INDICATEUR EXCLUSION	A	1	Ce champ indique un cas de traumatisme qui ne correspond pas aux critères ministériels d'inclusion au Registre des traumatismes du Québec.
017- CODE GÉOGRAPHIQUE DU LIEU DU TRAUMATISME	N	2	Ce champ indique le code géographique du lieu du traumatisme au moment du traumatisme. Il peut désigner une province ou un pays.
018- CODE MUNICIPAL DU LIEU DU TRAUMATISME	A	5	Ce champ indique le code défini par le Bureau de la Statistique du Québec, attribué à chacune des municipalités ayant un statut légalement reconnu et aux territoires non organisés du Québec.
019- CODE CAUSE EXTERNE	A	7	Ce champ indique la cause externe responsable du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
020- CODE D'ACTIVITÉ	A	7	Ce champ indique l'activité exercée reliée à la cause externe responsable du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
021- ASSURANCE MÉDICALE	N	2	Ce champ permet l'identification de l'assurance médicale qui indemnise l'utilisateur au moment du traumatisme.
022- TRAUMATISME DURANT LE TRAVAIL	A	1	Ce champ indique si l'accident est survenu durant le travail.
023- LIEU DU TRAUMATISME	N	2	Ce champ indique le lieu physique où s'est produit le traumatisme qui est à l'origine du séjour hospitalier.
024- CAUSE DU TRAUMATISME	N	1	Ce champ indique la cause du traumatisme qui est à l'origine du séjour à l'installation.
025- CODE RÔLE USAGER VÉHICULE	N	2	Ce champ indique la position de l'utilisateur à l'intérieur, à l'extérieur ou sur le véhicule à moteur au moment du traumatisme. Il peut s'agir d'autres moyens de transport (traction animale, vélo, etc.).
026- MATÉRIEL DE PROTECTION	N	1	Ce champ indique le matériel de protection utilisé ou porté par l'utilisateur au moment du traumatisme.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

027- DATE DE CRÉATION	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle le numéro du traumatisme a été créé dans l'application locale.
028- CODE IDENTIFIANT CRÉATION	A	15	Ce champ indique le code identifiant l'utilisateur de l'installation fournisseurs de données qui saisit des informations dans l'application locale.
029- DATE DE MODIFICATION	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle une modification a été apportée au registre de l'utilisateur.
030- CODE IDENTIFIANT MODIFICATION	A	15	Ce champ indique le code identifiant l'utilisateur de l'installation fournisseurs de données qui modifie des informations dans l'application locale.
031- STATUT DU DOSSIER	A	3	Ce champ indique le statut du dossier d'un usager.
Écran 2 – Services préhospitaliers			
032- MODE DE TRANSPORT À LA PREMIÈRE INSTALLATION	N	2	Ce champ indique le moyen de transport utilisé par l'utilisateur pour se rendre du lieu du traumatisme jusqu'à la première installation.
033- DATE D'ARRIVÉE DE L'AMBULANCE SUR LA SCÈNE	Date	8	Ce champ indique la date d'arrivée de l'ambulance sur le lieu de l'accident.
034- HEURE D'ARRIVÉE DE L'AMBULANCE SUR LA SCÈNE	Heure	6	Ce champ indique l'heure d'arrivée de l'ambulance sur le lieu de l'accident.
035- DATE DE DÉPART DE L'AMBULANCE DE LA SCÈNE	Date	8	Ce champ indique la date de départ de l'ambulance du lieu du traumatisme.
036- HEURE DE DÉPART DE L'AMBULANCE DE LA SCÈNE	Heure	6	Ce champ indique l'heure de départ de l'ambulance du lieu du traumatisme.
037- IHV	A	1	Ce champ indique s'il y a eu présence d'un impact à haute vitesse lors de l'accident de véhicule à moteur qui a causé le traumatisme. La valeur est telle que notée par les ambulanciers.
038- DÉSINCARCÉRATION	A	1	Ce champ indique si l'utilisateur a dû être extrait d'un véhicule accidenté.
039- IPT	N	2	Ce champ indique la valeur de l'indice préhospitalier traumatique (IPT). L'IPT est une adaptation du PHI (Prehospital Index) permettant de trier parmi l'ensemble des blessés ceux qui doivent accéder à une installation désignée en traumatologie.
040- FRÉQUENCE RESPIRATOIRE PRÉHOSPITALIÈRE	N	3	Ce champ indique le nombre de cycles respiratoires par minute tel que noté par les ambulanciers.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

041-POULS PRÉHOSPITALIER	N	3	Ce champ indique le nombre de battements par minute tel que noté par les ambulanciers.
042- TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE PRÉHOSPITALIÈRE	N	3	Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la systole, c'est-à-dire au moment de la contraction cardiaque tel que notée par les ambulanciers.
043- A.V.P.U SUR LA SCÈNE DE L'ACCIDENT	A	1	Ce champ indique l'état de conscience de l'utilisateur sur la scène de l'accident tel que noté par les ambulanciers.
044- OXYGÈNE PRÉHOSPITALIER	A	1	Ce champ indique l'utilisation en préhospitalier d'un gaz incolore et inodore, l'oxygène (O ₂).
045- POURCENTAGE DE SATURATION EN OXYGÈNE AU PRÉHOSPITALIER	N	3,2	Ce champ exprime, en pourcentage, le rapport entre la quantité d'oxygène contenu dans le sang et la capacité en oxygène de ce dernier.
046- CODE DE LA PREMIÈRE INSTALLATION	N	8	Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les premiers soins après le traumatisme ont été donnés à l'utilisateur. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
047- NOM DE LA PREMIÈRE INSTALLATION	A	55	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où les soins ont été ou sont donnés à l'utilisateur.
048- DATE D'ARRIVÉE À LA PREMIÈRE INSTALLATION	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur arrive à la première installation avant même d'avoir été inscrit ou admis.
049- HEURE D'ARRIVÉE À LA PREMIÈRE INSTALLATION	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur arrive à l'installation avant même d'avoir été inscrit ou admis.
050- NUMÉRO DU DOSSIER MÉDICAL À LA PREMIÈRE INSTALLATION	A	14	Ce champ indique le numéro de dossier médical de l'utilisateur à la première installation. Ce numéro est unique pour chaque installation. Celui-ci est non descriptif, unique et permanent attribué par l'installation et il permet de colliger toutes les informations sur les soins dispensés à un usager.
Écran 3 – Renseignements de l'urgence			
051- NUMÉRO DE SÉQUENCE DE L'URGENCE	N	3	Ce champ indique le niveau d'hierarchisation de l'urgence de l'installation qui accueille l'utilisateur. Il permet de discriminer les différentes entrées.
052- MODE DE TRANSPORT À L'URGENCE	N	1	Ce champ indique le moyen de transport utilisé par l'utilisateur pour se rendre à l'urgence de l'installation où l'utilisateur a reçu des soins.
053- TYPE DE PROVENANCE À L'URGENCE	N	2	Ce champ indique le type de provenance de l'utilisateur lors de son arrivée au service d'urgence de l'installation.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

054- CODE D'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'URGENCE	N	8	Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'utilisateur à l'arrivée au service d'urgence à l'installation où il a reçu des soins. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
055- NOM D'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'URGENCE	A	55	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'utilisateur à son arrivée au service d'urgence de l'installation où il a reçu des soins.
056- CODE DE L'INSTALLATION FRÉQUENTÉE	N	8	Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins à l'urgence ont été donnés à l'utilisateur. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
057- NOM DE L'INSTALLATION FRÉQUENTÉE	A	55	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où les soins à l'urgence ont été prodigués à l'utilisateur.
058- DATE D'ARRIVÉE À L'URGENCE	Date	8	Ce champ indique la date d'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence.
059- HEURE D'ARRIVÉE À L'URGENCE	Heure	6	Ce champ indique l'heure d'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence.
060- STATUT À L'ARRIVÉE À L'URGENCE	N	1	Ce champ indique le statut de l'utilisateur au moment de l'arrivée au service d'urgence.
061- DATE DE DÉPART DE L'URGENCE	Date	8	Ce champ indique la date de départ de l'utilisateur du service d'urgence.
062- HEURE DE DÉPART DE L'URGENCE	Heure	6	Ce champ indique l'heure de départ de l'utilisateur du service d'urgence.
063- TYPE DE DESTINATION DE L'URGENCE	N	2	Ce champ indique le type de destination de l'utilisateur à son départ du service d'urgence où il a reçu des soins.
064- CODE D'INSTALLATION DE DESTINATION À L'URGENCE	N	8	Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation où est transféré, référé ou admis l'utilisateur au départ de l'urgence. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.
065- NOM D'INSTALLATION DE DESTINATION À L'URGENCE	A	55	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où est transféré, référé ou admis l'utilisateur à son départ de l'urgence.
066- AUTOPSIE À L'URGENCE	A	1	Ce champ indique si une autopsie est pratiquée sur le corps de l'utilisateur décédé

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

067- CAS CORONER À L'URGENCE	A	1	Ce champ indique que le coroner est mandaté pour effectuer une investigation afin d'identifier les causes et les circonstances du décès. Une autopsie peut être pratiquée sur le corps. Si elle est effectuée hors de l'installation, le rapport est accessible au Bureau du coroner, sur demande.
068- DON D'ORGANE À L'URGENCE	A	1	Ce champ indique qu'un prélèvement pour don d'organes a été effectué sur un usager décédé.
069- NUMÉRO DE SÉQUENCE DES CONSULTATIONS	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel relatif à l'attribution des consultations au service d'urgence de l'installation fournisseur de données. Il permet de discriminer les différentes entrées.
070- DOMAINE DE CONSULTATION	N	2	Ce champ permet l'inscription du code et du nom du domaine de consultation au service d'urgence de l'installation fournisseur de données.
071- DATE DE DEMANDE DE CONSULTATION	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle le consultant est demandé en consultation auprès d'un usager au service d'urgence de l'installation fournisseur de données.
072- HEURE DE DEMANDE DE CONSULTATION	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle le consultant est demandé en consultation auprès d'un usager au service d'urgence de l'installation fournisseur de données.
073- DATE DE CONSULTATION	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle le consultant arrive auprès de l'usager pour effectuer sa consultation.
074- HEURE DE CONSULTATION	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle le consultant arrive auprès de l'usager pour effectuer sa consultation.
Écran 4 – Renseignements de l'admission et du départ			
075- MODE DE TRANSPORT À L'ADMISSION	N	1	Ce champ indique le moyen de transport utilisé par l'usager pour se rendre à l'admission.
076- TYPE DE PROVENANCE À L'ADMISSION	N	2	Ce champ indique la provenance immédiate de l'usager lors de son admission à une installation.
077- CODE DE L'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'ADMISSION	N	8	Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'usager au service d'admission. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
078- NOM DE L'INSTALLATION DE PROVENANCE À L'ADMISSION	A	55	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation d'où provient l'usager au service d'admission.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

079- INDICATEUR RÉGIONALISATION	A	1	Ce champ indique si l'utilisateur provient d'une admission d'une autre installation et qu'il est transféré dans sa région d'origine.
080- DATE DE L'ADMISSION	Date	8	Ce champ indique la date de l'admission à l'installation fournisseur de données.
081- HEURE DE L'ADMISSION	Heure	6	Ce champ indique l'heure de l'admission à l'installation fournisseur de données.
082- ADMISSION DIRECTE AU BLOC OPÉRATOIRE	A	1	Ce champ indique une admission directe au bloc opératoire.
083- DATE DE DÉPART DE L'INSTALLATION	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur quitte le service d'admission de l'installation fournisseur de données.
084- HEURE DE DÉPART DE L'INSTALLATION	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur quitte le service d'admission de l'installation fournisseur de données.
085- DATE DE DEMANDE DE TRANSFERT	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle la demande de transfert est effectuée pour que l'utilisateur quitte le service d'admission de l'installation fournisseur de données. La demande concerne soit le retour vers une installation de la région d'origine de cet usager soit un transfert pour recevoir des traitements de réadaptation. Cette destination n'est pas seulement utilisée pour les centres hospitaliers de réadaptation mais pour tous les centres hospitaliers qui offrent des services de réadaptation, soit : pour une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou un centre de réadaptation (CR).
086- TYPE DE DESTINATION AU DÉPART	N	2	Ce champ indique le type de destination de l'utilisateur à son départ de l'installation fournisseur de données.
087- CODE D'INSTALLATION DE DESTINATION AU DÉPART	N	8	Ce champ indique le code de destination inscrit au matricule de l'installation au départ de l'utilisateur de l'installation fournisseur de données. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
088- NOM D'INSTALLATION DE DESTINATION AU DÉPART	A	55	Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation de destination au départ de l'utilisateur de l'installation fournisseur de données.
089-AUTOPSIE	A	1	Ce champ indique si une autopsie est pratiquée sur le corps de l'utilisateur décédé

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

090-CAS CORONER	A	1	Ce champ indique que le coroner est mandaté pour effectuer une investigation afin d'identifier les causes et les circonstances du décès. Une autopsie peut être pratiquée sur le corps. Si elle est effectuée hors de l'installation, le rapport est accessible au Bureau du coroner, sur demande.
091- DON D'ORGANE	A	1	Ce champ indique qu'un prélèvement pour don d'organes a été effectué sur un usager décédé.
092- NUMÉRO DE SÉQUENCE DU SERVICE D'ADMISSION	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de l'admission à une spécialité à l'installation fournisseur de données. Il permet de discriminer les différentes entrées.
093- CODE DU SERVICE D'ADMISSION	N	2	Ce champ permet l'inscription du numéro et de la description du service dans lequel l'usager a séjourné à l'installation fournisseur de données.
094-DATE DU SERVICE D'ADMISSION	Date	8	Ce champ indique la date de l'admission à une spécialité/service de l'installation fournisseur de données.
095- HEURE DU SERVICE D'ADMISSION	Heure	6	Ce champ indique l'heure de l'admission de la spécialité/service de l'installation fournisseur de données.
096- NUMÉRO DE SÉQUENCE DE L'UNITÉ DE SOINS	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription d'unités de soins au service d'admission de l'installation fournisseur de données. Il permet de discriminer les différentes entrées.
097- UNITÉ DE SOINS	A	1	Ce champ indique l'unité physique où est hospitalisé l'usager à l'installation fournisseur de données.
098- PRÉCISIONS	A	30	Ce champ précise l'unité de soins spécialisés sur laquelle séjourne l'usager à l'installation fournisseur de données.
099- DATE D'ARRIVÉE À L'UNITÉ DE SOINS	Date	8	Ce champ indique la date de l'arrivée à l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.
100- HEURE D'ARRIVÉE À L'UNITÉ DE SOINS	Heure	6	Ce champ indique l'heure d'arrivée à une unité de soins. Il s'agit de l'heure à laquelle l'usager arrive à l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.
101- DATE DE SORTIE DE L'UNITÉ DE SOINS	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle l'usager quitte l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.
102- HEURE DE SORTIE DE L'UNITÉ DE SOINS	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle l'usager quitte l'unité de soins de l'installation fournisseur de données.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

Écran 5 – Signes vitaux			
103- DATE DE PRISE DES SIGNES VITAUX	Date	8	Ce champ indique la date de prise des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, etc.) au service d'urgence ou d'admission.
104- HEURE DE PRISE DES SIGNES VITAUX	Heure	6	Ce champ indique l'heure de prise des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, etc.) au service d'urgence ou d'admission.
105- OUVERTURE DES YEUX	N	1	Ce champ définit l'ouverture des yeux, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'urgence ou d'admission.
106- RÉPONSE VERBALE	N	1	Ce champ définit la réponse verbale, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'urgence ou d'admission.
107- RÉPONSE MOTRICE	N	1	Ce champ définit la réponse motrice, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'urgence ou d'admission.
108- GCS	N	2	Ce champ indique la mesure du niveau de conscience des victimes de traumatismes crâniens (GCS). Il utilise la meilleure réponse aux stimuli pour l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice. Le résultat résulte de la somme de ces trois composantes. Selon la nomenclature de G. Teasdale et B. Jennett « Trauma Scoring », l'échelle de Glasgow, est un indice portant sur des évaluations entre 3 et 15, 3 étant un état comateux et 15 un état de parfaite conscience.
109- RESPIRATION	N	3	Ce champ indique le nombre de cycles respiratoires par minute d'un usager pris au service d'urgence ou d'admission.
110- TYPE DE RESPIRATION	N	1	Ce champ indique le type ou la caractéristique de la respiration au service d'urgence ou d'admission.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

111- TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE	N	3	Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la systole, c'est-à-dire au moment de la contraction cardiaque au service d'urgence ou d'admission.
112- TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE	N	3	Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la diastole, c'est-à-dire entre deux contractions cardiaques au service d'urgence ou d'admission.
113- OXYGÈNE	A	1	Ce champ indique l'utilisation d'un gaz incolore et inodore (O ₂) au service d'urgence ou d'admission.
114- POURCENTAGE DE SATURATION EN OXYGÈNE	N	3,2	Ce champ exprime en pourcentage la mesure, du rapport entre la quantité d'oxygène contenu dans le sang et la capacité en oxygène de ce dernier au service d'urgence ou d'admission.
115- POULS	N	3	Il s'agit du nombre de battements par minute au service d'urgence ou d'admission.
116- TEMPÉRATURE	N	2,2	Ce champ indique la température du corps de l'usager au service d'urgence ou d'admission.
117- PRESSION INTRACRANIENNE	N	3	Ce champ indique la valeur numérique de la pression exercée par le liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-arachnoïdien (espace situé entre le crâne et le cerveau) mesurée à l'aide d'appareillages spécialisés au service d'urgence ou d'admission.
118- RTS	N	1,4	Ce champ représente, le « Revised Trauma Score » (RTS). Il est un indice combinant des données physiologiques : le GCS, la tension artérielle systolique (TAS) et le rythme respiratoire (RR). À chacun de ces trois éléments une valeur de 0 à 4 est donnée. Les valeurs «obtenues» (varient de 0 à 12) sont utilisées comme outil de triage dans les salles d'urgence ou sur le terrain.
Écran 6 – Examens et traitements			
119- INTOXICATION ALCOOL SUSPECTÉE	A	1	Ce champ indique la suspicion d'intoxication à l'alcool au service d'urgence et à l'admission pour les victimes de brûlures graves.
120- TAUX INTOXICATION ALCOOL	N	3,2	Ce champ précise le résultat du test d'intoxication à l'alcool au service d'urgence et à l'admission pour les victimes de brûlures graves.
123- INTOXICATION DROGUES/MÉDICAMENTS	A	2	Ce champ précise des indications concernant le test d'intoxication aux drogues ou l'absorption d'une quantité importante de médicaments au service d'urgence ou d'admission pour les victimes de brûlures graves.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

122- MODIFICATION ARTIFICIELLE DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE	A	1	Ce champ indique si l'état général d'éveil et de réaction aux stimuli internes (ou externes) (état de conscience) de l'utilisateur a été modifié artificiellement ou non par des traitements physiques ou chimiques au service d'urgence ou d'admission.
123- TYPE DE MODIFICATION DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE	A	4	Ce champ indique comment l'état général d'éveil et de réaction aux stimuli internes (ou externes) (état de conscience) de l'utilisateur a été modifié artificiellement par des traitements physiques ou chimiques au service d'urgence ou d'admission.
124- ÉVALUATION RADIOLOGIQUE	A	1	Ce champ indique qu'une évaluation radiologique a été réalisée pour un usager lors de son séjour au service d'urgence d'une installation.
125- DATE DU FAST ECHO	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle le FAST écho (Focused Assessment with Sonography in Traumatology) est réalisé auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation.
126- HEURE DU FAST ECHO	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle le FAST écho (Focused Assessment with Sonography in Traumatology) est réalisée auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation.
127- DATE D'INSTALLATION DU DRAIN THORACIQUE	Date	8	Ce champ indique la date qu'un drain a été inséré dans la cavité thoracique de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission d'une installation.
128- HEURE D'INSTALLATION DU DRAIN THORACIQUE	Heure	6	Ce champ indique l'heure qu'un drain a été inséré dans la cavité thoracique de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission d'une installation.
129- DATE D'INSTALLATION DE L'INTRAVEINEUSE	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle l'intraveineuse a été installée à l'utilisateur au service d'urgence d'une installation.
130- HEURE D'INSTALLATION DE L'INTRAVEINEUSE	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle l'intraveineuse a été installée à l'utilisateur au service d'urgence d'une installation.
131- DATE DE L'INTUBATION	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle l'intubation a été effectuée sur l'utilisateur au service d'urgence d'une installation. L'intubation est le fait d'introduire, par la bouche ou le nez, une sonde dans la trachée ce qui permet de conserver la perméabilité des voies aériennes supérieures et de réaliser une connexion avec une ventilation artificielle.
132- HEURE DE L'INTUBATION	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle l'intubation a été effectuée sur l'utilisateur au service d'urgence d'une installation. L'intubation est le fait d'introduire, par la

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

			bouche ou le nez, une sonde dans la trachée ce qui permet de conserver la perméabilité des voies aériennes supérieures et de réaliser une connexion avec une ventilation artificielle.
133- DATE GAZOMÉTRIE	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle la gazométrie a été effectuée sur l'usager au service d'urgence d'une installation. La gazométrie représente l'extraction et le dosage de gaz dissous dans un liquide (en particulier, des gaz du sang) artériel ou veineux.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

134- HEURE GAZOMÉTRIE	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle la gazométrie a été effectuée sur l'utilisateur au service d'urgence d'une installation. La gazométrie représente l'extraction et le dosage de gaz dissous dans un liquide (en particulier, des gaz du sang) artériel ou veineux.
135- DATE DOSAGE DES LACTATES	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle le dosage des lactates a été effectué sur l'utilisateur au service d'urgence d'une installation. Le dosage des lactates représente la quantité d'acide lactique présent dans le sang veineux ou artériel.
136- HEURE DOSAGE DES LACTATES	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle le dosage des lactates a été effectué sur l'utilisateur au service d'urgence d'une installation. Le dosage des lactates représente la quantité d'acide lactique présent dans le sang veineux ou artériel.
137- NUMÉRO DE SÉQUENCE DE L'IMAGERIE MÉDICALE	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription d'imageries médicales au service d'urgence ou d'admission d'une installation. Il permet de discriminer les différentes entrées.
138- TYPE D'IMAGERIE MÉDICALE	N	1	Ce champ indique le type d'imagerie médicale demandé au service d'urgence ou d'admission d'une installation. L'imagerie médicale comprend l'ensemble des procédés physiques qui permettent d'obtenir l'image d'une région anatomique ou d'un organe, utilisable et interprétable du point de vue médical, quelle que soit la nature des radiations ou des ondes utilisées pour l'exploration de l'utilisateur.
139- RÉGION DU CORPS DE L'IMAGERIE MÉDICALE	N	2	Ce champ indique la région du corps pour laquelle une imagerie médicale a été réalisée au service d'urgence ou d'admission d'une installation.
140- DATE DE DEMANDE DE L'IMAGERIE MÉDICALE	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle une imagerie médicale a été demandée au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation.
141- HEURE DE DEMANDE DE L'IMAGERIE MÉDICALE	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle une imagerie médicale a été demandée au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation.
142- DATE DE RÉALISATION DE L'IMAGERIE MÉDICALE	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle une imagerie médicale a été réalisée au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation.
143- HEURE DE RÉALISATION DE L'IMAGERIE MÉDICALE	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle une imagerie médicale a été réalisée au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

144- NUMÉRO DE SÉQUENCE DES TRAITEMENTS	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel lors de l'inscription des interventions médicales ou des traitements au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation. Il permet de discriminer les différentes entrées.
145- CODE DE TRAITEMENT	A	10	Ce champ précise le code des interventions médicales ou des traitements médicaux qui sont effectuées médicalement et/ou chirurgicalement au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation. Elles sont effectuées par le médecin, le chirurgien et/ou le radiologiste et sont codées selon la Classification canadienne des interventions en santé (CCI).
146- DESCRIPTION DE CODE DE TRAITEMENT	A	60	Ce champ indique la description des actes thérapeutiques, des traitements médicaux et chirurgicaux qui sont réalisés au service d'urgence ou d'admission d'une installation.
147- NOMBRE DE TRAITEMENTS	N	6	Ce champ indique le nombre de fois où une intervention médicale ou un traitement à l'usager a eu lieu au service d'urgence ou d'admission d'une installation.
148- CODE D'ATTRIBUT DE SITUATION	A	2	Ce champ indique la description, plus en détail, des interventions qui constituent des « répétitions/reprises », des « abandons en cours d'intervention », des « changements », des « retards » ou des « planifications », par exemple. Ces interventions peuvent avoir été réalisées au service d'urgence ou d'admission d'une installation.
149- CODE D'ATTRIBUT DE LIEU	A	2	Ce champ indique l'identification des détails et des données anatomiques supplémentaires relatifs par exemple à la latéralité (par exemple, (G) gauche, (D) droit, (B) bilatéral). Ce sont des informations supplémentaires relatives à des actes thérapeutiques, des traitements médicaux et chirurgicaux qui sont réalisés au service d'urgence ou d'admission d'une installation.
150- CODE D'ATTRIBUT D'ÉTENDUE	A	2	Ce champ indique, si nécessaire, une mesure quantitative relative à l'intervention (par exemple, longueur de la lacération réparée, nombre de structures anatomiques atteintes). Ce sont des informations supplémentaires relatives à des actes thérapeutiques, des traitements médicaux et chirurgicaux qui sont réalisés au service d'urgence ou d'admission d'une installation.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

151- DATE DU TRAITEMENT	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle des interventions médicales ou des traitements ont été effectuées au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation.
152- HEURE DU TRAITEMENT	Heure	6	Ce champ indique l'heure où des interventions médicales ont été effectuées au service d'urgence et/ou d'admission d'une installation.
153- LIEU DE TRAITEMENT	N	1	Ce champ indique le lieu physique où sont effectués les traitements médicaux et/ou chirurgicaux au service d'urgence ou d'admission d'une l'installation.
154- DATE DE SORTIE DU BLOC OPÉRATOIRE	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a quitté le bloc opératoire.
155- HEURE DE SORTIE DU BLOC OPÉRATOIRE	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur a quitté le bloc opératoire.
156- NUMÉRO DE SÉQUENCE DE VENTILATION MÉCANIQUE	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de la ventilation mécanique au service d'admission de l'installation fournisseur de données. Il permet de discriminer les différentes entrées
157- DATE DE DÉBUT DE VENTILATION MÉCANIQUE	Date	8	Ce champ indique la date où la ventilation mécanique est débutée. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.
158- HEURE DE DÉBUT DE VENTILATION MÉCANIQUE	Heure	6	Ce champ indique l'heure où la ventilation mécanique est débutée. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.
159- DATE D'ARRÊT DE VENTILATION MÉCANIQUE	Date	8	Ce champ indique la date où la ventilation mécanique a cessé au service d'admission de l'installation fournisseur de données. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.
160- HEURE D'ARRÊT DE VENTILATION MÉCANIQUE	Heure	6	Ce champ indique l'heure où la ventilation mécanique a cessé au service d'admission de l'installation fournisseur de données. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

161- TRAITEMENTS PARAMÉDICAUX	N	2	Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant paramédical tel que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique, l'équipe multidisciplinaire, l'inhalothérapie, la consultation du traumatisé craniocérébral, ou toute autre intervention paramédicale au service d'admission de l'installation fournisseur de données.
162- DATE DE PRISE EN CHARGE	Date	8	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été pris en charge pour le premier traitement paramédical au service d'admission de l'installation fournisseur de données.
163- HEURE DE PRISE EN CHARGE	Heure	6	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur a été pris en charge pour le premier traitement paramédical au service d'admission de l'installation fournisseurs de données.
Écran 7 – Diagnostics			
164- NUMÉRO DE SÉQUENCE DU CODE AIS	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de blessures. Il permet de discriminer les différentes entrées.
165- CODE AIS	A	9	Ce champ indique le code identifiant chacune des blessures qui ont été diagnostiquées et / ou traitées.
166-VÉRIFICATION	A	1	Ce champ permet de savoir si le code AIS utilisé doit être vérifié et si l'entrée des données nécessite un parachèvement.
167- RÉGION DU CORPS DE LA BLESSURE	A	40	Ce champ indique le système anatomique atteint par la blessure.
168- STRUCTURE ANATOMIQUE	A	40	Ce champ indique le site interne ou la surface de localisation de la blessure.
169-STRUCTURE ANATOMIQUE SPÉCIFIQUE	A	500	Ce champ indique la description particulière du site interne ou la surface de la localisation de la blessure.
170- STRUCTURE ANATOMIQUE SPÉCIFIQUE SUPPLÉMENTAIRE	A	500	Ce champ indique des précisions supplémentaires sur la blessure.
171- CODE DX 1	A	7	Ce champ indique le code de la blessure. Il classifie les maladies, les blessures et les causes de décès, ainsi que les causes externes des traumatismes et des empoisonnements.
172-CODE DX 2	A	7	Ce champ indique le code de la blessure. Il classifie les maladies, les blessures et les causes de décès, ainsi que les causes externes des traumatismes et des empoisonnements.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

173- CODE DX 3	A	7	Ce champ indique le code de la blessure. Il classifie les maladies, les blessures et les causes de décès, ainsi que les causes externes des traumatismes et des empoisonnements.
174-CODE DX 4	A	7	Ce champ indique le code de la blessure. Il classifie les maladies, les blessures et les causes de décès, ainsi que les causes externes des traumatismes et des empoisonnements.
175- CODE DX 5	A	7	Ce champ indique le code de la blessure. Il classifie les maladies, les blessures et les causes de décès, ainsi que les causes externes des traumatismes et des empoisonnements.
176- ISS	N	3	Ce champ indique le résultat du calcul de l'ISS (Injury Severity Score) et aussi appelé IGT (indice de gravité du traumatisme).
177- PS_ISS	N	1,3	Ce champ indique le résultat du calcul du PS_ISS (Probability of Survival Indice severity score). Le PS_ISS est la probabilité de survie des usagers traumatisés et elle est estimée par le TRISS (Trauma and Injury Severity Score).
178- NISS	N	3	Ce champ indique le résultat du calcul du NISS (New Injury severity score). Le NISS est un indice de sévérité qui prédit la mortalité.
179- LÉSION PÉNÉTRANTE	N	1	Ce champ permet l'identification de la région du corps atteinte lors d'un traumatisme pénétrant. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne résultant d'un traumatisme par balle, par arme blanche ou par tout autre objet pénétrant.
180- TCC	N	1	Ce champ indique la présence d'un traumatisme craniocérébral et la gravité de celui-ci.
181- BLESSURE MÉDULLAIRE	N	1	Ce champ indique la présence d'une blessure médullaire et le type de blessure médullaire.
182- NUMÉRO DE SÉQUENCE DES COMPLICATIONS	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de complications. Il permet de discriminer les différentes entrées.
183- CODE DE COMPLICATION	A	7	Ce champ indique le code de la complication.
184- DESCRIPTION DU CODE DE COMPLICATION	A	60	Ce champ indique la description du code de la complication.

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

185- NUMÉRO DE SÉQUENCE DE COMORBIDITÉ	N	3	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de comorbidité. Il permet de discriminer les différentes entrées.
186- COMORBIDITÉ	N	2	Ce champ indique la comorbidité.
Écran 8– Renseignements sur les victimes de brûlures graves			
187- CIRCONSTANCES *	N	2	Ce champ indique dans quelle circonstance la ou les brûlures ont été infligées à l'utilisateur.
188- TYPE DE BRÛLURE	N	2	Ce champ indique la race de l'utilisateur victime de brûlures graves qui désigne ses traits physiologiques acquis génétiquement.
189- RACE	N	1	Ce champ indique la race de l'utilisateur victime de brûlures graves qui désigne ses traits physiologiques acquis génétiquement.
190- OCCUPATION	N	2	Ce champ indique l'occupation de l'utilisateur victime de brûlures graves.
191- POIDS À L'ADMISSION	N	3,2	Ce champ indique le poids de l'utilisateur victime de brûlures graves à son admission à l'installation.
192- POIDS AU DÉPART	N	3,2	Ce champ indique le poids de l'utilisateur victime de brûlures graves à son départ de l'installation.
193- INHALATION	A	1	Ce champ indique si l'utilisateur victime de brûlures graves a inhalé des fumées qui peuvent être composées de gaz corrosifs et/ou toxiques.
194- TAUX DE CARBOXYHÉMOGLOBINE	N	3,2	Ce champ indique le taux de HbCO (hémoglobine combiné au monoxyde de carbone) contenu dans le sang.
195- CULTURE CELLULAIRE	A	1	Ce champ indique si l'utilisation de culture cellulaire a été nécessaire.
196- GREFFE	N	1	Ce champ indique si l'utilisateur victime de brûlures graves a subi une greffe pendant son séjour à l'installation.
197 UTILISATION DES RESSOURCES	N	2	Ce champ indique les ressources disponibles utilisées afin de donner des soins à l'utilisateur victime de brûlures graves.
198- DESCRIPTION DE LA BRÛLURE	N	2 et 3,2	Ce champ indique le pourcentage de gravité des brûlures en fonction d'un certain nombre de facteurs (âge, région du corps et degré de la brûlure).
199- BRÛLURE ANTÉRIEURE	A	1	Ce champ indique si l'utilisateur victime de brûlures graves avait déjà subi des brûlures antérieurement à l'événement traumatique.
200- SARM	A	1	Ce champ indique si l'utilisateur victime de brûlures graves a été infecté au SARM.
201- ERV	A	1	Ce champ indique si l'utilisateur victime de brûlures graves a été infecté au ERV (Entérocoque résistant à la vancomycine).

ANNEXE 2
LISTE DES ÉLÉMENTS TRANSMIS

202- VASOPRESSEURS	A	1	Ce champ indique si l'utilisation d'agent (substance naturelle, drogue, médicament) a été nécessaire pour faire augmenter la pression dans les vaisseaux sanguins.
203-EMPLACEMENT PHOTOS	A	100	Ce champ indique le répertoire et le chemin d'accès pour accéder aux photos des brûlures.
Écran 9 – Information complémentaire			
204- CHAMP VARIABLE	A / N / Date / Date et heure	Libellé: 50 Description : 500	Ce champ permet la saisie d'un champ autre que ceux déjà présents dans les variables précédemment décrites.

Légende :

A : Alphanumérique
D : Date
H : Heure
N : Numérique

Les éléments marqués d'un astérisque (*) seront intégrés à la BDM lorsque le règlement modifié sera adopté.

ANNEXE 3 VALIDATIONS

Cet annexe est décrite dans un autre fichier.

ANNEXE 4

DEFINITION DES CONCEPTS

Concepts reliés à l'environnement informationnel

L'environnement informationnel tire son contenu des systèmes d'information et des banques de données ministériel ayant un rôle fort stratégique dans la prise de décision. Il doit fournir rapidement une information de qualité pour soutenir les grandes fonctions de gestion en santé et services sociaux dictées par les aspects législatifs et administratifs, soit la gouverne, la planification stratégique, les ententes de gestion et d'imputabilité, le suivi des programmes, le suivi clinique, l'allocation des ressources, l'évaluation, la recherche et l'analyse de la performance. Si l'on crée, développe et maintient des systèmes d'information et des banques de données, c'est pour améliorer les services rendus à la population et prendre des décisions éclairées, basées sur des faits et non sur des perceptions.

Comme le démontre le schéma de la page suivante, les composantes de l'environnement informationnel sont réparties sur six niveaux reliés les uns aux autres et présentant une certaine hiérarchisation. En suivant un mouvement circulaire, le point de départ de la structure, c'est-à-dire la prise de décision, mène à la gouvernance. Viennent ensuite l'infostructure, l'intégration de l'information, la diffusion de l'information et la clientèle visée qui complètent la boucle et ramènent à la prise de décision.

La gouvernance permet de faire des choix sur les données à colliger, en termes de priorité, et d'assurer l'encadrement législatif, éthique et administratif de ces données.

L'infostructure, dont font partie intégrante les cadres normatifs, englobe les activités permettant d'obtenir des données valides, fiables et normalisées.

Une fois les données normalisées et légitimées, l'intégration de l'information, qui a souvent été limitée au concept d'entrepôt de données, vise à mettre en place les processus d'alimentation en données en vue de la constitution de banques de données. Outre les aspects technologiques, les données, une fois qu'elles ont été entreposées, sont prêtes à être exploitées par les spécialistes de l'information dont l'objectif est de produire des produits informationnels agrégés, c'est-à-dire ne contenant aucun renseignement personnel.

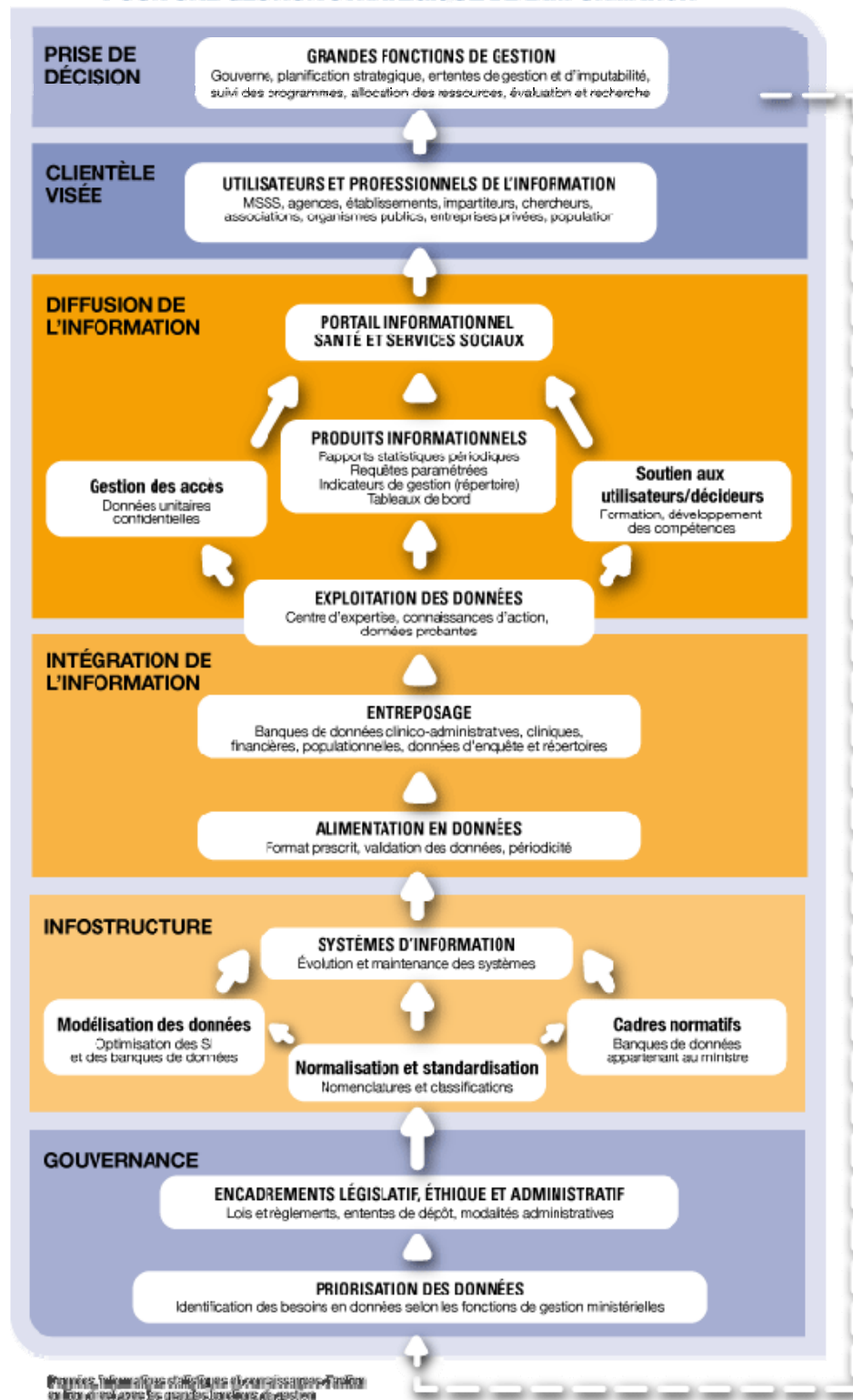
La diffusion de l'information est le reflet de l'importance ou de la valeur accordée à l'information. La façon dont celle-ci est diffusée et partagée, à l'interne et à l'externe, révèle comment une organisation optimise son retour à l'investissement.

La clientèle visée est principalement celle des professionnels de l'information sociosanitaire quantitative, mais comprend aussi les intervenants, cliniciens, experts du domaine de la santé et des services sociaux, chercheurs et, ultimement, les utilisateurs de tous horizons. La gestion stratégique de l'information tente de maximiser les savoir-faire des différentes clientèles.

Un environnement informationnel fortement structuré, dont on connaît les tenants et les aboutissants, permet une gestion stratégique de l'information et des connaissances et mène l'organisation à un niveau décisionnel efficient et performant. Les cadres normatifs s'inscrivent dans cet environnement informationnel de par leur nature structurante. Ils sont à la base d'une information statistique de qualité, pour des services de qualité.

ANNEXE 4 DEFINITION DES CONCEPTS

COMPOSANTES DE BASE DE L'ENVIRONNEMENT INFORMATIONNEL: POUR UNE GESTION STRATÉGIQUE DE L'INFORMATION



Données, information et savoirs
au service de la population

ANNEXE 5 NOTIONS DE PILOTAGE

Définition des notions de pilotage pour les banques de données ministérielles

Le pilotage permet de gérer le fonctionnement, l'évolution et l'utilisation optimale et efficace d'un système d'information. Pour ce faire, l'équipe de pilotage est composée, entre autres, d'un pilote d'orientation provenant du MSSS et d'un pilote opérationnel provenant d'un autre organisme à qui le MSSS confie en impartition la gestion opérationnelle de la banque ministérielle. Cette équipe doit tenir compte des besoins des utilisateurs, des problèmes opérationnels, des priorités établies, de l'évolution législative et des diverses préoccupations organisationnelles. Le but ultime de cette équipe, dans la mesure des ressources disponibles et des contraintes opérationnelles, est de satisfaire les besoins d'information du MSSS, du réseau sociosanitaire et des autres utilisateurs de données.

En quoi consiste le pilotage d'un système d'information ?

Le pilotage d'un système d'information comporte plusieurs volets. En voici les principaux :

- orienter la réalisation des travaux menant à la constitution des fichiers informationnels ;
- évaluer, maintenir et améliorer la qualité des informations inscrites dans le système ;
- identifier les besoins des utilisateurs ;
- s'assurer que le système d'information répond bien aux besoins d'exploitation et de diffusion ;
- s'assurer du respect du cadre légal et réglementaire ;
- s'assurer de l'existence et de la mise à jour de la documentation du système d'information ;
- agir à titre d'expert-conseil auprès du MSSS et du RSSS ;
- assurer l'évolution du système d'information et l'accès aux données ;
- s'assurer que le système est efficace et efficient ;
- favoriser l'homogénéité du système avec les autres banques officielles du MSSS par le respect de certaines lignes directrices, l'utilisation de définitions communes et l'adoption d'un découpage territorial uniforme ;
- collaborer avec l'équipe de développement en cas de refonte ou de changements majeurs au système afin que ce dernier corresponde aux besoins des utilisateurs ;
- disposer des ressources nécessaires à l'accomplissement de son mandat et avoir accès au niveau d'autorité pertinent à l'exercice de ses fonctions.

Le pilotage d'orientation

Le pilotage d'orientation est sous la responsabilité du MSSS. Afin de veiller à ce que la banque de données ministérielle réponde adéquatement aux besoins d'information des utilisateurs du MSSS et des différents partenaires du RSSS, le pilote d'orientation est responsable des activités liées à la gestion du cadre normatif et des informations contenues dans la banque.

ANNEXE 5 NOTIONS DE PILOTAGE

De façon générale, les fonctions d'un pilote d'orientation sont :

- de statuer sur l'évolution du contenu de la banque de données ministérielle et du système d'information à sa source dans une perspective d'intégration des systèmes et des banques de données, en collaboration avec les différents partenaires ;
- de mettre à jour le cadre normatif et de le diffuser ;
- de contribuer à l'identification des besoins de formation du cadre normatif ;
- d'établir, en collaboration avec l'équipe de pilotage d'opération, les modalités de transmission des données qui alimentent la banque et de s'assurer qu'elles sont respectées ;
- d'établir les lignes directrices en matière d'accès et de diffusion des données et de s'assurer qu'elles sont respectées ;
- d'établir les règles de saisie et de s'assurer, conjointement avec l'équipe de pilotage opérationnel, qu'elles soient respectées ;
- de participer à l'identification des besoins de contrôle opérationnel du système ;
- de faire en sorte que les besoins d'information définis dans le cadre normatif soient pris en compte par les fournisseurs dans les mises à jour des applications informatiques ;
- de s'assurer que les modifications aux applications informatiques locales suggérées par les utilisateurs du système dans les établissements ne vont pas à l'encontre du contenu normalisé prévu dans la banque de données ;
- d'établir les orientations en matière de qualité des données (contrôle de qualité et assurance-qualité) et de s'assurer qu'elles sont respectées ;
- d'offrir un support-conseil quant à l'utilisation des données et à l'interprétation des résultats qui découlent de la banque de données.

Le pilotage d'opération

Le pilotage d'opération est sous la responsabilité de la RAMQ. Le rôle du pilote opérationnel consiste à gérer les processus d'alimentation en données de la banque, à veiller à l'application du cadre normatif et à jouer un rôle-conseil auprès du pilote d'orientation. Le pilote opérationnel prend également en charge les problèmes rencontrés avec les producteurs de données (établissements).

De façon générale, les fonctions d'un pilote opérationnel sont :

- de voir à l'application du cadre normatif et à ses mises à jour ;
- de réaliser la formation et d'offrir le soutien à la codification adéquate des données ;
- d'établir, avec les producteurs de données, les modalités d'acheminement servant à alimenter la banque et de soutenir les producteurs dans les activités de transmission ;
- de signaler aux producteurs de données et au pilote d'orientation toute anomalie concernant la transmission ou le non-respect des critères de recevabilité des données et d'en faire le suivi auprès des personnes concernées ;
- d'évaluer les impacts des demandes de changement sur la maintenance et l'évolution de la banque de données ;

ANNEXE 5 NOTIONS DE PILOTAGE

- d'effectuer les validations nécessaires sur les données transmises de façon à assurer leur cohérence et leur conformité aux prescriptions du cadre normatif, de présenter les résultats au pilote d'orientation et de signaler à ce dernier tout problème ou toute anomalie ;
- de rendre disponibles les données de la banque aux utilisateurs, selon les modalités d'accès et de diffusion établies par le pilote d'orientation ;
- de participer aux différents comités (provincial, régional, local) ou groupes de travail *ad hoc* au sein desquels sa présence est requise ;
- de faire part périodiquement au pilote d'orientation des actions prises ou envisagées pour résoudre les problèmes rencontrés dans le cadre de ses fonctions.

Le pilotage de système¹

Le pilote représente le propriétaire du système ainsi que les utilisateurs de l'organisation cliente. Il joue un rôle essentiel dans le contrôle des décisions concernant le choix de la solution d'entreprise à livrer. Il fournit les connaissances d'affaires qui orientent l'architecture de la solution. Il évalue aussi l'impact du changement sur l'organisation et, en collaboration avec le chef de projet, il élabore les stratégies et les plans visant à assurer le succès de l'implantation de la solution.

Dans un contexte de création, de refonte ou de maintenance, il participe activement à la validation, l'évaluation, l'approbation, la coordination, la livraison et la surveillance des demandes de changement touchant les systèmes faisant partie du portefeuille d'applications dont il a la responsabilité.

De façon générale, les fonctions d'un pilote de système sont :

- de vérifier la faisabilité organisationnelle de la solution, lorsque requis ;
- de planifier, d'organiser et de contrôler les activités et les ressources du groupe de pilotage ;
- de contrôler et d'évaluer l'avancement des travaux réalisés par le groupe de pilotage, puis en rendre compte ;
- de faire le suivi des diverses tâches reliées à la compréhension et à la formulation des exigences d'affaires ;
- d'agir en tant qu'expert du domaine couvert par la solution et de demander l'intervention de spécialistes, lorsque requis ;
- de valider et de faire approuver les livrables relatifs à la solution en cours de livraison ;
- de participer à l'élaboration de la solution ;
- de valider la solution en voie de livraison et de s'assurer qu'elle corresponde aux besoins du propriétaire et des utilisateurs en fonction des objectifs, priorités et stratégies de l'organisation ;
- de faire approuver la solution en voie de livraison ;
- de s'assurer du bon déroulement des activités de transition et d'implantation de la solution dans les environnements des utilisateurs ;
- de collaborer conjointement avec le chef de projet à la planification et au suivi des activités impliquant sa participation ;

¹. Méthodologie Macroscopie : http://m3sserveur1.msss.rtss.qc.ca/DMRHomeFr/Html/Fr_Home.html

ANNEXE 5 NOTIONS DE PILOTAGE

- de signaler les points en suspens, les risques encourus ainsi que les écarts relatifs à la qualité du contenu et à la portée du projet ;
- de voir à l'acceptation du système nouveau ou modifié, dans des conditions adéquates, en s'assurant de la définition et de l'exécution de la stratégie d'essai d'acceptation.

Dans un contexte de projet de mise en œuvre de système, ses fonctions sont :

- de participer aux activités de projet suivantes : contrôle de l'avancement du projet, revues d'état, revues de performance, assurance-qualité, développement des procédures de projet ;
- de soumettre au responsable désigné, lorsque la situation l'exige, les points en suspens, les risques encourus et les problèmes rencontrés ;
- de recommander des solutions de rechange ainsi que les actions correctives à prendre ;
- de participer, le cas échéant, à la négociation des contrats avec les fournisseurs ;
- de recommander au comité de direction du projet l'approbation des plans de projet, de la date de clôture du projet et des principaux livrables ;
- de documenter les changements demandés par l'organisation cliente et de participer à l'analyse des impacts ;
- de recommander et d'approuver les priorités accordées aux demandes de changement ;
- de participer aux ateliers conjoints de développement et de s'assurer que les membres de son groupe travaillent en étroite collaboration avec les autres participants, en fonction de leurs responsabilités ;
- d'approuver les changements d'orientation dans les limites établies par le comité directeur ;
- de recommander au comité directeur du projet l'approbation des changements d'orientation majeurs.

Dans un contexte de refonte de système, ses fonctions sont :

- d'évaluer régulièrement les systèmes d'information afin de s'assurer qu'ils fonctionnent adéquatement et atteignent les objectifs fixés ;
- de formuler des recommandations sur l'évolution des systèmes et de préparer les demandes de changement correspondantes ;
- de déterminer les bénéfices relatifs à l'implantation des demandes de changement et d'en assurer le suivi ;
- de s'assurer que des analyses d'impact appropriées ont été effectuées pour chaque demande de changement ;
- de participer à la revue et à la coordination des demandes de changement en tant que membre du comité de contrôle des changements représentant la perspective d'affaires ;
- de s'assurer, en tant que membre du comité de gestion du portefeuille d'applications, que la perspective des besoins d'affaires est toujours considérée dans les décisions concernant l'exploitation et la maintenance des systèmes faisant partie du portefeuille d'applications.

ANNEXE 6

DEFINITION DES PRODUITS INFORMATIONNELS

Définition des produits informationnels issus des banques de données appartenant au ministre de la Santé et des Services sociaux

Les quatre premiers produits informationnels ne contiennent pas de renseignements personnels qui permettraient d'identifier une personne. Ils sont désignés sous le vocable de « produits informationnels agrégés ».

1. RAPPORTS STATISTIQUES PÉRIODIQUES

Les données statistiques sont présentées sous différents formats (tableaux statistiques, rapports statutaires, documents, bulletins) dont le contenu est prédéfini et livré périodiquement. Les **rapports statistiques périodiques** contiennent généralement un ensemble de statistiques de base présentées sous forme de tableaux croisés ou d'une série d'indicateurs.

Les données présentées peuvent être très spécifiques (par exemple, les données des établissements) ou plus générales (comparaisons régionales, provinciales ou nationales), mais ne contiennent pas de renseignements personnels. Certains tableaux peuvent présenter des données par période alors que d'autres présentent un cumulatif ou des comparatifs entre des établissements, entre des régions ou avec des années antérieures. Les bulletins statistiques et les rapports statutaires font partie de cette catégorie de produits informationnels agrégés. L'objectif visé par la diffusion de ces rapports statistiques est de répondre de façon simple, claire et rapide à la majorité des questions exprimées par les utilisateurs.

2. INDICATEURS

Les indicateurs sont des mesures ayant fait l'objet d'une normalisation. Ils permettent de planifier, d'évaluer, de juger, de comparer et de suivre l'évolution de nombreux secteurs d'activité du RSSS.

Les indicateurs sont constitués à partir de certaines données tirées de l'ensemble des informations existantes. Ils sont un sous-ensemble sélectionné d'éléments informationnels significatifs perçus, traités et présentés dans une optique particulière à la gestion telle que la gouvernance, la planification stratégique, les ententes de gestion, l'allocation des ressources, le suivi d'un programme-service, la surveillance de l'état de santé de la population et l'analyse de la performance. Les indicateurs ne contiennent pas de renseignements personnels.

3. TABLEAUX DE BORD

Un tableau de bord est une représentation graphique d'un ensemble d'indicateurs essentiels et pertinents à un secteur d'activité, agencés et présentés de façon sommaire et ciblée. Il fournit une vision globale et met en évidence les résultats significatifs, les exceptions, les écarts et les tendances afin de donner aux gestionnaires tous les éléments nécessaires pour prendre rapidement des décisions éclairées. Les informations qu'il présente ne contiennent aucun renseignement personnel.

ANNEXE 6

DEFINITION DES PRODUITS INFORMATIONNELS

N. B. : Ces trois produits informationnels agrégés sont issus de données qui ont fait l'objet d'un processus de vérification permettant de s'assurer qu'elles ne présentent aucun recoupement d'événements rares susceptibles de permettre l'identification d'une personne.

4. REQUÊTES PARAMÉTRÉES

Certaines applications Web permettent à l'utilisateur d'interroger lui-même la base de données qu'il souhaite exploiter. Les résultats générés par les requêtes paramétrées sont ajustables en fonction de quelques filtres ou paramètres prédéterminés et choisis par un utilisateur en ligne. Ce type de rapport ne contient aucun renseignement personnel puisque des vérifications préalables sur la base de données permettent d'éliminer toutes sorties contenant des renseignements personnels.

NOTES SUR LES REQUÊTES AD HOC

Les requêtes *ad hoc* visent à répondre aux besoins spécifiques que les rapports statistiques périodiques ou les requêtes paramétrées n'ont pu combler. Il s'agit d'extractions effectuées sur demande à la suite d'un besoin ponctuel précisé selon une situation donnée à un moment donné. De telles extractions ne sont effectuées que par le personnel attiré et ne visent que l'utilisateur en ayant fait la demande. La diffusion d'un tel produit informationnel est donc laissée à la discrétion du gestionnaire de la banque visée par les requêtes.

Les deux produits informationnels suivants font référence à l'accès aux données :

5. RÉPERTOIRES

Les répertoires se présentent sous forme de fichiers de données brutes sans renseignements personnels (par exemple, les référentiels). En fonction des besoins du client et parce qu'ils ne contiennent pas de renseignements personnels, les fichiers de répertoires peuvent être transmis sur demande ou selon un échéancier prédéfini à quiconque. Les répertoires jouent un rôle important dans la normalisation des systèmes d'information et des banques de données ministérielles en ayant comme objectif de se doter des mêmes points de référence en ce qui a trait à un secteur ou à un domaine particulier, comme le découpage territorial ou le dénombrement des établissements.

6. DONNÉES UNITAIRES CONFIDENTIELLES AVEC RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les données unitaires confidentielles avec renseignements personnels sont transmises sous la forme d'un fichier de données brutes. Parce qu'elles contiennent des renseignements personnels, les données transmises doivent faire l'objet d'un processus rigoureux de diffusion. Avant que tout renseignement ne soit communiqué, chaque demande d'accès doit avoir été analysée sous l'angle de quatre aspects, soit : la légalité, la justification, la conformité et la sécurité.

ANNEXE 6
DEFINITION DES PRODUITS INFORMATIONNELS

La transmission d'un fichier de données unitaires confidentielles avec renseignements personnels doit être encadrée par une entente, enchâssée dans une loi ou, dans le cas d'une demande de la part d'un chercheur, avoir fait l'objet d'une décision favorable par la Commission d'accès à l'information (CAI) et du responsable de l'accès du MSSS. En fonction du type d'entente et du client, les fichiers de données peuvent être transmis sur demande pour une période déterminée. L'usage d'un tel fichier nécessite le respect de mesures de sécurité de l'information incluant des engagements de confidentialité dictés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

Les modifications suivantes concernent le passage de la version 3.3 à la version 3.4 (1^{er} avril 2014).

Les informations en italiques dans la liste des modifications indiquent les changements effectués.

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
1	Chapitre 1, Généralité	Page titre Modification : <i>Version 3.4 Avril 2014</i>
2	Chapitre 1, Tables des matières	<i>Mise à jour complète.</i>
3	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exclusions Ajout : ➤ Les chirurgies d'un jour (type de soins 27); ➤ Les cas d'intoxications; (sauf si lésions ou brûlures associées) ➤ Les cas de noyades; ➤ Les cas d'hypothermie si c'est la seule blessure; ➤ Les admissions secondaires à une complication (séquelle) due à un traumatisme tel que : mal union de fracture, infection, cellulite, dislocations congénitales ou récurrentes, instabilités articulaires non récentes, etc. ➤ Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ : X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux (<i>sauf si associées à une victime de brûlures graves</i>) Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité
4	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2	Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril <i>Ajouts des nouvelles directives 1.1 à 1.17.</i>
5	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajouts de précisions : 2.1.22 En présence de plusieurs petits (140640.4) <i>et/ou volumineux</i> (140648.5) hématomes intracérébraux ou en présence de plusieurs petits (140652.4) <i>et/ou volumineux</i> (140656.5) hématomes sous-duraux, il faut coder chacun individuellement s'ils sont distincts et du même hémisphère (unilatéral). Si les deux hémisphères sont impliqués, utiliser le code bilatéral en respectant l'encadré au bas de la page.
6	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de précision : 2.1.46 La lésion axonale diffuse (LAD) est désignée parfois sous le nom de cisaillement cérébral. C'est une entité clinicopathologique caractérisée par une perte de conscience immédiate ou prolongée <i>de plus de 6 heures</i> due à des dommages importants aux axones et à d'autres processus neuronaux du cerveau.

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
7	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Règle générale de la codification des pertes de conscience Ajouts de précisions : On entend par perte de conscience, l'absence d'ouverture des yeux à une stimulation douloureuse <u>et</u> l'incapacité à suivre des ordres <u>et</u> l'absence de réponse verbale. Dans le cas des usagers intubés, le coma peut être diagnostiqué en fonction de l'absence d'ouverture des yeux à une stimulation douloureuse <u>et</u> l'incapacité à suivre des ordres. Dans le cas des usagers intubés qui ne peuvent ouvrir les yeux en raison d'une lésion ou d'une hémorragie locale, la perte de conscience peut être diagnostiquée uniquement en fonction de l'incapacité à suivre des ordres. Si ces trois réponses ne peuvent pas être évaluées à cause d'une sédation <i>ou d'une intubation</i>, un diagnostic de perte de conscience ne peut être posé.
8	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de précision : 2.2.15 L'uvée est une partie de l'œil, composée de l'iris, de la choroïde et du corps ciliaire. Coder iris sous uvée 241499.1.
9	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note: 2.6.31 <i>Toutes les atteintes de lésions aux ligaments de la colonne vertébrale se codent selon la localisation cervicale, thoracique ou lombaire à l'un des codes suivants : 640284.1, ou 640484.1 ou 640684.1 (Lésion du ligament intervertébral).</i>
10	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Suppression de la note : ~~2.7.4 Le syndrome compartimental ne doit pas être inscrit dans les complications.~~ <i>Attention : cette suppression entraîne un changement des numéros de toutes les notes subséquentes.</i>
11	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Déplacement de la note : (avant c'était indiquée sous la section Muscles tendons et ligaments) 2.7.14 <i>Les lésions de ligaments nommées au niveau des membres supérieurs doivent être codées comme une entorse de l'articulation associée.</i>
12	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Suppression : 2.7.15 La dislocation est synonyme de luxation ~~ou une subluxation.~~
13	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note : 2.7.31 <i>En présence d'une fracture touchant plusieurs phalanges, métatarsiens ou métacarpiens, il faut répéter le code AIS de fracture pour chacun.</i>
14	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Modification de la note : 2.8.7 La contusion ~~du psoas iliaque~~ de la fesse, de la crête

A7-3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		iliaque et à la région lombo-sacrée se code en AIS à 810402.1 (Contusion).
15	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note : <i>2.8.8 La contusion du muscle psoas iliaque doit se coder à 840602.1.</i>
16	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note : <i>2.8.13 Il faut utiliser le code de la contusion de la section Peau / sous-cutané / muscle pour coder une contusion osseuse (idem pour les autres sections anatomiques).</i>
17	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Modification : 2.8.18 Les lésions de ligaments nommés autres que ceux identifiés dans la section « Muscles - Tendons et Ligaments » au niveau des membres <i>inférieurs</i> doivent être codées comme une entorse de l'articulation associée.
18	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Remplacement de la note par : <i>2.8.19 Le code AIS pour une rupture de la syndesmose ou du ligament deltoïde au niveau de la cheville est : 877110.1. Le code AIS pour une rupture de la syndesmose au niveau du ligament latéral de la cheville est : 840402.2. Le code AIS pour une blessure à la cheville sans précision est : 877199.1 ou 877189.1.</i>
19	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout et suppression : 2.8.32 La mise en code de la fracture-luxation au niveau des diagnostics est le suivant : en présence d'une fracture et d'une luxation au même site, il faut coder les deux blessures distinctement pour la classification AIS et il faut suivre les précisions de l'index pour la CIM-10-CA et de la CCI pour les traitements. ~~<i>La mise en code des réductions de fractures-luxation est le suivant : coder la réduction de la luxation si elle est mentionnée, sinon le code de la réduction de fracture suffit.</i>~~
20	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Suppression : 2.836 Pour coder la fracture ouverte avec lacération du tendon, Voir la règle # 8 de l'AIS. Par exemple : Fracture ouverte diaphyse tibia avec lacération de tendon Pour la fracture : Code AIS : 854222.3 ~~Code CIM-10-CA : S82.201~~ Pour lacération de tendon : Code AIS : 840800.2 ~~Code CIM-10-CA S86.8~~
21	Chapitre 2, section 2.1, sous-	Précisions sur la codification par système anatomique Aiout de la précision:

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
	section 2.1.3	2.8.39 La fracture du pilon est une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du tibia qui se produit quand l'astragale est poussé contre le plafond tibial. <i>Elle se code à 854331.2.</i>
22	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note : 2.8.45 <i>En présence d'une fracture touchant plusieurs phalanges, métatarsiens ou métacarpiens, il faut répéter le code AIS de fracture pour chacun.</i>
23	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout : 2.8.47 L'anneau pelvien comprend deux arcs: l'arc postérieur se trouve derrière la surface acétabulaire et comprend le sacrum, les articulations sacro-iliaques et les ligaments associés <i>ainsi que la partie postérieure de l'aile iliaque gauche</i> ; l'arc antérieur se trouve devant la surface acétabulaire et comprend la branche pubienne et l'articulation symphysienne.
24	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout : 2.8.50 Partiellement stable: l'intégrité ostéoligamentaire postérieure est partiellement préservée et le plancher pelvien est intact. Par exemple : si la fracture est <i>partiellement ou verticalement stable</i> : compression <i>latérale</i> , « livre ouvert » (open book), séparation de la symphyse pubienne, rupture antérieure de l'articulation sacro-iliaque, compression antérieure du sacrum.
25	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Suppression : ~~2.8.53 Les codes pour une entorse de la symphyse pubienne sont en AIS : 856100.2.~~
26	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout : 2.8.58 On entend par fracture <i>articulaire</i> complète une fracture avec rupture des deux colonnes et rupture de l'attache entre la surface articulaire et l'ilion postérieur.
27	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note : 2.8.62 <i>Une fracture au mur antérieur au niveau de l'acétabulum se code à 856251.2 Articulaire partielle (touchant une colonne).</i>
28	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note : 2.9.4 <i>Pour les brûlures, le cm² est calculé selon la longueur et la largeur. La plupart des brûlures sont codées selon l'atteinte à la surface corporelle totale (SCT) et au degré de la brûlure. Il est possible d'utiliser le cm² seulement lorsqu'il y a une petite quantité de brûlures au 3e degré (voir les codes : 912007.1 et 912008.2).</i>
29	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la note : 2.9.5 <i>Le code 912000.1 Brûlure SAI peut être utilisé, lorsque la</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>brûlure n'est pas désignée en terme de degré ou de surface atteinte, en plus du code qui précise la blessure au niveau anatomique cf. le code de 240603.1 brûlure thermique ou chimique de la cornée ou bien avec les codes de lésion par ingestion à l'oesophage et à l'estomac, ainsi que les codes 419200.2 à 419208.6.</i>
30	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.4	Modifications des images écrans des onglets suivants : <i>Onglet : Urgences</i> <i>Sous onglet : Signes vitaux</i> <i>Sous onglet : Examens/Soins</i>
31	Chapitre 3, section 3.1 Liste alphabétique des éléments	<i>Mise à jour des numéros d'éléments entre 109 et 123.</i>
32	Chapitre 3, section 3.2 Schéma des éléments	<i>Mise à jour du schéma.</i>
33	Chapitre 3, élément 012	Heure du traumatisme Consigne à la saisie Modification : a- L'heure du traumatisme doit être inscrite lorsqu'elle est connue. Dans le cas contraire, <i>valider toutes les informations au dossier médical afin de trouver l'heure la plus plausible. Il est possible de laisser le champ vide, si vraiment aucune information n'est disponible.</i>
34	Chapitre 3, élément 019	Code de cause externe Consigne à la saisie Modification : d- Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ : X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux (<i>sauf si associées à une victime de brûlures graves</i>) Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité
35	Chapitre 3, élément 054	Code d'installation de provenance à l'urgence Consigne à la saisie Ajout : d- <i>Si l'utilisateur provient d'une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.</i>
36	Chapitre 3, élément 062	Heure de départ de l'urgence Consigne à la saisie Ajout : b- Dans le cas, où l'utilisateur quitte l'urgence pour une imagerie médicale du type suivant : Artériographie/Angiographie, inscrire l'heure réelle du départ de l'urgence. Si l'heure est absente, soustraire 15 minutes de l'heure de réalisation de

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		l'Artériographie/Angiographie.
37	Chapitre 3, élément 064	Code d'installation de destination de l'urgence Consigne à la saisie Ajout : <i>c- Si l'utilisateur est transféré vers une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.</i>
38	Chapitre 3, élément 077	Code d'installation de provenance à l'admission Consigne à la saisie Ajout : <i>e- Si l'utilisateur provient d'une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.</i>
39	Chapitre 3, élément 081	Heure de l'admission Consigne à la saisie Ajout : <i>d- Lorsqu'un usager quitte l'urgence pour une Artériographie/Angiographie, l'heure d'admission correspond à l'heure de réalisation de l'Artériographie/Angiographie.</i>
40	Chapitre 3, élément 086	Type de destination au départ Domaine de valeur Modification : 40- Ressources non institutionnelles L'utilisateur quitte pour une ressource non institutionnelle. Les ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI) englobent : 1. Ressource intermédiaire (RI) ; 2. Ressources de type familial (RTF) ; 3. Résidences privées pour personnes âgées. <i>Il n'existe pas de liste provinciale pour les RNI. Il peut aussi s'agir d'organismes d'hébergement offrant des services pour la clientèle en santé mentale, en soins palliatifs, en toxicomanie, etc. L'utilisation de cette valeur est donc à la discrétion des installations selon leurs besoins. Le code d'installation n'est pas requis pour ce type de destination.</i>
41	Chapitre 3, élément 087	Code d'installation de destination au départ Consigne à la saisie Ajout : <i>c- Si l'utilisateur est transféré vers une installation de l'Ontario, saisir le code spécifique de cette installation, s'il existe dans la liste des codes d'installations de l'Ontario. S'il est absent, inscrire le code général pour la province de l'Ontario : 07904071.</i>
42	Chapitre 3, élément 109 et 110	Modification artificielle état de conscience et Type de modification de l'état de conscience <i>Ces éléments ont été déplacés dans la section Examens et traitements et ils ont maintenant les numéros d'éléments # 122 et # 123.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Attention : cette modification a provoqué des changements de numéros pour tous les éléments entre les numéros 109 et 123.
43	Chapitre 3, élément 122	Modification artificielle état de conscience Consigne à la saisie Suppression : ~~b- Le délai de huit heures pour compléter la séquence ne s'applique pas pour ce champ.~~ Il est possible d'inscrire une valeur prise durant tout le séjour à l'urgence.
44	Chapitre 3, élément 123	Type de modification de l'état de conscience Consigne à la saisie Suppression : ~~b- Le délai de huit heures pour compléter la séquence ne s'applique pas pour ce champ.~~ Il est possible d'inscrire une valeur prise durant tout le séjour à l'urgence.
45	Chapitre 3, élément 137	Numéro de séquence de l'imagerie médicale Description Amélioration du texte : <i>Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.</i>
46	Chapitre 3, élément 138	Type d'imagerie médicale Description Amélioration du texte : <i>Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.</i>
47	Chapitre 3, élément 139	Région du corps de l'imagerie médicale Description Ajout : <i>Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.</i> Consignes à la saisie Modification et ajout : d- Choisir <i>imagerie médicale totale</i> seulement lorsque les régions suivantes: tête, colonne cervicale, thorax, abdomen et organes pelviens sont investiguées sur la même imagerie médicale <i>ou bien lorsqu'elles sont demandées au même moment.</i> e- <i>Ne pas considérer les imageries médicales subséquentes d'une seule région si elles ont été investiguées auparavant lors d'une imagerie médicale totale ou colonne vertébrale totale dans une même séquence d'urgence ou à l'admission.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
48	Chapitre 3, élément 140	Date de demande de l'imagerie médicale Description Amélioration du texte : <i>Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La date de la demande de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.</i>
49	Chapitre 3, élément 141	Heure de demande de l'imagerie médicale Description Amélioration du texte : <i>Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. L'heure de demande de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.</i>
50	Chapitre 3, élément 142	Date de réalisation de l'imagerie médicale Description Amélioration du texte : <i>Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. La date de réalisation de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.</i>
51	Chapitre 3, élément 143	Heure de réalisation de l'imagerie médicale Description Amélioration du texte : <i>Chaque imagerie médicale peut être inscrite une seule fois pour chaque séquence d'urgence et une seule fois à l'admission. L'heure de réalisation de la première imagerie médicale du même type et de la même région est considérée.</i>
52	Chapitre 3, élément 145	Code de traitement Consigne à la saisie Modification : <i>Inscrire les réductions de luxation quelle que soit l'installation.</i>
53	Chapitre 3, élément 186	Comorbidité Consignes à la saisie Ajouts : <i>l- Utilisation régulière de stéroïdes : par voie orale seulement. m- Chimiothérapie active : peu importe la voie utilisée.</i>
54	Chapitre 4, section 4.1, sous-section 4.1.1 Préparation de la transmission	<i>Mise à jour du schéma des éléments transmis.</i>
55	Chapitre 5, section 5.1, sous-section EGA4-1	Produire les rapports sur les blessure <i>Mise à jour de l'image écran.</i>
56	Annexe 2	Liste des éléments transmis <i>Mise à jour des numéros d'éléments entre 109 et 123.</i>
57	Annexe 3	Validations <i>Mise à jour de toutes les sous-sections pour les numéros d'élément entre 109 et 123.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.3 À 3.4

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
58	Annexe 7	<i>Ajouts du suivi des modifications au 1^{er} avril 2014 du passage de la version 3.3 à la version 3.4.</i>
59	Annexe 13	Liste des installations désignées Modifications : <i>Centre d'expertise pour traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence: 1</i> <i>61 installations distinctes</i> Corrections dans des codes d'installation : <i>Centre hospitalier de Charlevoix 51228716</i> <i>Hôtel-Dieu de Lévis 51227569</i>
60	Annexe 14	<i>Historique des modifications au 1^{er} avril 14</i> <i>Ajout des modifications au 1^{er} avril 2013.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

Les modifications suivantes concernent le passage de la version 3.2 à la version 3.3 (1^{er} avril 2013).

Les informations en italiques dans la liste des modifications indiquent les changements effectués.

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
1	Chapitre 1, Généralité	Page titre : Modification : <i>Version 3.2 Avril 2013</i>
2	Chapitre 1, Tables des matières	<i>Mise à jour complète.</i>
3	Chapitre 1, Avant propos	Modification : ➤ Pierre Bouchard, pilote d'orientation RTQ, MSSS Par : ➤ <i>Pierre-Célestin Bigwaneza, pilote d'orientation SIRTQ, MSSS</i> Modification : Pierre Bouchard (DNU) - MSSS Pilote d'orientation SIRTQ et agente de planification Direction adjointe des services de traumatologie Ministère de la Santé et des Services sociaux Téléphone : (418) 418 266-8954 Courriel : PierreDNU.Bouchard@msss.gouv.qc.ca Par : <i>Pierre-Célestin Bigwaneza - MSSS</i> <i>Pilote d'orientation SIRTQ et conseiller en traumatologie</i> <i>Direction adjointe des services sanitaires aériens et de</i> <i>traumatologie Ministère de la Santé et des Services sociaux</i> <i>Téléphone : (418) 418 266-4530</i> <i>Courriel: pierre-celestin.bigwaneza@msss.gouv.qc.ca</i>
4	Chapitre 1, section 1.1 Historique du système	Modification de l'encadrement législatif et administratif Modification du : L'application de ce règlement est toutefois tributaire d'une Entente-cadre de dépôt à être signée entre le MSSS et la RAMQ qui invalidera celle signée en 2000, soit l'entente Dépôt de données nominatives No 3 (<i>Registre des traumatismes</i>). Par : <i>L'application de ce règlement est toutefois tributaire de l'Entente-cadre sur le dépôt des renseignements en matière de santé et de services sociaux signée en mars 2012 entre le MSSS et la RAMQ.</i> Suppression : <i>Cette nouvelle Entente-cadre de dépôt obligera à actualiser l'entente entre la RAMQ et chaque installation désignée de traumatologie, soit l'entente concernant l'hébergement des données sur les usagers victimes de traumatismes présentement en vigueur et visant à autoriser l'hébergement en mode condo centralisé des données opérationnelles.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
5	Chapitre 1, section 1.3, sous-section 1.3.1	Ententes administratives et législatives Modification du : Le 29 novembre 2000, le MSSS et la RAMQ ont signé l'<i>entente No 3 (Registre des traumatismes)</i>. Cette entente a pour objet de permettre le dépôt de données nominatives sur les victimes de traumatismes à la RAMQ et de lui en confier la gestion. Cette entente permet, en outre, de déterminer les modalités de traitements, d'accès et d'utilisation de cette banque. D'autres ententes sont convenues au besoin afin d'assurer une exploitation appropriée des données de la banque de données ministérielle du Registre des traumatismes du Québec. Par : Le 29 novembre 2000, le MSSS et la RAMQ ont signé l'<i>entente No 3 (Registre des traumatismes)</i>. Toutefois, une nouvelle version, nommée « <i>Entente cadre</i> » portant sur le dépôt de renseignements en matière de santé et de services sociaux entre le MSSS et la RAMQ a obtenu un avis favorable de la CAIQ le 4 juin 2012 et signée entre les parties en mars 2012. Cette entente est dorénavant en vigueur et remplace l'<i>entente No3</i>. Elle permet, en outre, de déterminer les modalités de traitements, d'accès et d'utilisation de cette banque. D'autres ententes sont convenues au besoin afin d'assurer une exploitation appropriée des données de la banque de données ministérielle du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec.
6	Chapitre 1, section 1.2	Comité de soutien à la gestion de l'actif (CSGA) Modification du : Ce comité, présidé par le Directeur national des urgences, de la traumatologie et des services préhospitaliers d'urgence au MSSS, est constitué, de représentants de différentes directions du MSSS, de l'INESSS, des ASSS, des installations désignées de traumatologie, de chercheurs et de la RAMQ. La DAST en assume la coordination, l'animation et le suivi. Par : Ce comité, présidé par le <i>Directeur adjoint des services sanitaires aériens et de traumatologie au MSSS</i>, est constitué, de représentants de différentes directions du MSSS, de l'INESSS, des ASSS, des installations désignées de traumatologie, de chercheurs et de la RAMQ. La DAST en assume la coordination, l'animation et le suivi.
7	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Règles de consignation Modification : Particularités de consignation des cas à inclure pour les installations désignées qui ont comme clientèle les traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale ou pour toutes les

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>installations désignées en traumatologie qui ont des événements traumatiques de victimes de brûlures graves.</i> A) La clientèle de victime de brûlures graves (VBG) est définie par : Ajout de : <i>À noter que toutes les installations désignées en traumatologie doivent saisir les événements traumatiques de VBG.</i>
8	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'inclusion Modification du point 1.4 : 1.4 Les diagnostics consécutifs à un événement traumatique doivent être inclus si le diagnostic relié au traumatisme justifie <i>ou génère</i> une admission, <i>et ce, quelles que soient les conditions médicales préexistantes.</i> Il faut bien analyser le dossier médical pour répondre à cette question.
9	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'inclusion Modification du point 1.6 : 1.6 Pour un usager qui arrive décédé au service d'urgence d'une installation à la suite d'une pendaison, <i>inscrire le code AIS 020006.5. de la section Asphyxie, suffocation.</i> Il faut associer le code CIM-10-CA de pendaison T71, au code AIS d'asphyxie, suffocation, s'il n'y a pas d'autres diagnostics précisés
10	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'inclusion Modification du point 1.8 : 1.8 Les fractures de côtes et les fractures de hanche <i>doivent être incluses en tout temps.</i>
11	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'inclusion Modification du point 1.9 : 1.9 Pour un même événement traumatique associé à plusieurs hospitalisations, considérer seulement la première hospitalisation à <i>l'installation fournisseur de données.</i>
12	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exclusions Modifications : ➤ Les chirurgies d'un jour (type de soins 27); ➤ Les cas d'intoxications; (<i>sauf si lésions ou brûlures associées</i>) ➤ Les cas de noyades; ➤ ~~Les cas d'électrocutions ou d'électrisation~~ ➤ Les cas d'hypothermie si c'est la seule blessure; ➤ ~~Les brûlures et les engelures sauf pour les installations désignées pour traiter cette clientèle;~~ ➤ Les admissions secondaires à une complication (séquelle) due à un traumatisme tel que : mal union de fracture, infection, cellulite, dislocations congénitales ou

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		récurrentes, instabilités articulaires non récentes, etc. ➤ Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ : X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité
13	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'exclusion Modification au point 2.1.2 : 2.1.2 Les événements traumatiques intrahospitaliers (survenus lors de l'admission dans l'installation fournisseur de données) ne doivent pas être saisis.
14	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'exclusion Suppression du point 2.1.8 : ~~2.1.8 Pour les installations de traumatologie désignées pour inclure la clientèle des victimes de brûlures graves, exclure les VBG décédés à l'arrivée ou pendant le séjour à l'urgence.~~
15	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2	Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril Ajouts des nouvelles directives 1.1 à 1.8.
16	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Règles de codage de l'AIS Règles générales Ajout de la phrase : À moins de précisions contraires, toutes les lésions documentées au dossier médical sont à coder en AIS.
17	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Règles de codification et de saisie Déplacement de la sous-section 2.1.4 à 2.1.3 Précisions sur la codification par système anatomique Mise à jour de l'ensemble de la sous-section 2.1.3 selon les directives de la classification AIS 2005 mise à jour 2008.
18	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.4	Formulaire de saisie Déplacement de la sous-section 2.1.3 à 2.1.4
19	Chapitre 3, élément 019	Code de cause externe Consignes à la saisie Ajout : d- Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ : X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité
20	Chapitre 3, élément 053	Type de provenance à l'urgence Domaine de valeurs

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Modification: 21- Domicile* L'usager provient de son lieu de résidence <i>ou d'un lieu inconnu.</i>
21	Chapitre 3, élément 063	Type de destination de l'urgence Consignes à la saisie Modifications : c- Pour les usagers dirigés vers une clinique externe et <u>admis la même journée</u> , inscrire « 18 - Suivi en clinique externe » comme type de destination à l'urgence. d- Pour les usagers ayant obtenu un congé et dirigés vers une clinique externe, inscrire « 18 - Suivi en clinique externe » comme type de destination. Validation Modification : - Validation de correspondance relationnelle automatique à la saisie avec l'élément 064 « Code de l'installation de destination de l'urgence ». Avec le type de destinations de l'urgence 01, 18 ou 19, un code d'installation de destination de l'urgence est obligatoire et le champ est activé. Domaine de valeurs Ajout : 18- Suivi en clinique externe : <i>L'usage est transféré dans un service hospitalier d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée qui pourvoit au diagnostic et au traitement des usagers sans hospitalisation et aux soins des blessés légers non admissibles aux urgences.</i>
22	Chapitre 3, élément 064	Code d'installation de destination à l'urgence Consignes à la saisie Modification : a- Le type de destination 01, 18 ou 19 au départ de l'urgence de l'installation doit être sélectionné afin de permettre l'inscription du code d'installation lors d'un transfert vers une autre installation.
23	Chapitre 3, élément 086	Type de destination au départ Consignes à la saisie Modifications : <i>i- Pour inscrire un type de destination 13, l'usager doit être transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation et elle doit posséder des lits au permis avec la mission de centre de réadaptation.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Ajouts : j- Si l'utilisateur est transféré dans une unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI) qui est dans l'installation fournisseur de données, inscrire le type 51 et considérer la fin du séjour en courte durée (admission reliée au trauma). k- Dans le cas où deux types de destination sont possibles, il faut toujours considérer en premier celui où un code d'installation doit être saisi. Par exemple entre 18 et 21, choisir 18. Pour des choix non associés à des codes d'installation, voici l'ordre à respecter : 30 – 31- 40 – 21 – 99. Domaine de valeurs Modifications : 13- Centre de réadaptation * L'utilisateur est transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation et d'intégration sociale, à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, ou en raison de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à leur entourage. 51- Unité de réadaptation L'utilisateur est transféré dans une installation qui possède une unité de réadaptation de tout type (par exemple URFI, UTRF, gériatrie active, etc.) et qui ne détient pas de lits au permis de type 13. Ces services offerts vont permettre à l'utilisateur de récupérer une fonctionnalité maximale à la suite d'une perte d'autonomie motrice importante.
24	Chapitre 3, élément 093	Code du service d'admission Consignes à la saisie Modification : b- S'il s'agit d'une victime de brûlures graves, le code du service d'admission 84 - Soins aux brûlés peut être inscrit. Validation Ajout : - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Circonstances ». Si une option de circonstances est sélectionnée, le code du service 84 - Soins aux brûlés peut être inscrit. Suppression : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 092 « Numéro de séquence du service d'admission ». S'il s'agit d'une victime de brûlure grave, la première séquence du service d'admission doit être associée au code de service 84- Soins aux brûlés.

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
25	Chapitre 3, élément 097	Unité de soins Consignes à la saisie Modification : <i>f- S'il s'agit d'une victime de brûlures graves, il est possible d'inscrire la valeur « Soins aux grands brûlés ».</i> Validation Ajout <i>- Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Circonstances ». Si une option de circonstances est sélectionnée, la valeur « Soins aux grands brûlés » peut être inscrit.</i> Suppression <i>- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 001 « Code de l'installation fournisseur de données ». Le code d'installation du fournisseur de données doit correspondre à l'une des deux installations d'expertises reconnues pour traiter les victimes de brûlures graves lorsque l'unité de soins est 5 - Soins aux grands brûlés.</i>
26	Chapitre 3, élément 106	Réponse verbale Consigne à la saisie Ajout : <i>e- Dans le cas d'un usager intubé, la réponse verbale devrait être égale à 1. Ne pas inscrire la valeur du GCS dans le cas contraire.</i>
27	Chapitre 3, élément 108	GCS Consignes à la saisie Ajout : <i>g- Dans le cas d'un 'usager intubé et en présence d'une précision dans le dossier médical d'une réponse verbale différente de 1 ou bien d'un GCS à 15, ne pas inscrire la valeur du GCS car celle-ci est erronée.</i>
28	Chapitre 3, élément 110	Type de modification de l'état de conscience Domaine de valeur Modification : AD = Présence alcool/drogue <i>Présence d'alcool et /ou de drogue ou médicaments ~~ont été détectés ou suspectés.~~</i>
29	Chapitre 3, élément 112	Type de respiration Consignes à la saisie Ajout : <i>f- Pour un usager qui arrive décédé au service d'urgence, sélectionner F.R.<10 ou ventilé mécaniquement.</i>
30	Chapitre 3, élément 115	Oxygène Consigne à la saisie Ajout : <i>g- Pour un usager qui arrive décédé au service d'urgence, sélectionner la valeur « Absence d'oxygène ».</i>
31	Chapitre 3, élément 121	Intoxication alcool suspectée

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Consignes à la saisie Modification : f- Cette information est saisie à l'urgence seulement. <i>Toutefois, pour les victimes de brûlures graves, l'information peut être saisie à l'admission également.</i> Validation Suppression : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 001 « Code d'installation fournisseur de données». Si le code d'installation du fournisseur de données correspond à un code d'installation pour les victimes de brûlures graves, la saisie à l'admission de ce champ est possible. Ajout : - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Circonstances ». Si une option de circonstances est sélectionnée, la case « Intoxication alcool suspecté » peut être cochée à l'admission.
32	Chapitre 3, élément 122	Taux intoxication alcool Consignes à la saisie Modification : c- Cette information est saisie à l'urgence seulement. <i>Toutefois, pour les victimes de brûlures graves, l'information peut être saisie à l'admission également.</i> Validation Suppression : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 001 « Code d'installation fournisseur de données». Si le code d'installation du fournisseur de données correspond à un code d'installation pour les victimes de brûlures graves, la saisie à l'admission de ce champ est possible. Ajout : - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Circonstances ». Si une option de circonstances est sélectionnée, le « Taux intoxication alcool » peut être inscrit à l'admission.
33	Chapitre 3, élément 123	Intoxication drogue/médicaments Consignes à la saisie Modification : c- Cette information est saisie à l'urgence seulement. <i>Toutefois, pour les victimes de brûlures graves, l'information peut être saisie à l'admission également.</i> Validation Suppression : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 001 « Code d'installation fournisseur de données». Si le

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		code d'installation du fournisseur de données correspond à un code d'installation pour les victimes de brûlures graves, la saisie à l'admission de ce champ est possible. Ajout : - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 187 « Circonstances ». Si une option de circonstances est sélectionnée, l'information sur « Intoxication drogue/médicaments » peut être inscrite à l'admission.
34	Chapitre 3, élément 125	Date du Fast Écho Consignes à la saisie Ajout : e- Une échographie du département d'urgence (EDU) correspond à un Fast-Écho.
35	Chapitre 3, élément 126	Heure du Fast Écho Consignes à la saisie Ajout : d- Une échographie du département d'urgence (EDU) correspond à un Fast-Écho.
36	Chapitre 3, élément 129	Date de l'installation de l'intraveineuse Consigne à la saisie Suppression : b- L'information est à saisir pour toutes les installations.
37	Chapitre 3, élément 130	Heure de l'installation de l'intraveineuse Consigne à la saisie Suppression : b- L'information est à saisir pour toutes les installations.
38	Chapitre 3, élément 139	Région du corps de l'imagerie médicale Consignes à la saisie Ajouts : c- Utiliser le choix colonne vertébrale totale seulement lorsque les trois régions (cervicale, dorsale et lombaire) sont investiguées sur la même imagerie médicale. d- Utiliser le choix imagerie médicale totale seulement lorsque les régions suivantes: tête, colonne cervicale, thorax, abdomen et organes pelviens sont investiguées sur la même imagerie médicale. Domaine de valeurs Ajouts : <i>Colonne vertébrale totale</i> <i>Imagerie médicale totale</i>
39	Chapitre 3, élément 145	Code de traitement Consignes à la saisie Modification : Nutrition parentérale - <i>intraveineuse (IV) ou entérale - nasogastrique (NG) - gastrostomie endoscopique</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		permanente (GEP) Utiliser le code 1.LZ.35. ^^ ou 1.OZ.17.HH-T4 ou 1.OZ.17.CD-T4 ou 1.OZ.17.CE-T4 ou 1.OZ.17.CF-T4. Ajout Réduction de luxation à l'urgence Luxation d'une ou des articulations suivantes : hanche, genou, cheville, épaule, coude ou poignet. Inscrire seulement les réductions de luxation effectuées à l'installation fournisseur de données.
40	Chapitre 3, élément 157	Date de début ventilation mécanique Consignes à la saisie Ajout : e- Si la ventilation mécanique débute au moment d'une chirurgie et se poursuit après, inscrire comme date de début, la date du début de l'anesthésie.
41	Chapitre 3, élément 158	Heure de début ventilation mécanique Consignes à la saisie Ajout : e- Si la ventilation mécanique débute au moment d'une chirurgie et se poursuit après, inscrire comme heure de début, l'heure du début de l'anesthésie.
42	Chapitre 3, élément 165	Code AIS Description Modification : Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 2005 mise à jour 2008 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine. Consignes à la saisie Suppression : c- Lors d'un décès à l'arrivée à l'urgence, les seuls codes de niveau de conscience acceptés s'ils ont le plus haut code de gravité AIS, sont : 160820.4 160822.5 160824.5 e- S'il y a eu perte de conscience, mais qu'une blessure anatomique à la tête est codée avec un code AIS de sévérité supérieure à la perte de conscience, la perte de conscience ne doit pas être prise en considération. En effet, la sévérité de la blessure associée à la perte de conscience est plus petite que celle de la blessure à la tête. Validation Suppression : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>l'élément 060 « Statut à l'arrivée à l'urgence », l'élément 164 « Numéro de séquence du code AIS ». Si l'utilisateur est décédé, aucun code de perte de conscience n'est accepté (code commençant par 160) sauf les codes 160820.4, 160822.5, 160824.5. Ces trois codes sont acceptés, seulement si les codes AIS des autres séquences commencent par 1 (sauf ceux sont débutant par 110) et le chiffre après le point de chaque code AIS des autres séquences est inférieur à celui après le point du code de conscience accepté.</i>
43	Chapitre 3, élément 167	Région du corps de la blessure Description Modification : Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 2005 mise à jour 2008 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.
44	Chapitre 3, élément 168	Structure anatomique Description Modifications : Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 2005 mise à jour 2008 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine. La nomenclature AIS est constituée de codes numériques à six positions. La structure anatomique est représentée par la deuxième position de ce code. Les valeurs identifiées sont : 10- Surface totale 11- Externes-Peau et tissu sous-cutané 12- Brûlures 20- Vaisseaux 21- Vaisseaux Intracrâniens 30- Nerfs 31- Nerfs crâniens 40- Organes internes 41- Muscles, Tendons, Ligaments 50- Squelette 51- Squelette – Articulations 52- Squelette - Os 61- Niveau de l'inconscience (Lésion commotionnelle) 71- Colonne cervicale 72- Colonne dorsale 73- Colonne lombaire 91- Autres Traumatismes
45	Chapitre 3, élément 169	Structure anatomique spécifique Description Modification : Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Abbreviated Injury Scale (AIS), 2005 mise à jour 2008 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.
46	Chapitre 3, élément 176	ISS Description Modification : Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 2005 mise à jour 2008 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.
47	Chapitre 3, élément 178	NISS Description Modification : Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 2005 mise à jour 2008 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.
48	Chapitre 3, élément 180	TCC Validation Modification : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 164 « Numéro de séquence du code AIS » et l'élément 165 « Code AIS ». Pour un numéro de traumatisme donné, si l'une des options 1 ou 2 ou 3 ou 4 a été sélectionnée, une des séquences du code AIS doit commencer par 1 et 110009.1. Certains codes doivent être exclus : les codes qui débutent par 160 (perte de conscience) et les codes qui débutent par 110 (traumatismes superficiels à la tête).
49	Chapitre 3, élément 181	Blessure médullaire Domaine de valeur Ajout : 4- Non spécifié <i>Présence d'une blessure médullaire sans précision du type d'atteinte.</i>
50	Chapitre 3, élément 186	Comorbidité Consignes à la saisie Suppression : <i>d- Tous les diagnostics du Chapitre V Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) de la CIM-10-CA sont considérés dans la comorbidité « Maladie psychiatrique ».</i> Ajouts : <i>d- L'anticoagulothérapie comprend tous les types d'anticoagulothérapie.</i> <i>e- La coagulopathie inclut l'hémophilie.</i> <i>f- Exemple de démence : démence vasculaire, démence mixte etc. et inclut la maladie d'Alzheimer.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>g- Pour le diabète type 1 et diabète type 2, si non précisé au dossier médical, demandé au médecin traitant ou inscrire le type 2 par défaut.</i> <i>h- Exemple de maladie inflammatoire des intestins : maladie de Crohn, colite ulcéreuse etc.</i> <i>i- La maladie psychiatrique inclut seulement la dépression, le trouble psychotique, la schizophrénie, le trouble bipolaire et le trouble délirant.</i> <i>j- La maladie pulmonaire chronique inclut la maladie pulmonaire obstructive chronique et l'asthme. N'inclut pas les usagers dont le trouble pulmonaire est l'asthme aigu. N'inclut pas les usagers atteints de fibrose interstitielle diffuse pulmonaire ou de sarcoïdose.</i> <i>k- Exemple de perte d'autonomie : dépendance fonctionnelle.</i> Domaine de valeurs : Modifications : Abus de drogue chronique / Toxicomanie Alcoolisme Anémie existante Anticoagulothérapie Arthrite rhumatoïde / Lupus érythémateux systémique AVC/Hémiparésie Blessure / Lésion à la moelle épinière Chimiothérapie active Cirrhose Coagulopathie Démence Diabète Type 1 Diabète Type 2 Dialyse Épilepsie Grossesse Hypertension artérielle Insuffisance cardiaque Maladie artérielle coronarienne (MCAS, Infarctus du myocarde, etc.) Maladie chronique démyélinisante (Sclérose en plaques) Maladie de Parkinson Maladie inflammatoire des intestins Maladie psychiatrique <i>Maladie pulmonaire chronique</i> Métastases Obésité

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>Perte d'autonomie</i> <i>Transplantation</i> <i>Utilisation régulière de stéroïdes</i> <i>Varices gastriques et/ou œsophagiennes</i> <i>VIH/SIDA</i>
51	Chapitre 3, élément 187	Circonstances Validation Modification : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 165 « Code AIS ». Une « Circonstances » de brûlure doit être inscrite en présence d'un code AIS qui débute par 080, 912 ou 915.
52	Chapitre 4, section 4.1, sous-section 4.1.1 Préparation de la transmission	Réglementation de la transmission Modification de : Les modifications comprises dans le nouvel applicatif du SIRTQ requièrent l'adoption d'une modification du Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs. Par : Les modifications comprises dans le nouvel applicatif du SIRTQ ont imposées l'adoption d'une modification du Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs. Suppression : <i>Toutefois, un retard de l'adoption de la modification du règlement en titre a empêché temporairement la RAMQ d'emmagasiner dans la banque de données ministérielle du SIRTQ environ quarante nouveaux éléments du cadre normatif version 3.0 du SIRTQ.</i> <i>Compte tenu de la probabilité importante qu'un tel scénario se produise, un «plan B» a été élaboré de façon à permettre à la nouvelle application de procéder à l'alimentation de la banque de données ministérielle du SIRTQ selon le cadre normatif (version 2.0), et ce, dès la mise en opération du SIRTQ. Ce « plan B » est conforme à la législation en vigueur soit le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs édicté en 2000.</i> <i>La saisie des données avec la nouvelle application du SIRTQ par les établissements n'est aucunement touchée par le retard de l'adoption du règlement. En effet, les modifications ne visent que l'alimentation de la banque de données ministérielle hébergée à la RAMQ.</i> <i>Ces quelques quarante éléments sont identifiés par un * dans la « Liste et description des données transmises » de l'annexe 2 du</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.2 À 3.3

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>présent cadre normatif.</i> <i>Ces éléments seront intégrés dans la banque de données ministérielle lors de l'adoption de la modification du règlement et lorsque l'entente cadre de dépôt MSSS-RAMQ sera entérinée.</i>
53	Chapitre 5, section 5.1, sous-section EGA2-1	Produire les rapports sur les destinations - Rapport : Nombre total d'évènements traumatiques et ISS pour les 10 installations de destination les plus fréquentes au départ de l'admission Définition Modification : - Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (51) par <i>Unité de réadaptation</i>
54	Chapitre 5, section 5.1, sous-section EGA2-2	- Rapport : Nombre total d'évènements traumatiques et ISS par type de destination au départ de l'admission Modification : Maquette du rapport Axe vertical Type de destination à l'admission Modification : - Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (51) par <i>Unité de réadaptation</i>
55	Annexe 2	Liste des éléments transmis <i>Suppression des * avant les éléments qui étaient bloqués par la non adoption du règlement car le règlement est maintenant adopté.</i>
56	Annexe 7	Ajouts du suivi des modifications au 1 ^{er} avril 2013 du passage de la version 3.2 à la version 3.3.
57	Annexe 14	Suppression de la liste des installations désignées avec une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF).
58	Annexe 15	L'annexe 15 devient l'annexe 14. Ajout des modifications au 1 ^{er} avril 2012

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.1 À 3.2

Les modifications suivantes concernent le passage de la version 3.1 à la version 3.2 (1^{er} avril 2012).

Les informations en italiques dans la liste des modifications indiquent les changements effectués.

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
1	Chapitre 1, Généralité	Page titre : Modification : <i>Version 3.2 Avril 2012</i>
2	Chapitre 1, Tables des matières	<i>Mise à jour complète.</i>
3	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'exclusion Ajout de l'exemple : <i>2.1.8 Pour les installations de traumatologie désignées pour inclure la clientèle des victimes de brûlures graves, exclure les VBG décédés à l'arrivée ou pendant le séjour à l'urgence.</i>
4	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2	Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril <i>Ajouts des nouvelles directives 1.1 à 1.7.</i>
5	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.3	Formulaire de saisie Onglet : Admission – D- Sous onglet : Signes vitaux <i>Modification de l'image écran</i>
6	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.4	Règles de codification et de saisie Précisions sur la codification par système anatomique Ajout de la procédure suivante : 2.1.48 Procédure pour codifier un diagnostic de TCC sans précision anatomique de blessure Tout d'abord il faut respecter la règle de codage des pertes de conscience de l'AIS : (Cadre normatif, chapitre 2, sous-section 2.1.4, item 2.1.1). Le code de TCC sans précision anatomique de blessure est : 115299.9 (Lésion cérébrale traumatique MRS). Attention : ne pas utiliser le code 115099.9 (Traumatisme crânien fermé MRS) pour un TCC. Il est possible de joindre à ce code, un code de la section niveau ou durée de conscience selon les renseignements contenus au dossier médical en respectant les conditions suivantes : ▪ En présence , d'une précision d'une durée de perte de conscience documentée, il faut utiliser les codes de la section Durée de l'inconscience .

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.1 À 3.2

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement																						
		- En présence, d'une précision d'une perte de conscience (sans durée connue) et en présence d'un GCS, il est possible d'utiliser la section Niveau de conscience. - En l'absence, d'une précision d'une perte de conscience (sans durée connue) et en présence d'un GCS, il est possible d'utiliser la section Niveau de conscience. - En l'absence, d'une précision d'une perte de conscience (sans durée connue) et en l'absence d'un GCS, il n'est pas possible d'utiliser la section Niveau de conscience. Donc, aucun code de perte de conscience ne peut être associé au code 115299.9. Enfin, il n'est pas possible de codifier la commotion cérébrale (161000.2) si elle n'est pas documentée au dossier (cf. Cadre normatif, chapitre 2, sous-section 2.1.4, item 2.1.9). Après l'item 2.2.16, <i>ajout des descriptions des fractures de LeFort qui complètent celles de la classification AIS.</i>																						
7	Chapitre 3, élément 023	Lieu du traumatisme Domaine de valeurs Modification: Mise à niveau des domaines de valeurs afin d'être conforme à la norme MED-ÉCHO : <table><tr><th>Lieu de traumatisme</th><th>Nouveau numéro</th></tr><tr><td>Domicile</td><td>0</td></tr><tr><td>Établissement collectif</td><td>1</td></tr><tr><td>École, autre institution et lieu d'administration publique</td><td>2</td></tr><tr><td>Lieu de sport et d'athlétisme</td><td>3</td></tr><tr><td>Rue ou route</td><td>4</td></tr><tr><td>Zone de commerce et de services</td><td>5</td></tr><tr><td>Zone industrielle et zone de chantier</td><td>6</td></tr><tr><td>Exploitation agricole</td><td>7</td></tr><tr><td>Autre lieu d'événement précisé</td><td>8</td></tr><tr><td>Lieu de l'événement, sans précision</td><td>9</td></tr></table>	Lieu de traumatisme	Nouveau numéro	Domicile	0	Établissement collectif	1	École, autre institution et lieu d'administration publique	2	Lieu de sport et d'athlétisme	3	Rue ou route	4	Zone de commerce et de services	5	Zone industrielle et zone de chantier	6	Exploitation agricole	7	Autre lieu d'événement précisé	8	Lieu de l'événement, sans précision	9
Lieu de traumatisme	Nouveau numéro																							
Domicile	0																							
Établissement collectif	1																							
École, autre institution et lieu d'administration publique	2																							
Lieu de sport et d'athlétisme	3																							
Rue ou route	4																							
Zone de commerce et de services	5																							
Zone industrielle et zone de chantier	6																							
Exploitation agricole	7																							
Autre lieu d'événement précisé	8																							
Lieu de l'événement, sans précision	9																							
8	Chapitre 3, élément 048	Date d'arrivée à la première installation Validation Ajout : <i>Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène ».</i> <i>Pour un numéro de traumatisme donné, la date d'arrivée de</i>																						

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.1 À 3.2

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>l'ambulance sur la scène doit être inférieure ou égale à la date d'arrivée à la première installation.</i>
9	Chapitre 3, élément 049	Heure d'arrivée à la première installation Validation Ajout : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'Élément 033 « Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène », l'Élément 034 « Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène » et l'Élément 048 « Date d'arrivée à la première installation ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène (si présente) doit être inférieure à la date/heure d'arrivée à la première installation (si présente).
10	Chapitre 3, élément 085	Date de demande de transfert Validation Modification : Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 086 « Type de destination au départ ». Si le type destination au départ de l'admission est « 01-Transfert de courte durée », « 03-Transfert de longue durée » ou « 13-Centre hospitalier de réadaptation », ou 51- <i>Unité de réadaptation fonctionnelle intensive</i>, une date de demande de transfert peut être inscrite.
11	Chapitre 3, élément 086	Type de destination au départ Consignes à la saisie Modifications : c- Le choix du type de destination au départ 01- 03- 13- 18- 51 implique la saisie d'un code d'installation de destination au départ de l'installation fournisseur de données. e- Le choix du type de destination au départ 21, 30 ,31, 40 ou 99 n'implique pas la saisie d'un code d'installation de destination au départ. Ajout : i- Pour inscrire un type de destination 13, l'utilisateur doit être transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services d'adaptation et elle doit posséder des lits au permis avec la mission de centre de réadaptation. <i>Exception : Il est possible d'inscrire le type 13- Centre de réadaptation pour une installation identifiée dans la liste ayant une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) et où l'utilisateur est admis dans l'un de ces lits. Cf. liste des UTRF, annexe 14 du cadre normatif.</i> Validation Modifications : - Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'élément 087 « Code d'installation de destination au départ », l'Élément 088 « Nom de l'installation de destination au départ ». Si le choix du type de destination au départ est « 01-

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.1 À 3.2

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Transfert de courte durée », « 03- Transfert de longue durée » ou « 13- Centre hospitalier de réadaptation » ou « 18- Clinique externe », ou « 51- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive » le code et le nom de l'installation de destination au départ sont des champs activés et doivent être saisis. - Validation de correspondance hiérarchique automatique à la saisie avec l'élément 087 « Code d'installation de destination au départ », l'Élément 088 « Nom de l'installation de destination au départ ». Si le choix du type de destination au départ est « 21- Domicile », « 30- Décédé » ou « 31 - Départ contre avis médical » ou « 40- Ressources non institutionnelles » ou « 99- Autre », le code et le nom de l'installation de destination au départ sont absents et les champs sont désactivés. Domaine de valeurs Ajouts : 40- Ressources non institutionnelles <i>L'utilisateur quitte pour une ressource non institutionnelle. Les ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI) englobent :</i> <i>Ressource intermédiaire (RI) ;</i> <i>Ressources de type familial (RTF) ;</i> <i>Résidences privées pour personnes âgées.</i> <i>Il n'existe pas de liste provinciale pour les RNI. L'utilisation de cette valeur est donc à la discrétion des installations selon leurs besoins. Le code d'installation n'est pas requis pour ce type de destination.</i> 51- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive <i>L'usage est transféré dans une installation qui a comme centre d'activités une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Les services offerts à l'URFI vont permettre à l'utilisateur de récupérer une fonctionnalité maximale à la suite d'une perte d'autonomie motrice importante.</i>
12	Chapitre 3, élément 109	Modification artificielle de l'état de conscience Description Modification : Cette valeur est obligatoire au service d'urgence seulement si présente au dossier médical. Consigne à la saisie Ajout : <i>c- À l'admission, il n'est pas possible de cocher la case de la modification artificielle de l'état de conscience.</i> Validation Modification : - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 103 « Date de prise des signes vitaux ». Pour un numéro du

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.1 À 3.2

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		traumatisme donné, la date de prise des signes vitaux à l'urgence doit être inscrite pour pouvoir cocher la case « Modification artificielle de l'état de conscience ».
13	Chapitre 3, élément 110	Type de modification de l'état de conscience Définition Modification : Cette valeur est obligatoire au service d'urgence seulement si présente au dossier médical. Consigne à la saisie Ajout : <i>d- À l'admission, il n'est pas possible de cocher la case de la modification artificielle de l'état de conscience.</i>
14	Chapitre 3, élément 129	Date d'installation de l'intraveineuse Consigne à la saisie Modification : Inscrire la première dose administrée à l'urgence quelque soit l'installation.
15	Chapitre 3, élément 142	Date de réalisation de l'imagerie médicale Consignes à la saisie Ajout : <i>c- Une imagerie médicale peut-être demandée au service d'urgence et réalisée pendant le séjour à l'admission.</i> Validation Modification : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 137 « Numéro de séquence de l'imagerie médicale », l'élément 083 « Date de départ de l'installation ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date de réalisation de l'imagerie médicale à l'urgence d'une installation doit être inférieure ou égale à la date de départ de l'admission.
16	Chapitre 3, élément 143	Heure de réalisation de l'imagerie médicale Consignes à la saisie Ajout : <i>c- Une imagerie médicale peut-être demandée au service d'urgence et réalisée pendant le séjour à l'admission.</i> Validation Modifications : - Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 137 « Numéro de séquence de l'imagerie médicale », l'élément 083 « Date de départ de l'installation », l'élément 084 « Heure de départ de l'installation », et l'Élément 142 « Date de réalisation de l'imagerie médicale ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure (si présente) de réalisation de l'imagerie médicale à l'urgence d'une installation doit être inférieure à la date/heure de départ de l'admission de l'installation.

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.1 À 3.2

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		- Validation de correspondance relationnelle à la saisie avec l'élément 137 « Numéro de séquence de l'imagerie médicale » et l'élément 083 « Date de départ de l'installation », l'élément 084 « Heure de départ de l'installation » et l'Élément 142 « Date de réalisation de l'imagerie médicale ». Pour un numéro de traumatisme donné, la date/heure (<i>si présente</i>) de réalisation de l'imagerie médicale à l'admission d'une installation doit être inférieure à la date/heure de départ de l'installation.
17	Chapitre 3, élément 152	Heure du traitement Consigne à la saisie Modification : f- Si l'heure du traitement <i>au service d'urgence</i> est absente et <i>qu'elle est obligatoire</i> , saisir une heure approximative.
18	Chapitre 3, élément 153	Lieu du traitement Domaine de valeurs Modification : 2- Autre Il s'agit de toute salle qui ne nécessite pas de surveillance particulière. Il peut s'agir de la chambre de l'utilisateur, d'une salle ou d'une clinique spécialisée <i>ou dans le cas d'un traitement effectué dans une autre installation</i> .
19	Chapitre 3, élément 163	Heure de prise en charge Consigne à la saisie Modifications : b- C'est l'heure de la première prise en charge qui <i>peut</i> être saisie, peu importe, la spécialité. c- En présence, de plusieurs traitements paramédicaux, si l'heure du premier traitement paramédical est absente, <i>il est possible d'inscrire</i> la première heure présente d'un autre traitement paramédical. d- Si aucune heure <i>du traitement paramédical</i> n'est présente, <i>ne rien inscrire</i> . Validation Suppression : - Validation de correspondance simple à la saisie avec l'élément 162 « Date de prise en charge ». <i>Si une date est inscrite, une heure doit être saisie</i> .
20	Chapitre 3, élément 181	Blessure médullaire Consigne à la saisie Ajout : b- En l'absence de la précision au dossier médical de la mention de complet, incomplet ou TVA, inscrire INCOMPLET.

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.1 À 3.2

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
21	Chapitre 5, section 5.1, sous-section EGA2-1	Produire les rapports sur les destinations - Rapport : Nombre total d'évènements traumatiques et ISS pour les 10 installations de destination les plus fréquentes au départ de l'admission Définition Ajout : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (51)
22	Chapitre 5, section 5.1, sous-section EGA2-2	- Rapport : Nombre total d'évènements traumatiques et ISS par type de destination au départ de l'admission Modification : Maquette du rapport Axe vertical Type de destination à l'admission Ajout : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (51)
23	Chapitre 5, section 5.1, sous-section EGA6	- Rapport sommaire de l'installation Axe vertical Nombre de destinations Ajout : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (51)
24	Chapitre 5, section 5.3, sous-section RQC2R01	Rapport sommaire du traumatisé Modification de la maquette du rapport Modification de la page d'invite Ajouts d'éléments dans le rapport
25	Annexe 7	Ajouts du suivi des modifications au 1^{er} avril 2012 du passage de la version 3.1 à la version 3.2.
26	Annexe 13	Liste des installations désignées en traumatologie Modification du code d'installation suivant : - Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant Jésus = 51233914
27	Annexe 14	Ajout de la liste des installations désignées avec une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF)
28	Annexe 15	Ajout de l'historique des modifications qui ont lieu à chaque 1^{er} avril.

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

Les modifications suivantes concernent le passage de la version 3.0 à la version 3.1 (1^{er} avril 2011).

Les informations en italiques dans la liste des modifications indiquent les changements effectués.

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
1	Généralités	Adaptation de la mise en page et de la dispositions du texte des chapitres 1, 2, 3, 4, 5 et les annexes selon la mise à jour du guide d'élaboration d'un cadre normatif pour les systèmes d'information, version 1.9, janvier 2011.
2	Chapitre 1, Généralités	Nouvel ordre des sections du chapitre 1 : Tables des matières Historique des versions du cadre normatif Définition d'un cadre normatif Avant-propos Sigles et acronymes Introduction Présentation du système d'information
3	Chapitre 1, Tables des matières	Mise à jour complète
4	Chapitre 1	Mise à jour complète de toutes les sections du chapitre 1.
5	Chapitre 2 - Généralités	Adaptation de la mise en page et de la disposition du texte selon la mise à jour du guide d'élaboration d'un cadre normatif pour les systèmes d'information, version 1.9, janvier 2011. Nouvel ordre des sous-section : Sous-section 2.1.1 et 2.1.2 devenues sous-section 2.1.1 2.1.2 = Nouvelles directives au 1 ^{er} avril 2.1.3 = Formulaire de saisie 2.1.4 = Règles de codification et de saisie Ajouts de la section 2.2. Suppression des sous-section : Liste des tables et des champs du SIRTQ (sera insérée dans le guide d'utilisation de l'application du SIRTQ) Liste des installations désignées (déplacée à l'annexe 13) Liste des messages d'erreur (sera insérée dans le guide d'utilisation de l'application du SIRTQ)
6	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Critères de sélection (inclusions/exclusion) Modifications des règles de consignation pour la clientèle de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence : • <i>Usager âgé de plus de 14 ans ayant subi, une amputation complète ou incomplète avec dévascularisation (mesure de saturation à l'appui, si possible):</i> - o <i>d'un pouce;</i> - o <i>d'un doigt unique;</i> - o <i>de doigts multiples;</i> - o <i>de la main;</i> - o <i>du poignet ou de l'avant-bras;</i> - o <i>du coude ou proximale au coude;</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		o et de toute partie pouvant être réimplantée (oreilles, nez, pénis, etc.).
7	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Critères de sélection (inclusion/exclusion) Précisions dans les règles de consignation pour la clientèle de victime de brûlures graves : • Brûlures au 2e ou au 3e degré impliquant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations majeures (membre supérieur = épaule, coude, poignet et membre inférieur = cheville, genou, hanche) ; • Brûlures au 2e ou au 3e degré accompagnées d'autres traumatismes ou maladies significatives (<i>maladies chroniques ou incapacitantes</i>) pouvant compliquer les soins, allonger le temps de guérison ou affecter le risque de mortalité; • Brûlure au 2e ou au 3e degré faisant en sorte qu'une seconde opinion d'un plasticien est requise;
8	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.1	Exemples de cas d'inclusion Ajout d'une précision au point 1.5 : Les pendants ne laissant que des éraflures ou de petites plaies au cou ne doivent pas être inscrites, car les usagers ne sont pas admis pour le traitement de leurs blessures, mais plutôt pour un traitement psychiatrique. <i>Ces blessures ne justifient pas une hospitalisation. Cependant, les usagers présentant une atteinte cérébrale par anoxie secondaire à une tentative de suicide par pendaison, par strangulation ou par un autre moyen doivent être inclus. Le code AIS est 999999.9 en l'absence de diagnostic plus précis.</i> Exclusions Ajouts de précisions : ➤ Les cas d'électrocutions ou d'électrisation ➤ Les brûlures et les engelures sauf pour les installations désignées pour traiter cette clientèle; Modifications des exemples d'exclusion suivants : 2.1.1 Les réadmissions et les visites multiples à l'urgence (sans admission) pour un même événement traumatique dans une même installation ne doivent pas être inscrites. 2.1.3 Une côte fracturée en toussant, chez une personne âgée n'est pas considérée comme un traumatisme. 2.1.6 Les usagers transférés ou référés exclusivement pour des services de réadaptation sont exclus du système d'information du registre des traumatismes. Attention, pour être considéré comme de la réadaptation, votre installation doit détenir une <i>unité de</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) au permis (type 13) et les usagers doivent être admis directement dans l'un de ces lits.</i> Ajout de l'exemple : <i>2.1.7 Exclure les admissions post chirurgie d'un jour qui sont en lien avec un évènement traumatique.</i>
9	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.2	Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril Ajouts des nouvelles directives 1.1 à 1.22.
10	Chapitre 2, section 2.1, sous-section 2.1.4	Règles de codification et de saisie Règle de codage de l'AIS : 2- Les corps étrangers ne sont pas des traumatismes et, par conséquent, ils ne sont pas codés (<i>sauf s'ils causent une blessure traumatique</i>). Précisions sur la codification par système anatomique 2.1.8 Une amnésie n'est pas considérée comme une perte de conscience puisque le stress provoque involontairement cette amnésie. Cependant, la présence d'amnésie documentée peut être codée en l'absence de la perte de conscience tout en respectant la règle du codage sur les pertes de conscience <i>voir le point 2.1.1.</i> 2.1.37 À la section Tête, dans la catégorie Niveau de conscience : utiliser les codes en lien avec les grands titres qui sont associés avec le GSC soit : 160499.1, 160699.2 et 160899.3. Utiliser les codes pour l'amnésie soit : 160410.2 et 160412.3. Supprimer tous les codes qui ont une mention de durée soit : 160414.2, 160416.3, 160610.2, 160612.3, 160614.3, 160616.4, 160806.3, 160808.4, 160810.3, 160812.4, 160814.4, 160816.5, 160818.5. (Pour l'utilisation des codes de la section niveau de conscience, <i>voir le point 2.1.7.</i>) 2.6.10 <i>La lacération de la moelle doit être incluse dans les atteintes de la moelle (contusions).</i> <i>La note du point 2.6.27 devient 2.6.10 : Un hématome épidural cervical documenté par TDM, IRM, radiologie, myélogramme ou autopsie se code à 64020X.X.</i> 2.8.7 Suppression de la phrase suivante : <i>Référence Base de discussion, réponse à la question "Fracture de la cheville" le 2002-04.</i> 2.8.16 <i>Le tiers distal d'un os (proximal ou distal) = diaphyse. Métaphyse = coder au site de la précision de la localisation de la fracture soit à l'extrémité supérieure ou inférieure selon le cas. Il ne faut donc plus coder la métaphyse automatiquement à la diaphyse.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		L'extrémité distale du péroné = la cheville. L'épiphyse inférieure du péroné = malléole externe.
11	Chapitre 3- Généralités	Élément 000 – Guide de lecture, modifications dans les points décrivant les éléments du chapitre 3 : Suppressions de : Requis par Transmission Ajouts de : Élément transformé Entrée en vigueur Date de dernière modification
12	Chapitre 3, élément 009	Consignes à la saisie Ajout : <i>d- En présence d'un NAM expiré, inscrire la raison d'absence « NAM inconnu ».</i>
13	Chapitre 3, élément 010	Consignes à la saisie Ajout : <i>b- En présence d'un NAM expiré, inscrire la raison d'absence « NAM inconnu ».</i>
14	Chapitre 3, élément 024	Consignes à la saisie Ajout : <i>a- Exception pour le SIRTQ : Les accidents de train, de moto marine, de motoneige, de véhicule tout terrain (VTT) et de cyclomoteur (mobylette) sont considérés comme des véhicules à moteur. L'utilisateur et le matériel de protection utilisés doivent être sélectionnés.</i>
15	Chapitre 3, élément 025	Consignes à la saisie Ajout : <i>c- Pour les chutes à vélo, de cheval, en ski, en planche à neige, en planche à roulettes ou de patins à roues alignées qui se produisent sans collision avec un véhicule à moteur, la personne blessée et le matériel de protection utilisés doivent être sélectionnés.</i>
16	Chapitre 3, élément 033	Définition Modification : Ce champ indique la date d'arrivée de l'ambulance sur le <i>lieu de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.</i>
17	Chapitre 3, élément 034	Définition Modification : Ce champ indique l'heure d'arrivée de l'ambulance sur le <i>lieu de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.</i>
18	Chapitre 3, élément 035	Définition Modification : Ce champ indique la date de départ de l'ambulance sur le <i>lieu de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.</i>
19	Chapitre 3, élément 036	Définition Modification : Ce champ indique l'heure de départ de l'ambulance sur le <i>lieu</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>de l'événement traumatique ou de tout autre lieu.</i>
20	Chapitre 3, élément 037	Consignes à la saisie Ajouts : <i>a- Sélectionner « Inconnu » dans le cas où l'information est absente au formulaire mais l'évènement traumatique répond aux critères d'un impact à haute vitesse (AS-803).</i> <i>b- Sélectionner « Non » dans le cas où l'information n'est pas présente au formulaire et que l'évènement traumatique ne répond pas aux critères d'un impact à haute vitesse (AS-803).</i> Domaine de valeurs Ajouts de précision : O = Oui N = Non (<i>Ne s'applique pas selon les critères et n'est pas coché sur le formulaire</i>) I = Inconnu (<i>S'applique selon les critères et n'est pas coché sur le formulaire</i>).
21	Chapitre 3, élément 040	Consignes à la saisie Modification : <i>b- La première série de signes vitaux complètes doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.</i> Suppression : <i>c- La respiration la plus près de l'heure de l'évènement traumatique doit être considéré.</i>
22	Chapitre 3, élément 041	Consignes à la saisie Modification : <i>b- La première série de signes vitaux complètes doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.</i> Suppression : <i>c- Le pouls le plus près de l'heure de l'évènement traumatique doit être considéré.</i>
23	Chapitre 3, élément 042	Consignes à la saisie Modification : <i>b- La première série de signes vitaux complètes doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.</i> Suppression : <i>c- La tension artérielle systolique la plus près de l'heure de l'évènement traumatique doit être considéré.</i>
24	Chapitre 3, élément 043	Consignes à la saisie Modification : <i>a- La première série de signes vitaux complètes doit être saisie.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.</i>
25	Chapitre 3, élément 044	Consignes à la saisie Modification : <i>d- La première série de signes vitaux complètes doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.</i>
26	Chapitre 3, élément 045	Consignes à la saisie Modification : <i>b- La première série de signes vitaux complètes doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.</i> Suppression : <i>c- Le pourcentage de saturation le plus près de l'heure de l'évènement traumatique doit être considéré.</i>
27	Chapitre 3, élément 051	Consignes à la saisie Modifications : <i>b- Considérer une séquence d'urgence lorsque l'utilisateur provient d'une installation ayant un type 19 (Service d'urgence) ou une installation désignée de stabilisation ayant un type 17 (CLSC) telle que définie dans la liste des installations désignées de stabilisation de l'annexe 13. Autrement, inscrire le code d'installation identifié uniquement comme première installation visitée.</i> <i>c- Un usager provenant d'un cabinet du médecin ou d'un CHSLD, est considéré comme un domicile.</i> Ajout : <i>j- Les informations à l'urgence doivent être saisies lorsque l'utilisateur est vu par un urgentologue. Le simple fait d'occuper un lit à l'urgence n'est pas considéré comme un séjour à l'urgence.</i>
28	Chapitre 3, élément 053	Consignes à la saisie Modifications : <i>f- Le type de provenance 21- « Domicile », est utilisé pour préciser les usagers qui ont un évènement traumatique dans un lieu X, qui retournent à la maison et qui consultent par la suite.</i> <i>j- Un usager provenant d'un cabinet du médecin ou d'un CHSLD, est considéré comme un domicile.</i>
29	Chapitre 3, élément 060	Consignes à la saisie Ajout : <i>c- Si l'utilisateur arrive décédé à l'urgence, aucune information clinique en lien avec le séjour à l'urgence ne peut être saisie sauf pour les signes vitaux.</i>
30	Chapitre 3, élément 063	Consignes à la saisie Ajouts : <i>c- Pour les usagers dirigés vers une clinique externe et admis la même journée, inscrire « 01 - Admis » comme type de destination à l'urgence.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>d- Pour les usagers ayant obtenu un congé et dirigés vers une clinique externe, inscrire « 21 - Domicile » comme type de destination.</i>
31	Chapitre 3, élément 066	Consignes à la saisie Modification : c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, <i>il est possible d'adresser</i> une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie. Toutefois, le médecin traitant pourra préciser s'il y a eu une autopsie dans ses observations médicales ou dans ses notes évolutives.
32	Chapitre 3, élément 067	Consignes à la saisie Modification : c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, <i>il est possible d'adresser</i> une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie.
33	Chapitre 3, élément 070	Consignes à la saisie Ajout : f- <i>En présence de deux consultations ayant le même domaine et demandées la même journée, considérer seulement la première.</i>
34	Chapitre 3, élément 071	Consignes à la saisie Ajout: c- <i>En présence de deux consultations ayant le même domaine et demandées la même journée, considérer seulement la première.</i>
35	Chapitre 3, élément 076	Consignes à la saisie Ajout : I- <i>Un usager provenant d'un cabinet du médecin ou d'un CHSLD, est considéré comme un domicile.</i>
36	Chapitre 3, élément 089	Consignes à la saisie Modification : c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, <i>il est possible d'adresser</i> une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie. Toutefois, le médecin traitant pourra préciser s'il y a eu une autopsie dans ses observations médicales ou dans ses notes évolutives.
37	Chapitre 3, élément 090	Consignes à la saisie Modification : c- Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, <i>il est possible d'adresser</i> une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie.
38	Chapitre 3, élément 093	Domaine de valeurs Ajout : 42 : <i>Unité de décision clinique (UDC)</i>
39	Chapitre 3, élément 103	Consignes à la saisie Modifications : a- La date la plus près de l'arrivée au service d'urgence <i>ou à l'unité de soins pour l'admission</i> (dépendamment des signes vitaux) de l'installation doit être considérée, indépendamment

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière. b- Si la date est manquante, saisir celle de l'arrivée à l'urgence s'il s'agit des signes vitaux de l'urgence ou celle de l'arrivée à l'unité de soins s'il s'agit des signes vitaux de l'admission.
40	Chapitre 3, élément 104	Consignes à la saisie Modifications : a- L'heure la plus près de l'arrivée au service d'urgence ou de l'arrivée à l'unité de soins pour l'admission (dépendamment des signes vitaux) de l'installation doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière. b- Si l'heure est manquante, saisir celle de l'arrivée à l'urgence s'il s'agit des signes vitaux de l'urgence ou laisser le champ vide si ce n'est pas l'installation fournisseur de données. Saisir celle de l'arrivée à l'unité de soins pour l'admission s'il s'agit des signes vitaux de l'admission.
41	Chapitre 3, élément 105	Consignes à la saisie Modifications : c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation. d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
42	Chapitre 3, élément 106	Consignes à la saisie Modifications : c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation. d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.
43	Chapitre 3, élément 107	Consignes à la saisie Modifications : c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation. d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire,

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i>
44	Chapitre 3, élément 108	Consignes à la saisie Modifications : <i>d- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i> <i>e- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i>
45	Chapitre 3, élément 109	Définition Modification : Ce champ indique si l'état général d'éveil et de réaction aux stimuli internes (ou externes) (état de conscience) de l'utilisateur a été modifié artificiellement ou non par des traitements physiques ou chimiques au service d'urgence <i>seulement</i>. Consignes à la saisie Ajout : <i>b- Le délai de huit heures pour compléter la séquence ne s'applique pas pour ce champ. Il est possible d'inscrire une valeur prise durant tout le séjour à l'urgence.</i>
46	Chapitre 3, élément 110	Consignes à la saisie Ajout : <i>b- Le délai de huit heures pour compléter la séquence ne s'applique pas pour ce champ. Il est possible d'inscrire une valeur prise durant tout le séjour à l'urgence.</i> Domaine de valeurs Modification définition : S = Sédationné Utilisation de médicaments provoquant une légère dépression du système nerveux central, maintenant l'utilisateur éveillé, mais relativement plus calme. <i>La sédation qui doit être considérée ici est celle administrée à l'urgence dans le cadre d'une intervention ou procédure (exemples : réduction d'une fracture, réparation d'une plaie, etc.</i>
47	Chapitre 3, élément 111	Consignes à la saisie Modifications : <i>c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>ou d'admission de l'installation.</i> <i>d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i> <i>Attention : La respiration et le type de respiration sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signes vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment.</i> Ajout : <i>f- Pour un usager décédé à son arrivée au service d'urgence de l'installation fournisseur de données, à défaut d'avoir des valeurs, inscrire la respiration = 0. Sinon, le Ps (ISS) et le RTS ne pourront pas être calculés.</i>
48	Chapitre 3, élément 112	Consignes à la saisie Modifications : <i>a- Lorsque la valeur n'est pas notée au dossier médical, choisir « Information non disponible ».</i> <i>c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i> <i>d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i> <i>Attention : La respiration et le type de respiration sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signe vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment.</i>
49	Chapitre 3, élément 113	Consignes à la saisie Modifications : <i>c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i> <i>Attention : La tension artérielle systolique et diastolique sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signe vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment.</i>
50	Chapitre 3, élément 114	Consignes à la saisie Modifications : <i>c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i> <i>d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i> <i>Attention : La tension artérielle systolique et diastolique sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signe vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. Si l'une des deux valeurs est absente, laisser le champ vide pour celle-ci. Il n'est pas possible de compléter la valeur absente prise à un autre moment.</i>
51	Chapitre 3, élément 115	Consignes à la saisie Modifications : <i>a- Il s'agit d'inscrire s'il y a présence ou non d'oxygène à la première mesure du % de saturation qui est prise la plus près de l'arrivée à l'urgence ou à l'admission d'une installation.</i> <i>c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i> Attention : Le pourcentage de saturation en oxygène et la présence ou l'absence d'oxygène sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signes vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement. <i>d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i>
52	Chapitre 3, élément 116	Consignes à la saisie Modifications : <i>c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i> Attention : <i>Le pourcentage de saturation en oxygène et la présence ou l'absence d'oxygène sont des valeurs qui doivent être inscrites dans la séquence de signes vitaux si elles ont été prises au même moment uniquement.</i> <i>d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i>
53	Chapitre 3, élément 117	Consignes à la saisie Modifications : <i>b- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i> <i>c- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i>
54	Chapitre 3, élément 118	Consignes à la saisie Modifications : <i>b- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence ou d'admission de l'installation.</i> <i>c- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i>
55	Chapitre 3, élément 119	Consignes à la saisie Modifications : <i>c- Il arrive que cette valeur soit absente. Il est possible de compléter le champ en autant que la valeur soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur au service d'urgence</i>

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		<i>ou d'admission de l'installation.</i> <i>d- Pour les usagers admis directement au bloc opératoire, inscrire la valeur prise à partir du moment de l'arrivée à l'unité de soins et considérer le délai de huit heures depuis l'heure d'arrivée à l'unité de soins. Les signes vitaux au bloc opératoire ne doivent pas être considérés.</i>
56	Chapitre 3, élément 123	Consignes à la saisie Ajout : <i>c- En présence d'une suspicion d'intoxication de drogues ou médicament et aucune l'information quant à la réalisation d'un test n'est pas disponible dans le dossier médical sélectionner NP. Si aucune information quant à la suspicion d'un intoxication ou à une réalisation d'un test, ne rien sélectionner.</i> Domaine de valeurs Ajout : NP= Non précisé Aucune information disponible au dossier médical quant à la réalisation d'un test d'intoxication aux drogues/médicaments et <i>suspicion de présence d'intoxication de drogues/médicaments.</i>
57	Chapitre 3, élément 127	Consignes à la saisie Ajouts : <i>b- Un drain thoracique installé au bloc opératoire doit être saisi dans le sous onglet « Traitement ».</i> <i>c- Un drain thoracique installé dans un lieu autre que le bloc opératoire doit être inscrit dans le sous onglet « Examens et Soins ».</i>
58	Chapitre 3, élément 128	Consignes à la saisie Ajouts : <i>b- Un drain thoracique installé au bloc opératoire doit être saisi dans le sous onglet « Traitement ».</i> <i>c- Un drain thoracique installé dans un lieu autre que le bloc opératoire doit être inscrit dans le sous onglet « Examens et Soins ».</i>
59	Chapitre 3, élément 129	Consignes à la saisie Ajout : <i>c- Inscrire la première dose administrée quelque soit l'installation et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.</i> Suppression : <i>c- Dans le cas d'un changement de produit injecté sans modification de canule, ne pas considérer comme une nouvelle intraveineuse.</i> Modification : <i>d- Inscrire la première dose administrée quelque soit l'installation et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.</i>
60	Chapitre 3, élément 130	Consignes à la saisie

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Ajout : c- <i>Inscrire la première dose administrée quelque soit l'installation et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.</i> Suppression : c- <i>Dans le cas d'un changement de produit injecté sans modification de canule, ne pas considérer comme une nouvelle intraveineuse</i>
61	Chapitre 3, élément 138	Consignes à la saisie Ajout : c- <i>L'angiographie par tomодensitométrie est considérée comme une artériographie.</i>
62	Chapitre 3, élément 143	Consignes à la saisie Ajout : c- <i>Pour l'installation fournisseur de données, si l'heure de réalisation de l'imagerie médicale excède le séjour à l'urgence, inscrire l'heure moins 1 minute du départ de l'urgence vers l'admission.</i>
63	Chapitre 3, élément 145	Consignes à la saisie Modification : c- <i>Tous les traitements à l'admission sont à inscrire même ceux qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Pour l'urgence, sauf si besoin locaux, saisir seulement les traitements inscrits sur la liste préfinie du point d.</i> Ajouts : Transfusions sanguines ▪ Distinguer tous les types de transfusion (culots, plasma, plaquettes, etc.) ▪ Inscrire à l'urgence quelle que soit l'installation et à l'admission et noter le nombre dans la case appropriée. ▪ Utiliser le code : 1.LZ.19.^. ▪ Ne pas considérer le code : 1.LZ.35. ^. ▪ Une feuille égale une transfusion. f- <i>Tous les traitements effectués au bloc opératoire incluant ceux réalisés à la salle de réveil doivent être codés.</i> g- <i>Si une péridurale est effectuée ailleurs qu'au bloc opératoire excluant si réalisée à la salle de réveil, la saisie de celle-ci devient facultative.</i>
64	Chapitre 3, élément 147	Définition Ajout : Ce champ indique le nombre de fois où une <i>même</i> intervention médicale ou un <i>même</i> traitement à l'usager a eu lieu au service d'urgence ou d'admission d'une installation. Description Ajout :

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Si un code de transfusion est saisi, cette variable doit contenir le nombre de culots utilisés <i>pour chaque type de lieu soit bloc opératoire ou autre.</i>
65	Chapitre 3, élément 152	Consignes à la saisie Ajouts : <i>b- Pour le premier traitement, dans le cas où la case Admission directe au bloc opératoire est cochée, l'heure du traitement s'affiche automatiquement. Cette heure représente l'heure de l'admission. Toutefois, il faut s'assurer que l'heure inscrite correspond à l'heure du début de l'anesthésie. Si ce n'est pas le cas, il faut modifier celle-ci.</i> <i>e- Dans le cas de transfusions multiples, il faut inscrire l'heure de la première transfusion et le nombre de transfusion dans le champ « Nombre ».</i> <i>f- Si l'heure du traitement est absente, saisir une heure approximative.</i>
66	Chapitre 3, élément 153	Consignes à la saisie Ajout : <i>b- Pour les traitements effectués en salle de réveil, il faut choisir le lieu du traitement « Bloc », car celle-ci fait partie du bloc opératoire.</i>
67	Chapitre 3, élément 156	Consignes à la saisie Ajout : <i>a- Une ventilation mécanique de type « invasive » doit être saisie uniquement dans la section Ventilation mécanique dans le sous onglet Examens et Soins de l'admission.</i> <i>b- Une ventilation mécanique de type « non invasive » peut être saisie dans l'onglet traitements.</i>
68	Chapitre 3, élément 157	Consignes à la saisie Ajout : <i>c- Une ventilation mécanique de type « invasive » doit être saisie uniquement dans la section Ventilation mécanique dans le sous onglet Examens et Soins de l'admission.</i> <i>d- Une ventilation mécanique de type « non invasive » peut être saisie dans l'onglet traitements.</i>
69	Chapitre 3, élément 158	Consignes à la saisie Ajout : <i>c- Une ventilation mécanique de type « invasive » doit être saisie uniquement dans la section Ventilation mécanique dans le sous onglet Examens et Soins de l'admission.</i> <i>d- Une ventilation mécanique de type « non invasive » peut être saisie dans l'onglet traitements.</i>
70	Chapitre 3, élément 159	Consignes à la saisie

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
		Ajout : <i>d- Une ventilation mécanique de type « invasive » doit être saisie uniquement dans la section Ventilation mécanique dans le sous onglet Examens et Soins de l'admission.</i> <i>e- Une ventilation mécanique de type « non invasive » peut être saisie dans l'onglet traitements.</i>
71	Chapitre 3, élément 160	Consignes à la saisie Ajout : <i>d- Une ventilation mécanique de type « invasive » doit être saisie uniquement dans la section Ventilation mécanique dans le sous onglet Examens et Soins de l'admission.</i> <i>e- Une ventilation mécanique de type « non invasive » peut être saisie dans l'onglet traitements.</i>
72	Chapitre 3, élément 161	Consignes à la saisie Ajout : <i>b- Si vous sélectionnez « équipe multidisciplinaire », il n'est pas obligatoire de saisir les consultations individuelles de chacune des disciplines.</i>
73	Chapitre 3, élément 166	Définition Modification : Ce champ permet de savoir si le code AIS utilisé doit être vérifié ou si l'entrée des données nécessite un parachèvement.
74	Chapitre 3, élément 186	Consignes à la saisie Ajout : <i>d- Tous les diagnostics du Chapitre V Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) de la CIM-10-CA sont considérés dans la comorbidité « Maladie psychiatrique ».</i>
75	Chapitre 3, élément 190	Domaine de valeurs Ajout : 17- Chômeur (personne à la recherche d'un emploi, prestataire de la sécurité et du revenu, sans emploi).
76	Chapitre 3, élément 194	Consignes à la saisie Ajout : a- Si seulement un test a été effectué, saisir le 1 ^{er} résultat du taux de carboxyhémoglobine peu importe le lieu (urgence ou admission) et l'installation. Si plusieurs tests ont été effectués, c'est le résultat avec le taux le plus élevé qui doit être codé.
77	Chapitre 3, élément 197	Consignes à la saisie Ajout : Inscrire l'utilisation d'une ressource si celle-ci commence dans une autre urgence ou dans l'urgence du fournisseur de données et qu'elle se continue pendant l'admission.
78	Chapitre 4 - Généralités	Le chapitre 4 de la version 3.0 est déplacé à l'annexe 3. Le nouveau chapitre 4 correspond à l'ancien chapitre 5 soit la « Transmission des données »

ANNEXE 7
LISTE DES MODIFICATIONS DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 3.0 À 3.1

No du changement	Section du cadre normatif	Description du changement
79	Chapitre 5 - Généralités	Le chapitre 5 correspond à l'ancien chapitre 6 de la version 3.0 soit le « Retour de l'information ».

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

Cadre normatif Version 2.0		Cadre normatif Version 3.0		Modifications	Action effectuée à la conversion (cadre normatif version 2.0 à la version 3.0)
# élément	Nom d'élément	# élément	Nom d'élément		
001	No du registre de l'écran des renseignements sur victime	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
002	Date de création	027	Date de création	Aucune	Tel quel si la date de création est présente. Si elle est absente, inscrire la date du traumatisme. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
003	Codeur	028	Code identifiant de création	Changement du libellé de l'élément	Les deux valeurs du codeur et du responsable à la saisie sont concaténées.
004	Entré par	Supprimé			
005	Dossier incomplet	Supprimé			
006	Révisé le	029	Date de modification	Changement du libellé de l'élément	Tel quel si la date de modification est présente. Si elle est absente, inscrire la date de création. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
007	Nom (à la naissance)	005	Nom	Aucune	Tel quel si la validation au fichier NAM_BEN de la RAMQ est bonne sinon le champ est laissé vide.
008	Prénom	006	Prénom	Aucune	Tel quel si la validation au fichier NAM_BEN de la RAMQ est bonne sinon le champ est laissé vide.
009	Date de naissance	007	Date de naissance	Aucune	Tel quel si la validation au fichier NAM_BEN de la RAMQ est bonne sinon le champ est laissé vide.
010	Sexe	008	Sexe	Aucune	Tel quel si la validation au fichier NAM_BEN de la RAMQ est bonne sinon le champ est laissé vide.
011	Nom de femme mariée	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

012	Code postal de la résidence permanente	014	Code postal de la résidence	Changement du libellé de l'élément	Pour les codes postaux absents, le code postal de l'installation fournisseur de données est inscrit. Les codes postaux présents sont validés avec la table DECOU_MUNIC de la RAMQ; si l'information n'est pas valide alors le champ est laissé vide.
013	Code municipal	015	Code municipal de la résidence	Changement du libellé de l'élément	Les codes municipaux présents sont validés avec la table DECOU_MUNIC de la RAMQ; si l'information n'est pas valide alors le champ est laissé vide.
014	Assurance médicale	021	Assurance médicale		Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01 = RAMQ = IOP1 = RAMQ 02 = SAAQ = IOP2 = SAAQ 03 = CSST = IOP5 = CSST 04 = IVAC = IOP6 = IVAC 05 = Ass. Privée = IOP8 Croix Bleue 06 = Gouv. Fédé = IOP3 = Gouv. Féd. 07 = OHIP = IOP4 = OHIP 08 = Force Armée = IOP9 = Forces armées 09 = Inconnue = IOP9 = Inconnue 10 = Aucune = IOP11 = Aucune 11 = Autre = IOP12 + IOP07 (THIS)
015	Si autre, préciser	Supprimé			
016	No d'assurance maladie	009	Numéro d'assurance maladie	Changement du libellé de l'élément	Tel quel si la validation au fichier NAM_BEN de la RAMQ est bonne sinon le champ est laissé vide.
017	Date de l'événement	011	Date du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
018	Heure de l'événement	012	Heure du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
019	Cause externe (CIM-10-CA)	019	Code cause externe	Changement du libellé de l'élément	Tel quel. Pour les valeurs à nulles, pour la classification CIM-9, inscrire E9289.
020	Code d'activité (CIM-10-CA)	020	Code d'activité	Changement du libellé de l'élément	Tel quel. Pour les valeurs à nulles, inscrire U999.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

021	Lieu de l'accident	023	Lieu du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01 Domicile = 0 RES; 02 Établissement collectif = 7 INS; 03 École, autres institutions et lieu d'administration publique = 6 PUB; 04 Lieu de sport et d'athlétisme = 4 SPO 05 Rue ou route = 5 RUE; 06 Zone de commerce = Aucune correspondance 07 Zone industrielle = 3 IND + 2 MIN; 08 Exploitation agricole = 1 FER; 09 Autre lieu = 8 AUT; 10 Lieu de traumatisme, sans précision = 9 INC
022	Accident durant le travail	022	Traumatisme durant le travail	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
023	Préciser l'occupation	Supprimé			
024	Code municipal du lieu de l'accident	018	Code municipal du lieu du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Les codes municipaux présents sont validés avec la table DECOU_MUNIC de la RAMQ; si l'information n'est pas valide alors le champ est laissé vide.
025	Intention	Supprimé			
026	Cause du traumatisme	024	Cause du traumatisme	Aucune	Tel quel
027	Si autre, préciser la cause	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

028	Si accident de véhicule à moteur, préciser	025	Code rôle usager véhicule	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01 Conducteur d'un véhicule à moteur autre qu'une motocyclette =00 02 Passage d'un véhicule à moteur autre qu'une motocyclette =01 03 Conducteur d'une motocyclette =02 04 Passager d'une motocyclette =03 05 Occupant d'un train =04 06 Personne sur un animal ou occupant un véhicule à traction animale =05 07 Cycliste =06 08 Piéton =07 09 Autre personne précisée =08 10 Personne non précisée =09 <u>Note</u> En l'absence de valeur, le champ est laissé vide.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

029	Si accident de véhicule à moteur, matériel de protection utilisé	026	Matériel de protection		Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 Combinaisons possibles 1 = 1 1 = 1-3 1 = 1-6 1 = 1-7 1 = 1-4-5-6-7 2 = 2 2 = 2-6 2 = 2-7 3 = 1-2 3 = 1-2-3 3 = 1-2-4 3 = 1-2-6 3 = 1-2-3-4-5-6-7 3 = 1-2-3-4-5-7 3 = 1-2-3-4-7 4 = 3 4 = 3-5 4 = 3-6 4 = 3-7 4 = 4-5-6-7 5 = 4 5 = 1-4 5 = 4-6 6 = 2-4 6 = 2-3-4-5-6-7 7 = 5 7 = 6-7 8 = 6 9 = 7
030	No du registre de l'écran des services préhospitaliers	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

031	Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	033	Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
032	Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	034	Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
033	Heure de départ de la scène	036	Heure de départ de l'ambulance de la scène	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
034	Personnes présentes sur la scène	Supprimé			
035	No de l'hôpital de l'écran des services préhospitaliers	046	Code de la première installation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel selon l'établissement primaire.
036	Nom de l'hôpital	047	Nom de la première installation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel selon l'établissement primaire.
037	Hôpital primaire / transfert	Supprimé			
038	No du dossier médical	004	Numéro de dossier médical	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
039	Date d'arrivée à l'hôpital	048	Date d'arrivée à la première installation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
040	Heure d'arrivée à l'hôpital	049	Heure d'arrivée à la première installation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

041	Service ou méthode de transport à l'hôpital	032	Mode transport à la première installation	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01 = AMB 02 = AIR(A); 03 = AIR(H) 04 = POL 05 = POM 06= VEH 07= NULL 08= API 09 = AUT 10= INC
042	Compagnie / ville ambulancière	Supprimé			
043	Compagnie / ville aérienne	Supprimé			
044	IPT	039	IPT	Aucune	Tel quel
045	No du rapport de la compagnie aérienne	Supprimé			
046	Compagnie / ville policière	Supprimé			
047	No du rapport de la compagnie policière	Supprimé			
048	Compagnie / ville pompiers	Supprimé			
049	No du rapport de la compagnie de pompiers	Supprimé			
050	Réanimation cardio-respiratoire des services préhospitaliers	Supprimé			
051	Attelle de fracture	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

052	Oxygène	044	Oxygène préhospitalier	Changement du libellé de l'élément	Inscrire « Inconnu » lorsque le mode de transport est « Ambulance ».
053	Habillage antichocs pneumatique	Supprimé			
054	Pansements	Supprimé			
055	Solutés	Supprimé			
056	Immobilisation	Supprimé			
057	Ventilation mécanique des services préhospitaliers	Supprimé			
058	Médicaments	Supprimé			
059	Libération	Supprimé			
060	No du registre de l'écran de l'urgence	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
061	No de l'hôpital de l'écran de l'urgence	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
062	Date d'arrivée à l'urgence	058	Date d'arrivée à l'urgence	Aucune	Tel quel
063	Heure d'arrivée à l'urgence	059	Heure d'arrivée à l'urgence	Aucune	Tel quel
064	Code du médecin	Supprimé			
065	Statut à l'arrivée à l'urgence	060	Statut à l'arrivée à l'urgence	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
066	Lavage péritonéal	Supprimé			
067	Date du lavage péritonéal	Supprimé			
068	Heure du lavage péritonéal	Supprimé			
069	Intoxication alcool	121	Intoxication alcool suspectée	Changement du libellé de l'élément	Si présent = oui Si absent = non

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

070	Intoxication drogues	123	Intoxication drogue/médicaments	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 RP (Résultat positif) = 1 RN Résultat négatif = 2 NP (Non précisé) = 3- 4- 5- 6
071	Évaluation radiologique de la version abrégée	124	Évaluation radiologique	Changement du libellé de l'élément	Si présent = oui Si absent = non
072	Image TD de la version abrégée	Supprimé			
073	Intraveineuses à l'urgence version abrégée	Supprimé			
074	Réanimation cardio-respiratoire à l'urgence version abrégée	Supprimé			
075	Ventilation mécanique à l'urgence version abrégée	Supprimé			
076	No séquence des consultations	069	Numéro de séquence des consultations	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
077	Date de la demande	071	Date de demande de consultation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
078	Heure de la demande	072	Heure de demande de consultation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute. Si une heure est présente et la date est absente. Ne pas la convertir.
079	Date d'arrivée du consultant	073	Date de consultation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

080	Heure d'arrivée	074	Heure de consultation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute. Si une heure est présente et la date est absente. Ne pas la convertir.
081	Consultation MED-ÉCHO	070	Domaine de consultation	Changement du libellé de l'élément	Tel quel sauf pour les codes de domaine de consultation absents ou égal à 0 qui sont remplacés par le code 51.
082	Préciser (si autre) de la spécialité de la consultation	Supprimé			
083	No du registre de l'écran des signes vitaux à l'urgence	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
084	No de l'hôpital de l'écran des signes vitaux à l'urgence	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
085	No séquence des signes vitaux à l'urgence	Supprimé			
086	Date de l'évaluation des signes vitaux à l'urgence	103	Date de prise des signes vitaux	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
087	Heure de l'évaluation des signes vitaux à l'urgence	104	Heure de prise des signes vitaux	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
088	GCS à l'urgence	108	GCS	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
089	PHI à l'urgence	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

090	RTS à l'urgence	120	RTS	Aucune	Le calcul est effectué à la conversion.
091	État de conscience à l'urgence	Supprimé			
092	Pouls à l'urgence	117	Pouls	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
093	Pouls régulier à l'urgence	Supprimé			
094	Pouls irrégulier à l'urgence	Supprimé			
095	Resp. à l'urgence	111	Respiration	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
096	Type de respiration à l'urgence	112	Type de respiration	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel. 1 = Normale = 1 2 = Difficile / Superficielle = 2 3 = F.R. < 10 ou ventilé mécaniquement = 3 4 = Information non disponible = Nul
097	T.A.S à l'urgence	113	Tension artérielle systolique	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
098	T.A.D à l'urgence	114	Tension artérielle diastolique	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
099	Ouverture des yeux à l'urgence	105	Ouverture des yeux	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

100	Réponse verbale à l'urgence	106	Réponse verbale	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
101	Réponse motrice à l'urgence	107	Réponse motrice	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
102	Grandeur de la pupille gauche à l'urgence	Supprimé			
103	Grandeur de la pupille gauche (mm) à l'urgence	Supprimé			
104	Réaction de la pupille gauche à l'urgence	Supprimé			
105	Grandeur de la pupille droite à l'urgence	Supprimé			
106	Grandeur de la pupille droite (mm) à l'urgence	Supprimé			
107	Réaction de la pupille droite à l'urgence	Supprimé			
108	Température à l'urgence	118	Température	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
109	No du registre de l'écran des traitements à l'urgence	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

110	No de l'hôpital de l'écran des traitements à l'urgence	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
111	Réanimation cardio-respiratoire à l'urgence version détaillée	Supprimé			
112	Ventilation mécanique à l'urgence version détaillée	Supprimé			
113	Pantalon antichoc	Supprimé			
114	Drain thoracique	Supprimé			
115	Intraveineuses à l'urgence version détaillée	Supprimé			
116	No séquence des intraveineuses	Supprimé			
117	Date de l'intraveineuse	129	Date d'installation de l'intraveineuse	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
118	Heure de l'intraveineuse	130	Heure d'installation de l'intraveineuse	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
119	NB d'IV	Supprimé			
120	Détail de l'intraveineuse	Supprimé			
121	Volume total	Supprimé			
122	Transfusion sanguine	Supprimé			
123	No séquence des transfusions sanguines	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

124	Date de la transfusion sanguine	Supprimé			
125	Heure de la transfusion sanguine	Supprimé			
126	NB d'unités	Supprimé			
127	NB total d'unités	Supprimé			
128	Interventions médicales à l'urgence	Supprimé			
129	No séquence des interventions médicales à l'urgence	144	Numéro de séquence des traitements	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
130	Date de l'intervention médicale à l'urgence	151	Date du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
131	Heure de l'intervention médicale à l'urgence	152	Heure du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
132	Code de traitement à l'urgence	145	Code du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
133	Interventions	146	Description du code du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
134	Code d'attribut de situation de l'urgence	148	Code d'attribut de situation	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
135	Code d'attribut de lieu de l'urgence	149	Code d'attribut de lieu	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

136	Code d'attribut d'étendue de l'urgence	150	Code d'attribut d'étendue	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'urgence convertir tel quel.
137	No du registre de l'écran au départ de l'urgence	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
138	No de l'hôpital de l'écran au départ de l'urgence	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
139	Date de départ de l'urgence	061	Date de départ de l'urgence	Aucune	Tel quel
140	Heure de départ de l'urgence	062	Heure de départ de l'urgence	Aucune	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
141	Statut au départ de l'urgence	Supprimé			
142	Décédé au départ de l'urgence	063	Type de destination de l'urgence	Élément remplacé en regroupement le domaine de valeur	30 = Décédé
143	Autopsie au départ de l'urgence	066	Autopsie à l'urgence	Changement du libellé de l'élément	Si présent = oui Si absent = non
144	Numéro de l'autopsie au départ de l'urgence	Supprimé			
145	Cas coroner au départ de l'urgence	067	Cas coroner à l'urgence	Changement du libellé de l'élément	Si présent = oui Si absent = non
146	Numéro du rapport d'autopsie du coroner au départ de l'urgence	Supprimé			
147	Causes du décès sur le certificat au départ de l'urgence	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

148	Don d'organes à l'hôpital au départ de l'urgence	068	Don d'organe à l'urgence	Changement du libellé de l'élément	Si présent = oui Si absent = non
149	Transfert pour don d'organes au départ de l'urgence	Supprimé			
150	Code de l'installation du transfert don d'organes au départ de l'urgence	Supprimé			
151	Nom de l'installation du transfert don d'organes au départ de l'urgence	Supprimé			
152	Retour	063	Type de destination de l'urgence	Élément remplacé en regroupement le domaine de valeur	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01= Admis = 4 - Admis 19 = Service d'urgence = Si présence d'un autre établissement en transfert ou Transfert/référé 21 = Domicile sans service = Retour – domicile sans aide 99 Autre = Autre + Départ contre avis
153	Départ contre avis médical	063	Type de destination de l'urgence	Élément remplacé en regroupement le domaine de valeur	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01= Admis = 4 - Admis 19 = Service d'urgence = Si présence d'un autre établissement en transfert ou Transfert/référé 21 = Domicile sans service = Retour – domicile sans aide 99 Autre = Autre + Départ contre avis
154	Admis	063	Type de destination de l'urgence	Élément remplacé en regroupement le domaine de valeur	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01= Admis = 4 - Admis 19 = Service d'urgence = Si présence d'un autre établissement en transfert ou Transfert/référé 21 = Domicile sans service = Retour – domicile sans aide 99 Autre = Autre + Départ contre avis

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

155	Transfert / référé	063	Type de destination de l'urgence	Élément remplacé en regroupement le domaine de valeur	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01= Admis = 4 - Admis 19 = Service d'urgence = Si présence d'un autre établissement en transfert ou Transfert/référé 21 = Domicile sans service = Retour – domicile sans aide 99 Autre = Autre + Départ contre avis
156	Code de l'installation du transfert au départ de l'urgence	064	Code d'installation de destination à l'urgence	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
157	Nom de l'installation du transfert au départ de l'urgence	065	Nom d'installation de destination à l'urgence	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
158	Inconnu	Supprimé			
159	Autre destination au départ de l'urgence	Supprimé			
160	Préciser de la destination au départ de l'urgence	Supprimé			
161	No du registre de l'écran de l'admission	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
162	No de l'hôpital de l'écran de l'admission	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
163	Origine de la victime	076	Type de provenance à l'admission	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01= Admis = Autre salle autre hôpital ou transfert/référé 17 = CLSC = Nul 18- Clinique externe = Clinique et bureau privé 19 = Service d'urgence = Salle d'urgence même ou autre hôpital 21 = Domicile = Domicile
164	Code de l'installation de provenance	077	Code installation de provenance à l'admission	Changement du libellé de l'élément	Tel quel

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

165	Nom de l'installation de provenance	078	Nom d'installation de provenance à l'admission	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
166	No séquence de l'admission	092	Numéro de séquence du service d'admission	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
167	Date de l'admission de la spécialité	094	Date du service d'admission	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
168	Heure de l'admission de la spécialité	095	Heure du service d'admission	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
169	Code du médecin traitant	Supprimé			
170	Admis à	093	Code du service d'admission	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
171	Préciser (si autre) du service de l'admission	Supprimé			
172	No du registre de l'écran des signes vitaux à l'admission	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
173	No de l'hôpital de l'écran des signes vitaux à l'admission	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
174	No de séquence des signes vitaux à l'admission	Supprimé			
175	Date de l'évaluation des signes vitaux à l'admission	103	Date de prise des signes vitaux	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
176	Heure de l'évaluation des signes vitaux à l'admission	104	Heure de prise des signes vitaux	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
177	GCS à l'admission	108	GCS	Aucune	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

178	PHI à l'admission	Supprimé			
179	RTS à l'admission	Supprimé			
180	État de conscience à l'admission	Supprimé			
181	Pouls à l'admission	117	Pouls	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
182	Pouls régulier à l'admission	Supprimé			
183	Pouls irrégulier à l'admission	Supprimé			
184	Resp. à l'admission	111	Respiration	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
185	Type de respiration à l'admission	112	Type de respiration	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
186	T.A.S à l'admission	113	Tension artérielle systolique	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
187	T.A.D à l'admission	114	Tension artérielle diastolique	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
188	Ouverture des yeux à l'admission	105	Ouverture des yeux	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
189	Réponse verbale à l'admission	106	Réponse verbale	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

190	Réponse motrice à l'admission	107	Réponse motrice	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
191	Grandeur de la pupille gauche à l'admission	Supprimé			
192	Grandeur de la pupille gauche (mm) à l'admission	Supprimé			
193	Réaction de la pupille gauche à l'admission	Supprimé			
194	Grandeur de la pupille droite à l'admission	Supprimé			
195	Grandeur de la pupille droite (mm) à l'admission	Supprimé			
196	Réaction de la pupille droite à l'admission	Supprimé			
197	Température à l'admission	118	Température	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
198	Pression intracrânienne	119	Pression intracrânienne	Aucune	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
199	No du registre de l'écran des unités de soins	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
200	No de l'hôpital de l'écran des unités de soins	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
201	No séquence des unités de soins	096	Numéro de séquence de l'unité de soins	Changement du libellé de l'élément	Tel quel

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

202	Unités	097	Unités de soins	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 1 = Soins intensifs = 1 = Soins intensifs 2 = Soins intermédiaires = 2 = Soins intermédiaires 3 = Soins de traumatologie = 3 = Traumatologie 4 = Soins spécialisés = 4 = Soins spécialisés 5 = Soins aux grands brûlés = NUL
203	Préciser l'unité de soins	098	Précisions	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
204	Date de l'admission	099	Date d'arrivée à l'unité de soins	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
205	Heure d'arrivée de l'unité des soins	100	Heure d'arrivée à l'unité de soins	Aucune	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
206	Date de départ de l'unité des soins	101	Date de sortie de l'unité de soins	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
207	Heure du départ de l'unité des soins	102	Heure de sortie de l'unité de soins	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
208	No séquence de la ventilation mécanique	156	Numéro de séquence de ventilation mécanique	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
209	Date du début de la ventilation mécanique	157	Date de début de ventilation mécanique	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
210	Heure du début de la ventilation mécanique	158	Heure de début de ventilation mécanique	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
211	Date d'arrêt	159	Date d'arrêt de ventilation mécanique	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
212	Heure d'arrêt de la ventilation mécanique	160	Heure d'arrêt de ventilation mécanique	Changement du libellé de l'élément	Tel quel Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
213	No du registre de l'écran des traitements	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

214	No de l'hôpital de l'écran des traitements	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
215	No séquence des traitements	144	Numéro de séquence des traitements	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
216	Date du traitement à l'admission	151	Date du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
217	Heure du traitement à l'admission	152	Heure du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
218	Code du traitement à l'admission	145	Code du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
219	Interventions médicales et chirurgicales à l'admission	146	Description du code du traitement	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
220	Code d'attribut de situation de l'admission	148	Code d'attribut de situation	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
221	Code d'attribut de lieu de l'admission	149	Code d'attribut de lieu	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
222	Code d'attribut d'étendue de l'admission	150	Code d'attribut d'étendue	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.
223	Lieu	153	Lieu du traitement	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 1 = BO 2 = AUT
224	Date de départ du bloc opératoire	154	Date de sortie salle d'opération	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

225	Heure du départ du bloc opératoire	155	Heure de sortie salle d'opération	Changement du libellé de l'élément	Avec le type de séjour à l'admission convertir tel quel. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
226	Physiothérapie	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01 Physiothérapie = 1
227	Date d'évaluation de la physiothérapie	Supprimé			
228	Date du traitement de la physiothérapie	162	Date de prise en charge	La valeur sera conservée si c'est le premier traitement paramédical.	La valeur sera conservée tel quel si c'est le premier traitement paramédical.
229	Ergothérapie	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 02 Ergothérapie = 2
230	Date d'évaluation de l'ergothérapie	Supprimé			
231	Date du traitement d'ergothérapie	162	Date de prise en charge	La valeur sera conservée si c'est le premier traitement paramédical.	
232	Psychologie	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 03 Psychologie= 3
233	Date d'évaluation de psychologie	Supprimé			
234	Date du traitement de psychologie	162	Date de prise en charge	La valeur sera conservée si c'est le premier traitement paramédical.	
235	Audiologie-orthophonie	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 04 Audiologie et orthophonie = 4
236	Date d'évaluation d'audiologie/orthophonie	Supprimé			
237	Date du traitement d'audiologie/orthophonie	162	Date de prise en charge	La valeur sera conservée si c'est le premier traitement paramédical.	
238	Service social	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 05 Service social = 5

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

239	Date d'évaluation du service social	Supprimé			
240	Date du traitement du service social	162	Date de prise en charge	La valeur sera conservée si c'est le premier traitement paramédical.	
241	Diététique	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 06 Diététique= 6
242	Date d'évaluation de diététique	Supprimé			
243	Date du traitement de diététique	162	Date de prise en charge	La valeur sera conservée si c'est le premier traitement paramédical.	
244	Équipe multidisciplinaire	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 07 Équipe multidisciplinaire= 7
245	Date d'évaluation équipe multidisciplinaire	Supprimé			
246	Date du traitement multidisciplinaire	162	Date de prise en charge	La valeur sera conservée si c'est le premier traitement paramédical.	
247	Autre des interventions paramédicales	161	Traitements paramédicaux	La précision se retrouve dans le domaine de valeur.	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 10 Autre intervention = 8, 9
248	Date d'évaluation d'un autre intervenant	Supprimé			
249	Date du traitement Autre	Supprimé			
250	Préciser (autre) Interventions paramédicales	Supprimé			
251	Autre 2 des interventions paramédicales	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

252	Date d'évaluation d'un autre intervenant	Supprimé			
253	Date du traitement Autre Intervenant 2	Supprimé			
254	Préciser (autre 2) Interventions paramédicales	Supprimé			
255	No du registre de l'écran des complications	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
256	No de l'hôpital de l'écran des complications	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
257	Insuffisance rénale	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
258	Date de la complication insuffisance rénale	Supprimé			
259	Choc	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
260	Date de la complication choc	Supprimé			
261	Heure de la complication choc	Supprimé			
262	Arrêt cardiaque	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
263	Date de la complication arrêt cardiaque	Supprimé			
264	Heure de la complication arrêt cardiaque	Supprimé			
265	Infarctus myocarde	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

266	Date de la complication infarctus myocarde	Supprimé			
267	Heure de la complication infarctus myocarde	Supprimé			
268	Coagulopathie	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
269	Date de la complication coagulopathie	Supprimé			
270	Poumon de choc	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
271	Date de la complication poumon de choc	Supprimé			
272	Embolie pulmonaire	183			Si présent, converti selon le code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
273	Date de la complication embolie pulmonaire	Supprimé			
274	Infection de la plaie	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
275	Date de la complication infection de la plaie	Supprimé			
276	Infection urinaire	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
277	Date de la complication infection urinaire				
278	Pneumonie	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

279	Date de la complication pneumonie	Supprimé			
280	Abcès intra abdominal	Supprimé			Pas de conversion possible.
281	Date de la complication abcès intra-abdominal	Supprimé			
282	Autre abcès (préciser)	Supprimé			Pas de conversion possible.
283	Date de la complication autre abcès	Supprimé			
284	Préciser autre abcès	Supprimé			
285	Empyème	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications..
286	Date de la complication empyème	Supprimé			
287	Septicémie	183			Si présent, converti selon un code CIM-9 ou CIM-10-CA dans la séquence des complications.
288	Date de la complication septicémie	Supprimé			
289	Syndrome pseudo septicémique	Supprimé			Pas de conversion possible.
290	Date de la complication syndrome pseudo-septicémique	Supprimé			
291	Septicémie fongique	Supprimé			Pas de conversion possible.
292	Date de la complication septicémie fongique	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

293	No séquence de complications	182	Numéro de séquence des complications		Tel quel
294	Code CIM-10-CA (complication)	183	Code complication CIM-10-CA		Tel quel
295	Préciser de la description du code de complication	184	Description du code de complication		Tel quel
296	Date de la complication autre	Supprimé			
297	No du registre de l'écran du départ de l'hôpital	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
298	No de l'hôpital de l'écran du départ de l'hôpital	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
299	Date de départ de l'hôpital	083	Date de départ de l'installation	Changement du libellé de l'élément	Te quel
300	Statut	086	Type de destination au départ	Élément remplacé en regroupement le domaine de valeur	30 = Décédé
301	Décédé au départ de l'hôpital	Supprimé			
302	Heure du décès	Supprimé			
303	Autopsie au départ de l'hôpital	089	Autopsie	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
304	Numéro de l'autopsie au départ de l'hôpital	Supprimé			
305	Cas coroner au départ de l'hôpital	090	Cas coroner	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
306	Numéro du rapport d'autopsie du coroner au départ de l'hôpital	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

307	Cause du décès sur le certificat au départ de l'hôpital	Supprimé			
308	Don d'organes à l'hôpital au départ de l'hôpital	091	Don d'organe	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
309	Transfert pour don d'organes au départ de l'hôpital	Supprimé			
310	Code de l'installation du transfert don d'organes au départ de l'hôpital	Supprimé			
311	Nom de l'installation du transfert don d'organes au départ de l'hôpital	Supprimé			
312	Vivant	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

313	Transfert	086	Type de destination au départ	Élément remplacé en regroupement le domaine de valeur	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01- Centre hospitalier de courte durée = Transfert (CHCD) 03- Centre hospitalier de longue durée = Soins de longue durée dans le même hôpital +Transfert (CHLD) + (CAH) 13- Centre de réadaptation = Transfert (Centre de réadaptation 17- Domicile avec services = Retour à la maison avec aide 18- Suivi en clinique externe = Nul 21- Domicile sans service = Retour à la maison sans aide 31- Départ contre avis médical = Départ contre avis médical 50- Suivi de réadaptation externe = Nul 99- Autre = Autre
314	Code de l'installation du transfert au départ de l'hôpital	087	Code d'installation de destination au départ	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
315	Nom de l'installation du transfert au départ de l'hôpital	088	Nom d'installation de destination au départ	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
316	Autre destination au départ de l'hôpital	Supprimé			
317	Préciser la destination au départ de l'hôpital	Supprimé			
318	En attente de réadaptation	Supprimé			
319	Code de l'installation en attente pour réadaptation	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

320	Nom de l'installation en attente pour réadaptation	Supprimé			
321	No du registre de l'écran de la description de la blessure	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
322	ISS	176	ISS	Aucune	Tel quel
323	Lésion pénétrante	179	Lésion pénétrante	Aucune	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 1- Aucune = Indicateur = Non + lésion au niveau des extrémités ou aucune et Indicateur = Oui + Au niveau des extrémités ou aucune 2- Au niveau des extrémités = Nul 3- Au niveau thorax, abdomen, dos, cou ou tête = Indicateur = oui + lésion tête, visage, cou, thorax, abdomen et colonne
324	Tête	Supprimé			
325	Visage	Supprimé			
326	Cou	Supprimé			
327	Thorax	Supprimé			
328	Abdomen et organes pelviens	Supprimé			
329	Colonne vertébrale	Supprimé			
330	Membres supérieurs	Supprimé			
331	Membres inférieurs	Supprimé			
332	Brûlures externes	Supprimé			
333	No séquence des blessures	164	No séquence du code AIS		Tel quel
334	Code AIS	165	Code AIS		Tel quel
335	Région du corps de la blessure	167	Région du corps de la blessure		Tel quel
336	Structure anatomique	168	Structure anatomique		Tel quel

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

337	Structure anatomique spécifique	169	Structure anatomique spécifique		Tel quel
338	Structure anatomique spécifique supplémentaire	170	Structure anatomique spécifique supplémentaire		Laisse le champ vide.
339	Description acceptée	Supprimé			
340	Description modifiée	Supprimé			
341	Code AIS à vérifier	166	Vérification		Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 1 = Code AIS à vérifier = Code AIS à vérifier 2 = Parachèvement = Nul
342	Code CIM-10-CA	171	Code DX-1	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
		172	Code DX-2	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
		173	Code DX-3	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
		174	Code DX-4	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
		175	Code DX-5	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
343	No du registre de l'écran de l'évaluation radiologique	003	Numéro du traumatisme	Changement du libellé de l'élément	Tel quel
344	No de l'hôpital de l'écran de l'évaluation radiologique	001	Code installation fournisseur de données	Changement du libellé de l'élément	Inscrire le code d'installation fournisseur de données
345	No séquence d'évaluations radiologiques	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

346	Endroit de l'évaluation radiologique	Supprimé			
347	Région du corps de l'évaluation radiologique	Supprimé			
348	Date de l'évaluation radiologique	Supprimé			
349	Heure de l'évaluation radiologique	Supprimé			
350	Résultat de l'évaluation radiologique	Supprimé			
351	Détails du résultat de l'évaluation radiologique	Supprimé			
352	No séquence de l'imagerie médicale	137	Numéro de séquence de l'imagerie médicale	Changement du libellé de l'élément	Selon le séjour urgence ou admission, convertir tel quel.
353	Endroit de l'imagerie médicale	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

354	Région du corps de l'imagerie médicale	139	Région du corps de l'imagerie médicale	Changement du libellé de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 1 = Tête = 7- Tête 2 = Massif facial = 9- Visage 3 = Cou = 3- Cou 4 = Thorax = 8- Thorax 5 = Abdomen et organes pelviens = 1- Abdomen et organes pelviens 6 = Colonne vertébrale cervicale = 2- Colonne vertébrale + mention cervicale 7 = Colonne vertébrale dorsale = 2- Colonne vertébrale + mention dorsale 8 = Colonne vertébrale lombaire = 2- Colonne vertébrale + mention lombaire 9 = Membres supérieurs = 6- Membres supérieurs 10 = Membres inférieurs = 5- Membres inférieurs 11 = Autres = 4- Externe, brûlures ou autres traumatismes
355	Date demandée	140	Date de demande l'imagerie médicale	Changement du libellé de l'élément	Selon le séjour urgence ou admission, convertir tel quel.
356	Heure demandée	141	Heure de demande de l'imagerie médicale	Changement du libellé de l'élément	Selon le séjour urgence ou admission, convertir tel quel. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute
357	Date complétée	142	Date de réalisation de l'imagerie médicale	Changement du libellé de l'élément	Selon le séjour urgence ou admission, convertir tel quel.
358	Heure complétée	143	Heure de réalisation de l'imagerie médicale	Changement du libellé de l'élément	Selon le séjour urgence ou admission, convertir tel quel. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

359	Résultat de l'évaluation de l'imagerie médicale	Supprimé			
360	Détails du résultat de l'imagerie médicale	Supprimé			
361	No du registre de l'écran de l'évaluation neurologique	Supprimé			
362	No de l'hôpital de l'écran de l'évaluation neurologique	Supprimé			
363	Antécédents neurologiques	Supprimé			
364	Préciser antécédents des troubles neurologiques	Supprimé			
365	Antécédents de traumatismes crâniens	Supprimé			
366	Préciser antécédents de traumatisme crâniens	Supprimé			
367	Paralysie antérieure à l'accident	Supprimé			
368	Type de paralysie	Supprimé			
369	Date de la paralysie antérieure à l'accident	Supprimé			
370	Fonction Mém/amnésie	Supprimé			
371	Degré	Supprimé			
372	GOS	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

373	Signe de lésion du SNC (Scanographie)	Supprimé			
374	NB d'évaluation de l'échelle neurocomportementale révisée	Supprimé			
375	Date de l'évaluation neurologique	Supprimé			
376	Heure de l'évaluation neurologique	Supprimé			
377	Diminution de la vigilance	Supprimé			
378	Hyperactivité, agitation	Supprimé			
379	Désorientation	Supprimé			
380	Troubles de l'attention	Supprimé			
381	Troubles d'articulation	Supprimé			
382	Troubles de l'expression orale	Supprimé			
383	Troubles de la compréhension orale	Supprimé			
384	Troubles de la mémoire	Supprimé			
385	Ralentissement moteur	Supprimé			
386	Préoccupations somatiques exagérées	Supprimé			
387	Troubles d'autocritique	Supprimé			
388	Hallucinations	Supprimé			

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

389	Contenu de pensée inhabituel	Supprimé			
390	Anxiété	Supprimé			
391	Humeur dépressive	Supprimé			
392	Sentiments de culpabilité	Supprimé			
393	Labilité de l'humeur	Supprimé			
394	Diminution de l'affectivité	Supprimé			
395	Irritabilité	Supprimé			
396	Désinhibition	Supprimé			
397	Excitation	Supprimé			
398	Hostilité	Supprimé			
399	Méfiance	Supprimé			
400	Repli sur soi	Supprimé			
401	Désorganisation des concepts	Supprimé			
402	Troubles de flexibilité de la pensée	Supprimé			
403	Troubles de la capacité de planification	Supprimé			
404	Diminution de l'initiative et de la motivation	Supprimé			
405	Fatigabilité mentale	Supprimé			
406	NB d'évaluation de la mesure de l'indépendance fonctionnelle	Supprimé			
407	Date de l'évaluation de l'indépendance fonctionnelle	Supprimé			

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

408	Heure de l'évaluation de l'indépendance fonctionnelle	Supprimé			
409	Alimentation	Supprimé			
410	Soins de l'apparence	Supprimé			
411	Toilette personnelle	Supprimé			
412	Habillage – Haut du corps	Supprimé			
413	Habillage – Bas du corps	Supprimé			
414	Utilisation des toilettes	Supprimé			
415	Contrôle de la vessie	Supprimé			
416	Contrôle des intestins	Supprimé			
417	Lit ; chaise ; fauteuil roulant	Supprimé			
418	Toilettes	Supprimé			
419	Baignoire ; douche	Supprimé			
420	Marche/fauteuil roulant	Supprimé			
421	Escaliers	Supprimé			
422	Compréhension	Supprimé			
423	Expression	Supprimé			
424	Interaction sociale	Supprimé			
425	Résolution de problème	Supprimé			
426	Mémoire	Supprimé			
		050	Numéro de dossier médical à la première installation	Ajout de l'élément	Inscrire le numéro de dossier médical de l'utilisateur si la première installation visitée est l'installation fournisseur de données.
		054	Code installation de provenance à l'urgence	Ajout de l'élément	Inscrire le code d'installation du primaire si l'installation fournisseur de données est un transfert.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

		055	Nom de l'installation de provenance à l'urgence	Ajout de l'élément	Inscrire selon le code d'installation.
		052	Mode de transport à l'urgence	Ajout de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01 = AMB 02 = AIR(A); 03 = AIR(H) 04 = POL 05 = POM 06= VEH 07= NULL 08= API 09 = AUT 10= INC
		075	Mode de transport à l'admission	Ajout de l'élément	Inscrire 11 = Interne partout.
		080	Date de l'admission	Ajout de l'élément	Inscrire la date du service d'admission du premier service.
		081	Heure de l'admission	Ajout de l'élément	Inscrire l'heure du service d'admission du premier service. Si l'heure est absente, prendre l'heure de départ de l'urgence de l'installation fournisseur de données et ajouter 15 minutes. Si l'heure est égale à 00 :00 :00, il faut ajouter une minute.
		122	Taux intoxication alcool	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		127	Date d'installation du drain thoracique	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		128	Heure d'installation du drain thoracique	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		038	Désincarcération	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		037	IHV	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		043	A.V.P.U sur la scène de l'accident	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

		040	Fréquence Respiratoire préhospitalier	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		041	Pouls préhospitalier	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		042	Tension artérielle systolique préhospitalière	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		045	Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		162	Date de prise en charge	Méthode différente de consigner l'information	Selon le traitement paramédical, inscrire la date du premier traitement seulement. Si la date est absente, inscrire la date d'admission.
		163	Heure de prise en charge	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		084	Heure de départ de l'installation	Ajout de l'élément	Inscrire 23h59 partout.
		030	Code identifiant de modification	Ajout de l'élément	Les deux valeurs du codeur et du responsable à la saisie sont concaténer.
		002	Période	Ajout de l'élément	Selon la date de départ, inscrire la période.
		016	Indicateur d'exclusion	Ajout de l'élément	Inscrire « Non » partout.
		010	Raison d'absence du NAM	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide si le NAM est présent. Si le NAM est absent, inscrire 4= Nam inconnu.

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

		013	Code géographique de la résidence	Ajout de l'élément	Constitué avec le code postal si présent. 01 = QC 80 = AB 81 = BC 82 = PE 83 = MB 84 = NB 85 = NS 86 = ON, 87 = SK 88 = NL 89 = NT 90 =YT 91 = USA 92 = AUT 93 = NU
		017	Code géographique du lieu du traumatisme	Ajout de l'élément	Constitué avec le code municipal du lieu du traumatisme si présent. Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 01 = QC 80 = AB 81 = BC 82 = PE 83 = MB 84 = NB 85 = NS 86 = ON, 87 = SK 88 = NL 89 = NT 90 =YT 91 = USA 92 = AUT 93 = NU
		031	Statut du dossier	Ajout de l'élément	Inscrire « Val = Valide » partout.

ANNEXE 8 SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION 2.0 À VERSION 3.0

		035	Date de départ de l'ambulance de la scène	Ajout de l'élément	La date de départ est créée selon la date et l'heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène et l'heure de départ de l'ambulance sur la scène. Si les heures se retrouvent sur deux jours, il y a une addition de 1 journée à la date de départ de l'ambulance sur la scène.
		053	Type de provenance à l'urgence	Ajout de l'élément	Cadre normatif version 3.0 versus 2.0 00 = Accident, si c'est l'installation primaire. 01 = Admis : Centre hospitalier de courte durée = si provient d'une admission d'une autre installation 17- CLSC = Nul 18- Clinique externe = Nul 19- Service d'urgence = si provient d'une urgence 21- Domicile = si provient du domicile
		056	Code de l'installation fréquentée	Ajout de l'élément	Inscrire le code de l'installation où il y a une séquence d'urgence.
		057	Nom de l'installation fréquentée	Ajout de l'élément	Inscrire le nom du code de l'installation fréquentée.
		079	Indicateur régionalisation	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		082	Admission directe au bloc opératoire	Ajout de l'élément	Inscrire « Oui » si le type d'admission est bloc opératoire. Inscrire « Non » pour les autres.
		085	Date de demande de transfert	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		109	Modification artificielle de l'état de conscience	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		110	Type de modification de l'état de conscience	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		125	Date du FAST écho	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		126	Heure du FAST écho	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		131	Date de l'intubation	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		132	Heure de l'intubation	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		133	Date gazométrie	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

		134	Heure gazométrie	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		135	Date dosage des lactates	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		136	Heure dosage des lactates	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		138	Type d'imagerie médicale	Ajout de l'élément	Inscrire partout 1 = Tomodensitométrie
		147	Nombre de traitements	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		177	PS_ISS	Ajout de l'élément	À calculer selon la formule.
		178	NISS	Ajout de l'élément	À calculer selon la formule.
		180	TCC	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		181	Blessure Médullaire	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		185	Numéro de séquence de comorbidité	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		186	Comorbidité	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		187	Circonstances	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		188	Type de brûlure	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		189	Race	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		190	Occupation	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		191	Poids à l'admission	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		192	Poids au départ	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		193	Inhalation	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		194	Taux de carboxyhémoglobine	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		195	Culture cellulaire	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		196	Grefe	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		197	Utilisation des ressources	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		198	Description de la brûlure	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		199	Brûlure antérieure	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		200	SARM	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		201	ERV	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		202	Vasopresseurs	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.
		203	Emplacement photos	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.

ANNEXE 8
SUIVI DES MODIFICATIONS DU CHAPITRE 3 DU CADRE NORMATIF SIRTQ VERSION
2.0 À VERSION 3.0

		204	Champ variable	Ajout de l'élément	Laisser le champ vide.

ANNEXE 9

SYSTÈMES DE CLASSIFICATIONS UTILISÉES

Les origines des codifications utilisées pour exprimer les données du système d'information du Registre des traumatismes sont les suivantes :

Abbreviated Injury Scale (AIS)

La classification Abbreviated Injury Scale est utilisée pour mesurer le type et la gravité des traumatismes. Les rubriques qui la constituent sont divisées en deux groupes : celles qui évaluent la physiologie de l'usager, qui pourrait changer pendant le traitement, et celles qui décrivent le traumatisme d'après son siège anatomique, sa lésion exacte et sa gravité relative.

Elle est constituée d'une liste de rubriques à sept chiffres séparée en 9 sections anatomiques. Dans ces sections, on retrouve des rubriques permettant de donner des précisions très pointues sur la blessure.

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ième} révision, Canada (CIM-10-CA)

La classification des maladies peut être définie comme un système de catégories auxquelles sont affectées des entités morbides en fonction de critères déterminés. Il existe plusieurs axes de classification. L'axe retenu dépend de l'utilisation des statistiques recueillies. Une classification statistique des maladies doit couvrir tout l'éventail des états morbides et compter un nombre raisonnable de catégories.

La dixième version de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes est la dernière d'une série inaugurée en 1893 sous le nom de Classification Bertillon ou de Liste internationale des causes de décès. Un historique complet de la classification est présenté dans le Volume 2 de la ICD-10. Le titre de la classification a été modifié pour en clarifier le contenu et l'objet, et pour refléter l'élargissement progressif de la classification, au-delà des maladies et des lésions traumatiques. Cependant, l'abréviation connue «ICD» a été conservée. Dans la nouvelle classification, les états pathologiques ont été regroupés afin de faciliter les objectifs épidémiologiques généraux et l'évaluation des soins de santé.

Au moment de l'élaboration de la neuvième version de la classification, il a été suggéré d'utiliser une structure de base différente afin de mieux répondre aux besoins d'utilisateurs nombreux et variés. Par conséquent, plusieurs autres modèles possibles ont été évalués. Cependant, il est apparu que le modèle traditionnel à axe unique et variable de la classification, et comportant d'autres aspects structuraux qui mettent au premier plan les états morbides fréquents, coûteux ou présentant d'autres problèmes de santé publique, avait bien supporté l'épreuve du temps, et que de nombreux utilisateurs ne pourraient se satisfaire d'aucun des modèles de substitution proposés.

Par conséquent, comme vous le découvrirez en examinant la dixième version, la structure traditionnelle de la ICD a été conservée. Cependant, un système de codage alphanumérique a remplacé l'ancien système numérique. Ce nouveau système offre une structure de codage élargie qui permettra les futures révisions sans perturber le système de numérotation, ce qui n'était pas le cas lors des révisions précédentes.

ANNEXE 9

SYSTÈMES DE CLASSIFICATIONS UTILISÉES

Il est à noter que les diagnostics de blessures saisis dans l'application locale pour le Registre des traumatismes concernent le chapitre XIX « Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes ».

Classification canadienne des interventions en santé

La Classification Canadienne des Interventions, ou CCI, est une classification multi-axiale des interventions de santé mise au point et tenue à jour par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). La table analytique (16 750 codes) de la CCI couvre toutes les interventions de santé diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que d'autres interventions apparentées. Neutre vis-à-vis du dispensateur et du cadre des soins, elle peut être utilisée dans tous les établissements de santé canadiens.

Une équipe (CEN/TC 251 Working Group 2) de l'organisation européenne chargée des standards informatiques a conçu et distribué la structure conceptuelle à la base de la classification des actes chirurgicaux en 1994. Cette équipe souhaitait faciliter l'échange d'informations au sein de la communauté internationale (structure identique pour toutes les classifications en chirurgie) pour que l'OMS puisse un jour rassembler les organisations nationales afin de créer un standard international unique et adapté à tous. Cet objectif est louable et l'ICIS l'encourage. Pour témoigner notre soutien, nous avons basé la structure du code CCI sur la structure conceptuelle proposée par la norme CEN/TC 251. Cette structure identifie plusieurs éléments de code inclus dans la "classification chirurgicale". Ces éléments sont les suivants : acte chirurgical, intervention chirurgicale, matériel d'intervention, anatomie humaine et pathologie. Les éléments descriptifs suivants liés au code en sont exclus : nombre, côté et étendue.

ANNEXE 10
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA DESCRIPTION DE CHACUN DES
ÉLÉMENTS

❖ **Format**

Type d'élément

Type	Sous-type
Numérique	Entier
	Réel
	Numéro
	Devise
Alphanumérique	Caractère
	Texte
Date/Heure	Date/Heure
	Date
	Heure
Logique	Logique
Autres types	Autres types
	Objet

Numérique

Le type numérique est utilisé par les éléments qui sont représentés par des valeurs susceptibles de faire l'objet d'opérations mathématiques, qu'elles soient continues ou discrètes. Elles peuvent être stockées sous forme de nombre entier ou de nombre réel. Le sous-type Entier précise le format comme étant une valeur entière, le sous-type Réel comme étant une valeur réelle. Le sous-type Numéro s'applique aux nombres séquentiels générés automatiquement par le système pour numéroter des enregistrements et le sous-type Devise s'applique aux éléments qui désignent spécifiquement une valeur monétaire. Les seuls caractères autorisés dans ce type d'élément sont les chiffres de 0 à 9. Un gabarit n'est pas nécessaire pour ce type de variable : outre la longueur, les nombres entiers sont identifiés par un 9 tandis que les réels sont identifiés par un 9 avec entre parenthèses le nombre de décimales utilisées (ex. : 9 ; 9(3))

ANNEXE 10

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA DESCRIPTION DE CHACUN DES ÉLÉMENTS

Alphanumérique

Le type alphanumérique est utilisé par des éléments qui ne représentent pas des valeurs mais des codes, des catégories, des étiquettes ou une information descriptive. Ce type ne permet pas les opérations mathématiques mais supporte les opérations sur les chaînes de caractères. Le sous-type Caractère décrit les éléments dont le format est à taille fixe tandis que le sous-type Texte s'adresse aux éléments dont le format est à longueur variable. Dans ce type d'élément, tous les caractères utilisés par le système sont permis, sauf les caractères utilisés comme contrôle du système ou du format. Il peut arriver qu'un élément alphanumérique fasse l'objet d'un gabarit : les caractères numériques sont identifiés par un 9, les caractères alphanumériques par un X, les espaces par un souligné et les caractères prédéfinis ou forcés sont présents (ex. : code postal X9X_9X9 ; numéro de téléphone (999)_999-9999).

Date/Heure

Le type Date/Heure est utilisé par les éléments qui veulent représenter une valeur temporelle. Ce type permet les opérations sur les dates et les heures. Le sous-type Date/Heure s'adresse aux éléments qui utilisent à la fois la date et l'heure, le sous-type Date à ceux qui ne recueillent que la date et le sous-type Heure pour les cas où seule l'heure est attendue par le système. Les seuls caractères permis dans ce type d'élément sont les chiffres de 0 à 9, leur position déterminant l'unité temporelle représentée. Le type Date/Heure s'accompagne d'un gabarit où chaque caractère représentant l'année est identifié par A, le mois par M, le jour par J, l'heure par h, la minute par m et la seconde par s, tandis que les séparateurs, si nécessaires, sont représentés par le caractère utilisé (ex. : AAAA/MM/JJ__hh/mm/ss)

Logique

Le type Logique est utilisé par les éléments qui représentent un choix entre deux possibilités, comme oui/non ou vide/coché par exemple. Ce type permet des opérations de sélection. La longueur de cet élément est 1 et les seuls caractères permis sont les chiffres 0 et 1. Un gabarit n'est pas nécessaire pour ce type d'élément qui est représenté par O/N.

Autres types

Le type Autres types est utilisé pour les autres types d'éléments rencontrés. Le sous-type Objet fait référence aux éléments qui existent déjà à l'extérieur du SGBD mais dont le format peut être reconnu par un interface. Le type Autres types est identifié par les lettres AT.

ANNEXE 11
RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES
USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

Règlement modifiant le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux* et abrogeant le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs**

Loi sur les services de santé et les services sociaux
(L.R.Q., c. S-4.2, a. 505, par. 26°)

1. Le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux est modifié par l'insertion, après l'article 5, de l'article suivant :

« **5.1.** L'établissement qui exploite un centre hospitalier appartenant à la classe centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui offre des services de traumatologie transmet au ministre les renseignements mentionnés à l'annexe V à l'égard d'un usager ayant été victime d'un traumatisme et admis ou décédé à l'unité d'urgence. ».

* Le Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux, édicté par le décret numéro 103-2009 du 11 février 2009 (2009, G.O. 2, 346), n'a pas été modifié depuis son entrée en vigueur.

** Le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs, édicté par le décret numéro 981-2000 du 16 août 2000 (2000, G.O. 2, 5670), n'a pas été modifié depuis son entrée en vigueur.

ANNEXE 11 RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

2. Ce règlement est modifié par l'ajout, après l'annexe IV, de la suivante :

« **ANNEXE V** »

1. L'établissement visé à l'article 5.1 du règlement transmet les renseignements suivants :

1° concernant l'utilisateur et l'événement traumatique :

- a) le nom et le numéro, au permis de l'établissement, de l'installation à partir de laquelle sont fournies les données;
- b) le numéro séquentiel attribué à l'événement traumatique;
- c) le code de la municipalité où se trouve la résidence de l'utilisateur;
- d) le code géographique de la résidence de l'utilisateur;
- e) la raison pour laquelle le numéro d'assurance maladie ne peut être fourni, le cas échéant;
- f) la date et l'heure du traumatisme;
- g) le code de la municipalité où a eu lieu le traumatisme;
- h) le code géographique du lieu du traumatisme;
- i) la cause du traumatisme;
- j) le lieu où est survenu le traumatisme;
- k) l'indication selon laquelle le traumatisme est survenu alors que l'utilisateur était au travail;
- l) la cause externe responsable du traumatisme selon la CIM-10-CA;
- m) l'activité exercée par l'utilisateur au moment où le traumatisme a eu lieu, selon la CIM-10-CA;
- n) le type d'assurance médicale en vertu de laquelle l'utilisateur est indemnisé;
- o) le rôle de l'utilisateur au moment du traumatisme;
- p) le matériel de protection utilisé ou porté par l'utilisateur au moment du traumatisme, le cas échéant;

2° concernant la prestation des services préhospitaliers à l'utilisateur ou recueillis à l'occasion de cette prestation :

- a) le mode de transport utilisé par l'utilisateur pour se rendre à la première installation de l'établissement où il a été reçu;
- b) la date et l'heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène du traumatisme;

ANNEXE 11 RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

- c) la date et l'heure de départ de l'ambulance de la scène du traumatisme;
 - d) l'indication selon laquelle l'utilisateur a dû être extrait d'un véhicule accidenté;
 - e) le résultat de la mesure de l'IPT (Indice préhospitalier pour traumatismes);
 - f) l'indication selon laquelle il y a eu un impact à haute vitesse lors de l'événement traumatique;
 - g) l'état de conscience de l'utilisateur sur la scène du traumatisme selon l'outil d'évaluation AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive);
 - h) la fréquence respiratoire de l'utilisateur;
 - i) le pouls de l'utilisateur;
 - j) la tension artérielle systolique de l'utilisateur;
 - k) l'indication selon laquelle il y a eu utilisation d'oxygène;
 - l) le pourcentage de saturation en oxygène présenté par l'utilisateur;
 - m) le nom et le numéro, au permis de l'établissement, de la première installation où l'utilisateur a été reçu;
 - n) la date et l'heure d'arrivée à cette installation;
 - o) le numéro de dossier médical de l'utilisateur au premier établissement où il a été reçu;
- 3° concernant la visite de toute unité d'urgence par l'utilisateur et toute consultation y ayant été demandée :
- a) le mode de transport utilisé pour se rendre à l'unité d'urgence;
 - b) la provenance de l'utilisateur lors de son arrivée à l'unité d'urgence;
 - c) le nom et le numéro, au permis de l'établissement, de l'installation de provenance à l'arrivée à l'unité d'urgence, le cas échéant;
 - d) le nom et le numéro, au permis de l'établissement, de l'installation où des soins d'urgence ont été prodigués à l'utilisateur;
 - e) la date et l'heure d'arrivée de l'utilisateur à l'unité d'urgence;
 - f) l'indication selon laquelle l'utilisateur était vivant ou décédé à son arrivée à l'unité d'urgence;
 - g) le numéro séquentiel attribué à la consultation;
 - h) le domaine de consultation;
 - i) la date et l'heure de la demande de la consultation;

ANNEXE 11 RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

- j) la date et l'heure de la consultation;
 - k) la date et l'heure auxquelles l'utilisateur a quitté l'unité d'urgence;
 - l) la destination de l'utilisateur au moment où il a quitté l'unité d'urgence;
 - m) le nom et le numéro, au permis de l'établissement, de l'installation de destination de l'utilisateur à son départ de l'unité d'urgence, le cas échéant;
- 4° concernant l'admission et le départ de l'utilisateur de l'établissement à partir duquel les données sont fournies :
- a) le mode de transport utilisé par l'utilisateur pour se rendre à l'établissement où il a été admis;
 - b) la provenance de l'utilisateur au moment de son admission;
 - c) le nom et le numéro, au permis de l'établissement, de l'installation de provenance de l'utilisateur lors de son admission, le cas échéant;
 - d) la date et l'heure de l'admission de l'utilisateur;
 - e) l'indication selon laquelle l'utilisateur a été transféré dans un établissement de sa région d'origine pour la continuité des soins;
 - f) le numéro séquentiel attribué à tout service auquel l'utilisateur a été inscrit;
 - g) le code et la description de tout service auquel l'utilisateur a été inscrit;
 - h) la date et l'heure de l'inscription de l'utilisateur à tout service;
 - i) l'indication selon laquelle l'utilisateur, lors de son admission, a été amené directement au bloc opératoire;
 - j) le numéro séquentiel attribué à toute unité physique de soins dans laquelle l'utilisateur a séjourné;
 - k) la description de l'unité physique de soins dans laquelle l'utilisateur a séjourné;
 - l) la date et l'heure d'arrivée de l'utilisateur à toute unité physique de soins dans laquelle il a séjourné;
 - m) la date et l'heure auxquelles l'utilisateur a quitté toute unité physique de soins dans laquelle il a séjourné;
 - n) la date de toute demande de transfert de l'utilisateur vers un autre établissement qui exploite un centre hospitalier de la classe centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
 - o) la date et l'heure auxquelles l'utilisateur a quitté l'établissement;

ANNEXE 11 RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

- p) la destination de l'utilisateur à son départ de l'établissement;
 - q) le nom et le numéro, au permis de l'établissement, de l'installation de destination de l'utilisateur à son départ de l'établissement, le cas échéant;
- 5° concernant toute prise des signes vitaux de l'utilisateur dans toute unité d'urgence ou pendant son séjour à l'établissement;
- a) la date et l'heure de la prise des signes vitaux de l'utilisateur;
 - b) le degré d'ouverture de ses yeux;
 - c) sa réponse verbale;
 - d) sa réponse motrice;
 - e) le résultat de la mesure GCS (échelle de coma de Glasgow);
 - f) l'indication selon laquelle il y a eu modification artificielle de l'état de conscience de l'utilisateur;
 - g) le type de modification de son état de conscience;
 - h) le type de respiration de l'utilisateur;
 - i) son nombre de cycles respiratoires par minute;
 - j) le pouls de l'utilisateur;
 - k) sa tension artérielle systolique;
 - l) sa tension artérielle diastolique;
 - m) l'indication selon laquelle de l'oxygène lui a été administré;
 - n) son pourcentage de saturation en oxygène;
 - o) sa température corporelle;
 - p) le résultat de la mesure de l'échelle physiologique RTS (Revised Trauma Score);
 - q) sa pression intracrânienne;
- 6° concernant tout examen demandé pour l'utilisateur ou toute intervention réalisée auprès de ce dernier dans toute unité d'urgence ou pendant son séjour à l'établissement :
- a) l'indication selon laquelle il y a eu évaluation radiologique de l'utilisateur;
 - b) l'indication selon laquelle il y a eu suspicion d'intoxication à l'alcool;
 - c) le résultat d'un test d'intoxication à l'alcool;

ANNEXE 11 RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

- d) le résultat d'un test d'intoxication aux drogues;
- e) la date et l'heure de l'installation d'un drain thoracique;
- f) la date et l'heure d'un FAST (Focused Assessment with Sonography in Traumatology);
- g) la date et l'heure de l'installation d'une intraveineuse;
- h) la date et l'heure d'une intubation;
- i) la date et l'heure d'une gazométrie;
- j) la date et l'heure d'un dosage des lactates;
- k) le numéro séquentiel attribué à un examen d'imagerie médicale;
- l) le type d'examen d'imagerie médicale demandé pour l'usager;
- m) la région du corps de l'usager pour laquelle un examen d'imagerie médicale a été demandé;
- n) la date et l'heure de la demande d'un examen d'imagerie médicale;
- o) la date et l'heure de la réalisation d'un examen d'imagerie médicale;
- p) le numéro séquentiel attribué à une intervention;
- q) le code et la description d'une intervention selon la CCI;
- r) les codes d'attributs de situation, de lieu et d'étendue d'une intervention selon la CCI;
- s) le nombre d'interventions réalisées auprès de l'usager;
- t) la date et l'heure d'une intervention;
- u) le lieu où a été réalisée une intervention;
- v) la date et l'heure auxquelles l'usager a quitté la salle d'opération, le cas échéant;
- w) le numéro séquentiel attribué à un traitement de ventilation mécanique;
- x) la date et l'heure du début d'un traitement de ventilation mécanique;
- y) la date et l'heure d'arrêt d'un traitement de ventilation mécanique;
- z) les consultations paramédicales réalisées pour l'usager;
- aa) la date et l'heure de la première consultation paramédicale;

ANNEXE 11
RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES
USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

- 7° concernant tout diagnostic établi pour l'utilisateur ainsi que son décès, le cas échéant :
- a) le numéro séquentiel attribué au code AIS (Abbreviated Injury Scale);
 - b) le code AIS identifiant chacune des blessures qui ont été diagnostiquées;
 - c) les diagnostics établis selon la CIM-10-CA;
 - d) l'indication selon laquelle il y a eu un traumatisme pénétrant ainsi que la région du corps atteinte;
 - e) le résultat du calcul de l'ISS (Injury Severity Score);
 - f) le résultat du calcul du PS_ISS (Probability of Survival Injury Severity Score);
 - g) le résultat du calcul du NISS (New Injury Severity Score);
 - h) la présence d'un traumatisme craniocérébral (TCC) et le degré de gravité de celui-ci;
 - i) la présence, chez l'utilisateur, d'une blessure médullaire et son type;
 - j) le numéro séquentiel attribué aux complications présentées par l'utilisateur;
 - k) le code et la description d'une complication selon la CIM-10-CA;
 - l) le numéro séquentiel attribué à l'inscription d'une comorbidité chez l'utilisateur;
 - m) la nature de la comorbidité;
 - n) l'indication selon laquelle l'autopsie de l'utilisateur a été faite;
 - o) l'indication selon laquelle il s'agit d'un cas où il y a eu lieu de donner un avis au coroner en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., c. R-0.2);
 - p) l'indication selon laquelle un prélèvement pour don d'organes a été effectué;
- 8° concernant l'utilisateur ayant été victime de brûlures graves :
- a) les circonstances de la ou des brûlures subies par l'utilisateur;
 - b) le type de brûlures et leur description;
 - c) la couleur ou l'origine ethnique de l'utilisateur;
 - d) son occupation;
 - e) le poids de l'utilisateur à son arrivée dans l'installation ainsi qu'à son départ de celle-ci;
 - f) l'indication selon laquelle l'utilisateur a inhalé des fumées qui peuvent être composées de gaz corrosifs ou toxiques;

ANNEXE 11 RÈGLEMENT SUR LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES MAJEURS

- g) le taux de carboxyhémoglobine présenté par l'usager;
 - h) l'indication selon laquelle l'utilisation de culture cellulaire a été nécessaire;
 - i) l'indication selon laquelle l'usager avait déjà subi des brûlures antérieurement à l'événement traumatique;
 - j) l'indication selon laquelle l'usager a subi une greffe pendant son séjour dans l'installation;
 - k) l'indication selon laquelle l'usager a été infecté au SARM (staphylococcus aureus résistant à la méthicilline);
 - l) l'indication selon laquelle l'usager a été infecté au ERV (entérocoque résistant à la vancomycine);
 - m) l'indication selon laquelle un agent a été utilisé pour faire augmenter la pression dans les vaisseaux sanguins de l'usager (vasopresseur);
 - n) les interventions spécifiques réalisées pour l'usager.
- 3.** L'article 4 de ce règlement est modifié par la suppression de « , sauf s'il se présente à l'unité d'urgence pour un test diagnostique ou pour recevoir des services externes ».
- 4.** L'article 6 de ce règlement est modifié par le remplacement de « 5 » par « 5.1 ».
- 5.** Le Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs édicté par le décret numéro 981-2000 du 16 août 2000 est abrogé.
- 6.** Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la Gazette officielle du Québec.

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

ENTENTE

CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DE DONNÉES

(banque de données sur les victimes de traumatismes)

ENTRE

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, personne morale de droit public, légalement constituée en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5) et ayant son siège au 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec) G1S 1E7, agissant par son président-directeur général, monsieur Marc Giroux, dûment autorisé aux fins des présentes;

ci-après appelée la « Régie »

ET

(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT), personne morale régie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), ayant son siège au (ADRESSE), agissant par (NOM DU REPRÉSENTANT) (PRÉSIDENT OU DG), dûment autorisé(e) par une résolution de son conseil d'administration, tel qu'il le déclare;

ci-après appelé « l'Établissement »

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

ATTENDU QUE le ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après le « ministre ») a constitué une banque de données centrale sur les victimes de traumatismes (ci-après la « banque de données centrale ») à partir des renseignements énumérés au *Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs* (ci-après le « Règlement ») pris en vertu de l'article 505 paragraphe 26° de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2, ci-après la « LSSSS »);

ATTENDU QUE les renseignements contenus dans la banque de données proviennent des établissements qui exploitent un centre hospitalier de la classe des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et qui offrent des services de traumatologie;

ATTENDU QUE le ministre a confié à la Régie le dépôt et la gestion de la banque de données en vertu d'une entente de dépôt de données nominatives intitulée « Entente N° 3 – Registre des traumatismes » et conclue le 30 novembre 2000;

ATTENDU QUE le ministre compte apporter des modifications au Règlement, notamment pour que des renseignements soient transmis à propos d'une gamme plus large de traumatismes;

ATTENDU QUE le ministre désire aussi réviser la solution informatique utilisée actuellement pour alimenter la banque de données centrale, solution qui est basée sur une saisie locale des données par les établissements dans leur propre banque de données, suivie d'un transfert des seuls renseignements énumérés au Règlement vers la banque de données centrale confiée à la Régie;

ATTENDU QUE le ministre a décidé de mettre en place à la Régie une application web accessible en mode web et dotée de banques de données hébergées en mode condominium (condo), soit une banque par établissement;

ATTENDU QUE chaque établissement peut accéder de façon sécuritaire et exclusive aux renseignements de sa clientèle respective dans sa banque de données hébergée en mode condo;

ATTENDU QUE les renseignements contenus dans ces banques de données hébergées en mode condo appartiennent aux établissements et qu'une partie de ces renseignements sont versés dans la banque de données centrale;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 27.1 de la LSSSS, un établissement peut communiquer un renseignement contenu au dossier d'un usager à tout organisme si la communication de ce renseignement est nécessaire à l'exercice d'un mandat, à durée déterminée, confié par l'établissement à cet organisme;

ATTENDU QUE l'article 27.1 de la LSSSS prévoit les conditions obligatoires d'un tel mandat;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 27.2 de la LSSSS, un établissement doit inscrire dans un registre toute communication de renseignements effectuée en vertu de l'article 27.1 de cette même loi;

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

ATTENDU QUE l'article 28 de la LSSSS précise, notamment, que les articles 27.1 et 27.2 s'appliquent malgré la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1, ci-après appelée « Loi sur l'accès »);

ATTENDU QU'en vertu du troisième alinéa de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5, ci-après appelée « Loi sur la Régie »), la Régie est dépositaire des données en matière de santé et de services sociaux que lui confie, par entente, un établissement au sens de la LSSSS;

ATTENDU QU'en vertu de ce même article, la Régie assume, pour le compte de celui qui lui confie les données, la gestion de celles-ci;

ATTENDU QU'en vertu de ce même article et de l'article 70 de la Loi sur l'accès, l'entente doit être soumise à la Commission d'accès à l'information pour avis et, en cas d'avis défavorable, au gouvernement pour approbation et pour fixer les conditions applicables;

ATTENDU QUE l'Établissement désire confier à la Régie un mandat visant l'hébergement de ses données relatives aux victimes de traumatismes;

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET DE L'ENTENTE

1.1 Par la présente, l'Établissement confie à la Régie l'hébergement de ses données relatives aux victimes de traumatismes dans l'une des banques de données hébergées en mode condo d'une application web connue sous le vocable « Système d'information du registre des traumatismes du Québec » (ci-après SI-RTQ), ainsi que la gestion de ces données.

1.2 L'entente détermine en outre les modalités d'alimentation, d'accès et d'utilisation de la banque hébergée en mode condo.

2. PROVENANCE ET NATURE DES RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS

2.1 Les données constitutives de la banque de données hébergée en mode condo dans le SI-RTQ proviennent de l'Établissement mentionné précédemment.

2.2 Les renseignements contenus dans la banque de données hébergée en mode condo dans le SI-RTQ et destinée à l'usage exclusif de l'établissement sont ceux mentionnés dans le *Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs* tel qu'il se lit à la signature de l'entente et ses modifications ou remplacements ultérieurs. La banque contient aussi des renseignements administratifs de gestion des dossiers de traumatismes.

Des champs variables sont également mis à la disposition de l'Établissement afin d'y inscrire tous renseignements nécessaires relatifs aux usagers victimes de traumatismes.

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

3. MODALITÉS D'ALIMENTATION DE LA BANQUE DE DONNÉES

- 3.1 À compter de la création d'une banque de données hébergée en mode condo dans le SI-RTQ à l'usage exclusif de l'Établissement, celle-ci est alimentée directement par l'Établissement.
- 3.2 Cette banque de données hébergée en mode condo dans le SI-RTQ est intégrée dans l'environnement technologique de la Régie tout en conservant son caractère distinct.
- 3.3 Les renseignements sont communiqués à la Régie par le biais d'une application web. La transmission se fait par télécommunication sécurisée.
- 3.4 Les parties conviennent de communiquer entre elles par écrit ou par téléphone advenant le traitement de cas particuliers.

4. MODALITÉS D'ACCÈS ET D'UTILISATION DE LA BANQUE DE DONNÉES

- 4.1 L'Établissement transmet à la Régie la liste des utilisateurs qui ont accès à la banque de données hébergée en mode condo dans SI-RTQ et en assure la mise à jour.
- 4.2 L'utilisateur de l'Établissement a accès à la banque de données hébergée en mode condo dans le SI-RTQ par le biais d'une application web après s'être identifié de façon non équivoque auprès de la Régie. L'utilisateur de l'Établissement est ainsi réputé avoir réalisé l'action en cause. De son côté, la Régie met en place des moyens permettant d'assurer à l'utilisateur de l'Établissement que la communication qu'il a initiée est réellement effectuée avec la Régie.
- 4.3 L'application web permet à l'utilisateur de l'Établissement d'effectuer les tâches suivantes :
- créer et mettre à jour un dossier de traumatisme;
 - rechercher un dossier de traumatisme;
 - valider les informations d'un dossier de traumatisme;
 - imprimer un dossier de traumatisme;
 - extraire les données pour une installation;
 - exécuter des rapports et interroger des données.
- 4.4 L'application web qui donne accès à la banque de données de l'établissement hébergée en mode condo dans le SI-RTQ peut être utilisée en tout temps. Cependant, la garantie de disponibilité ne s'applique pas en dehors des heures d'affaires et jours ouvrables reconnus au gouvernement. Les heures d'affaires se situent entre 8 h 30 et 16 h 30.
- De plus, la Régie se dégage de toute responsabilité relative à la disponibilité des équipements et des réseaux de télécommunication dont elle ne peut assurer le contrôle.
- 4.5 La Régie met à la disposition de l'Établissement des services de soutien à toutes les tâches décrites à 4.3. Ces services sont accessibles de 8 h 30 à 16 h 30, les jours ouvrables.

ANNEXE 12 ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES

5. OBLIGATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

- 5.1 L'Établissement informe la Régie de ses orientations quant à la banque de données visée par la présente entente (contenu, utilisation, traitement, accès). En outre, la Régie exerce dans ce domaine un rôle conseil auprès de l'Établissement.
- 5.2 L'Établissement fournit les ressources humaines ainsi que les ordinateurs munis d'un accès web requis à l'alimentation et à l'exploitation de la banque de données hébergée en mode condo dans le SI-RTQ.
- 5.3 L'Établissement s'engage à inscrire dans un registre conforme aux conditions de l'article 27.2 de la LSSSS la communication de renseignements effectuée en vertu de la présente entente et à maintenir ce registre à jour.
- 5.4 L'Établissement s'engage à établir et à maintenir à jour l'inscription de la banque de données dans l'inventaire qu'il doit tenir conformément à l'article 76 de la Loi sur l'accès.
- 5.5 L'Établissement s'engage à prendre fait et cause pour la Régie si une poursuite était dirigée contre cette dernière en raison d'un acte ou d'une omission qui lui serait imputable par son fait ou celui de ses préposés, employés ou de ses mandataires.
- 5.6 L'Établissement s'engage à prendre toutes les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels.
- 5.7 L'Établissement s'engage à aviser immédiatement la Régie de tout manquement aux mesures de sécurité et de tout événement pouvant porter atteinte au caractère confidentiel des données visées par la présente entente ainsi qu'à collaborer à toute enquête ou vérification concernant le respect de la confidentialité des données déposées.
- 5.8 L'Établissement transmet à la Régie, dans les quinze (15) jours de l'entrée en vigueur de la présente entente, la liste des utilisateurs autorisés à consulter et à modifier la banque de données. Cette liste indique :
- leur nom et prénom;
 - leur titre et fonction;
 - leur adresse et numéro de téléphone au travail.

L'Établissement doit, sans délai, informer la Régie de toute modification à la liste.

6. OBLIGATIONS DE LA RÉGIE

- 6.1 La Régie s'engage à prendre toutes les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements qui lui sont transmis dans le cadre de la présente entente.
- 6.2 Afin d'assurer le respect de la confidentialité des renseignements visés par la présente entente, la Régie s'engage à :
- 1° informer les membres de son personnel qui ont qualité pour recevoir les renseignements visés par la présente entente des obligations stipulées à la présente disposition et à diffuser, à cet égard, toute l'information pertinente;

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

- 2° ne rendre accessibles les renseignements qu'aux membres de son personnel qui ont qualité pour les recevoir, lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
- 3° s'assurer que toute personne à qui le renseignement peut être communiqué signe, avant toute communication d'un renseignement, l'engagement de confidentialité de la Régie. Copie des engagements de confidentialité doit être transmise à l'Établissement sans délai avant le début de toute communication de renseignements;
- 4° n'utiliser les renseignements que pour l'exécution de la présente entente. À cet égard, la Régie s'engage notamment à conserver distinctement les renseignements pour le compte de l'Établissement, et à ne donner accès à ceux-ci qu'au personnel autorisé de cet Établissement;
- 5° mettre en place toutes les mesures de sécurité propres à assurer la confidentialité des renseignements à toutes les étapes de la réalisation des services visés par la présente entente;
- 6° ne conserver, à l'expiration de la présente entente, aucun document contenant un renseignement, quel qu'en soit le support. À cette fin, le Régie s'engage à retourner à l'Établissement dans un délai raisonnable suivant la fin de la présente entente les renseignements et à procéder à leur destruction ;
- 7° informer, dans les plus brefs délais, le directeur général de l'Établissement de tout manquement aux obligations prévues à la présente disposition ou de tout événement pouvant risquer de porter atteinte à la sécurité ou à la confidentialité des renseignements confidentiels;
- 8° permettre au représentant de l'Établissement d'effectuer toute vérification ou enquête relative à la confidentialité des renseignements confidentiels.

6.3 La Régie s'engage pour elle, ses administrateurs, ses dirigeants, ses mandataires, ses préposés et sous-traitants aux obligations prévues à la présente disposition. Elle s'engage de plus à soumettre tout organisme ou personne tierce qu'elle s'adjoit pour la réalisation de la présente entente, notamment un sous-traitant, aux obligations prévues sous le présent titre. Dans un tel cas, l'engagement de confidentialité prévu au paragraphe 3° de l'article 6.2 est transmis par le tiers à la Régie.

6.4 Par ailleurs, dans la mesure où la Régie confie tout ou partie de l'exécution de la présente entente à une personne ou à un organisme dont le siège social ou la principale place d'affaires est situé à l'extérieur du Québec, ou qui est la filiale d'une telle personne ou d'un tel organisme, elle s'engage à prendre tous les moyens nécessaires pour s'assurer que les renseignements communiqués bénéficieront d'une protection équivalente à celle prévue à la LSSSS.

6.5 La Régie s'engage à respecter les orientations de l'Établissement quant à la banque de données visée par la présente entente, dans la mesure de ses moyens financiers et technologiques, et ce, dans le respect du cadre juridique en vigueur et à l'intérieur de délais raisonnables.

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

6.6 En conformité avec l'entente de dépôt de données nominatives intitulée « Entente n° 3 – Registre des traumatismes » intervenue entre le ministre et la Régie le 30 novembre 2000, la Régie dépose, dans la banque de données commune, les seuls renseignements que l'Établissement a l'obligation de transmettre au ministre en vertu du *Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs*. Ces renseignements proviennent de la banque de données hébergée en mode condo dans le SI-RTQ à l'usage exclusif de l'Établissement.

7. RÉSILIATION

7.1 Chaque partie peut, en tout temps, résilier pour cause la présente entente au moyen d'un avis expédié à l'autre partie par courrier recommandé ou certifié qui indique les motifs et fixe la date de résiliation.

La partie qui résilie ainsi cette entente ne peut en aucun cas être tenue de payer des dommages et intérêts ou autre compensation à l'autre partie.

La partie qui reçoit l'avis peut, à la satisfaction de l'autre partie, remédier au défaut identifié avant l'expiration du délai imparti pour la résiliation. En pareil cas, l'entente n'est pas résiliée.

7.2 Le gouvernement du Québec peut révoquer la présente entente; telle révocation comporte la résiliation automatique de la présente entente à la date du décret du gouvernement, sans que les parties ou l'une d'elles ne soient tenues de payer des dommages et intérêts ou autre compensation à l'autre partie.

7.3 La présente entente est automatiquement résiliée si la Commission d'accès à l'information ordonne la destruction de tous les renseignements mentionnés à l'article 2 de la présente entente. Dans ce cas, la partie visée par l'ordonnance en adresse copie à l'autre partie et l'informe de la destruction des renseignements. L'entente est alors résiliée à la date de l'ordonnance.

En cas de destruction de certains renseignements seulement, l'entente continue d'avoir effet pour les renseignements non détruits. La partie qui recevait les renseignements visés par l'ordonnance peut toutefois mettre fin à l'entente en adressant un avis écrit à l'autre partie. Cet avis doit être transmis par courrier recommandé ou certifié et il fixe la date de la résiliation, laquelle ne peut être antérieure au quinzième (15^e) jour suivant la date de l'avis.

Aucune des parties ne peut être tenue de payer des dommages et intérêts ou autre compensation à l'autre partie.

7.4 Les parties peuvent, en tout temps, d'un commun accord, résilier la présente entente.

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

8. DISPOSITIONS DIVERSES

8.1 Frais

Les frais relatifs à la présente entente sont réputés faire partie des ressources humaines, matérielles et financières devant être fournies à la Régie par le ministre pour la constitution et l'évolution de la banque centrale RTQ, conformément au paragraphe 6.2 de l'entente de dépôt de données nominatives intitulée « Entente n° 3 – Registre des traumatismes » intervenue entre le MSSS et la Régie le 30 novembre 2000.

8.2 Responsables de l'application de l'entente

En collaboration avec la personne responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels au sein de chaque organisme, les personnes responsables de l'application de la présente entente sont les suivantes :

pour la Régie :

Direction de l'analyse et de la gestion de l'information
1125, Grande Allée Ouest, secteur C312
Québec (Québec) G1S 1E7

pour l'Établissement :

(À COMPLÉTER) titre et adresse

8.3 Avis

Tout avis qu'une partie peut ou doit donner en vertu de la présente entente (désignation, modification, résiliation) doit être adressé comme suit :

pour la Régie :

Direction générale des affaires institutionnelles
et Secrétariat général
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, Grande Allée Ouest, 8^e étage
Québec (Québec) G1S 1E7

pour l'établissement :

(À COMPLÉTER)

ANNEXE 12 ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS VICTIMES DE TRAUMATISMES

9. ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

- 9.1 Conformément à l'article 70 de la Loi sur l'accès, la présente entente, de même que toute modification éventuelle, entre en vigueur à la date d'un avis favorable de la Commission d'accès à l'information ou, à défaut d'un tel avis, à la date de son approbation par le gouvernement.
- 9.2 La présente entente est d'une durée de un (1) an à compter de son entrée en vigueur. Elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction sauf si l'une des parties transmet à l'autre partie, par courrier recommandé ou certifié, au moins quatre-vingt-dix (90) jours avant la date d'échéance annuelle, un avis écrit à l'effet qu'elle entend y mettre fin ou y apporter des modifications. Dans ce dernier cas, elle doit préciser la nature des modifications.
- 9.3 La transmission d'un avis de modification n'empêche pas le renouvellement de la présente entente par tacite reconduction pour une période de un (1) an. Si les parties ne s'entendent pas sur les modifications à apporter à l'entente, celle-ci prend fin, sans autre avis, au terme de cette période de reconduction.

ANNEXE 12
ENTENTE CONCERNANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES SUR LES USAGERS
VICTIMES DE TRAUMATISMES

EN FOI DE QUOI, la présente entente a été signée en double exemplaire,

À QUÉBEC, POUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU
QUÉBEC,

MARC GIROUX
Président-directeur général

DATE

À (À COMPLÉTER), POUR (LE OU LA)
(désigner l'Établissement),

(À COMPLÉTER)

DATE

ANNEXE 13

LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

Nombre d'installation de traumatologie par catégorie de désignation

Primaire : 28

Secondaire : 22

Secondaire régional : 4

Pédiatrique : 2

Tertiaire : 3

Centre d'expertise pour blessés médullaires : 2 (2 déjà comptabilisés comme tertiaire)

Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves : 2 (dont 1 déjà comptabilisé comme tertiaire)

Centre d'expertise pour traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence: 1

61 installations distinctes

Liste des installations désignées de traumatologie

<u>01 Bas St-Laurent</u>	Code d'installation
Primaire	
Hôpital d'Amqui	51226892
Hôpital Matane	51218980
Centre Notre-Dame de Fatima	51221141
Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	51221877
Secondaire	
Hôpital régional de Rimouski	51227882
Centre hospitalier régional du Grand Portage	51218352
<u>02 Saguenay-Lac-Saint-Jean</u>	
Primaire	
Hôpital de Dolbeau-Mistassini	51219384
Secondaire	
Hôpital d'Alma	51219400
Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval	51228203
Secondaire régional	
Hôpital de Chicoutimi	51218394
<u>03 Québec</u>	
Primaire	
Centre hospitalier de Charlevoix	51228716
Hôpital de la Malbaie	51228690
Tertiaire et Centre d'expertise pour blessés médullaires	
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec Hôpital de l'Enfant Jésus	51233914
Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves	
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec Hôpital de l'Enfant Jésus	51233914

ANNEXE 13
LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

04 Mauricie et Centre-du-Québec	Code d'installation
Primaire	
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice	51219731
Secondaire	
Hôpital Sainte-Croix	51228781
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	51228039
Secondaire régional	
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières –Pavillon Ste-Marie	51220168
05 Estrie	
Primaire	
Centre de santé et de services sociaux du Granit	51223832
Secondaire régional	
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont	51216687
06 Montréal-Centre	
Pédiatrique	
Hôpital de Montréal pour enfants	51223279
Centre hospitalier universitaire Sainte Justine	51222800
Secondaire	
Hôpital Jean-Talon	51228500
Hôpital Santa-Cabrini	12420774
Tertiaire et centre d'expertise pour blessure médullaire	
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	12475976
Tertiaire	
Hôpital Général de Montréal	12599213
Centre d'expertise désigné pour victimes de brûlures graves	
Centre hospitalier universitaire de Montréal Pavillon Hôtel-Dieu	51219228
Centre d'expertise désigné pour traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence	
Centre hospitalier universitaire de Montréal Hôpital Notre-Dame	51219236

ANNEXE 13
LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

<u>07 Outaouais</u>	Code d'installation
Primaire	
Hôpital du Ponctiac	51219459
Hôpital de Maniwaki	51221893
Secondaire régional	
Hôpital de Hull	51221711

<u>08 Abitibi Témiscamingue</u>	
Primaire	
Pavillon Sainte-Famille	51218840
Hôpital et CLSC Val d'Or	51225589
CLSC et Hôpital de Rouyn-Noranda	51228922
Centre hospitalier La Sarre	51221083
Secondaire	
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	51228906

<u>09 Côte Nord</u>	
Primaire	
Hôpital Le Royer	51228765
Secondaire	
Hôpital et centre hébergement de Sept-Îles	51232023

<u>10 Nord-du-Québec</u>	
Primaire	
Centre de santé de Chibougamau	51218501

<u>11 Gaspésie Îles de la Madeleine</u>	
Primaire	
Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé	51220903
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	51221539
Hôpital de Maria	51227908
Hôpital de Chandler	51227775
Hôpital de l'Archipel	51227783

ANNEXE 13
LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

<u>12 Chaudière Appalaches</u>	Code d'installation
Primaire	
Hôpital de Thetford Mines	51228948
Hôpital de Montmagny	51228963
Secondaire	
Hôpital de Saint-Georges	51228971
Hôtel-Dieu de Lévis	51227569

<u>13-Laval</u>
Aucune installation désignée en traumatologie

<u>14 Lanaudière</u>	
Secondaire	
Hôpital Pierre-Le Gardeur	51228062
Centre hospitalier régional de Lanaudière	51228856

<u>15 Laurentides</u>	
Primaire	
Hôpital Laurentien	51226777
Hôpital de Mont-Laurier	51217610
Secondaire	
Hôpital de St-Eustache	51228864
Hôpital régional de St-Jérôme	51228880

<u>16 Montérégie</u>	
Primaire	
Hôtel-Dieu de Sorel	51229102
Hôpital du Suroît	51229136
Secondaire	
Centre hospitalier Anna Laberge	51229151
Hôpital de Granby	51228120
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	51229185
Hôpital du Haut-Richelieu	51229045
Hôpital Honoré-Mercier	51229193
Hôpital Charles Lemoyne	51233799

<u>17 Nunavik</u>
Aucune installation désignée en traumatologie

<u>18 Terres Cries de la baie James</u>
Aucune installation désignée en traumatologie

ANNEXE 13
LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES

Liste des installations désignées de stabilisation (type 17)

<u>01 Bas St-Laurent</u>	Code d'installation
Stabilisation	
Centre hospitalier Trois-Pistoles	51220499
C.L.S.C. de Pohénégamook	51219418
<u>03 Québec</u>	
Stabilisation	
Centre hospitalier Portneuf/CLSC de Portneuf	51223196
<u>08 Abitibi-Tesmiscamingue</u>	
Stabilisation	
CSSS de Témiscamingue-et-de-Kipawa	12943486
<u>09 Côte-Nord</u>	
Stabilisation	
Centre de santé et de services sociaux de La Minganie	51219004
Centre de santé et de services sociaux de l'Hématite	14628986
Centre de santé et de services sociaux de la Basse Côte-Nord	13294020
<u>10 Nord-du-Québec</u>	
Stabilisation	
Centre de santé Isle-Dieu	51218535
Centre de santé Lebel	51218527
<u>11 Gaspésie-îles-de-la-Madeleine</u>	
Stabilisation	
CLSC de Murdochville	51221307
CLSC de Grande-Vallée	51221299
<u>14 Lanaudière</u>	
Stabilisation	
CLSC de Saint-Michel des Saints	53578134

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

Historique des modifications au 1^{er} avril

1. Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2013

1.1 Inclusion des événements traumatiques des victimes de brûlure grave pour toutes les installations désignées en traumatologie selon les critères d'inclusion reliés à cette clientèle.

1.2 Précision au point 1.4 – Blessures traumatiques en secondaire

Les diagnostics consécutifs à un événement traumatique doivent être inclus si le diagnostic relié au traumatisme justifie **ou génère** une admission, **et ce, quelles que soient les conditions médicales préexistantes**. Il faut bien analyser le dossier médical pour répondre à cette question.

1.3 Exclusion

- Les cas d'hypothermie si c'est la seule blessure;
- Les codes de cause externe suivants doivent être exclus du SIRTQ :
 - X71 = Lésion auto infligée par noyade et submersion
 - Y21 = Noyade et submersion, intention non déterminée
 - Y40 À Y84 = Complications de soins médicaux et chirurgicaux
 - Y85 À Y89 = Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité

1.4 Type de destination au départ 51 – Élément 086

Nouvelle définition pour le type de destination au départ de l'admission :

13- Centre de réadaptation *

L'utilisateur est transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation et d'intégration sociale, à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, ou en raison de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à leur entourage.

51 - Unité de réadaptation

L'utilisateur est transféré dans une installation qui possède une unité de réadaptation de tout type (par exemple URFI, UTRF, gériatrie active, etc.) et qui ne détient pas de lits au permis de type 13. Ces services offerts vont permettre à l'utilisateur de récupérer une fonctionnalité maximale à la suite d'une perte d'autonomie motrice importante.

Consigne à la saisie :

i- Pour inscrire un type de destination 13, l'utilisateur doit être transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services de réadaptation et elle doit posséder des lits au permis avec la mission de centre de réadaptation.

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

1.5 Nutrition parentérale – Élément 145

Nutrition parentérale - intraveineuse (IV) ou entérale - nasogastrique (NG) - gastrostomie endoscopique permanente (GEP)

- Inscrire seulement la première dose administrée à l'installation fournisseur de données et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.
- Utiliser le code 1.LZ.35. ^^ ou 1.OZ.17.HH-T4 ou 1.OZ.17.CD-T4 ou 1.OZ.17.CE-T4 ou 1.OZ.17.CF-T4.
- Information qui peut se retrouver sur les ordonnances médicales ou sur un formulaire spécifique.

1.6 Réduction de luxation à l'urgence – Élément 145

Ajout dans les traitements à saisir à l'urgence de la réduction de luxation.

Réduction de luxation à l'urgence

- Luxation d'une ou des articulations suivantes : hanche, genou, cheville, épaule, coude, ou poignet.
- Inscrire seulement les réductions de luxation effectuées à l'installation fournisseur de données.

1.7 Comorbidité – Élément 186 (Nouvelle liste)

Abus de drogue chronique / Toxicomanie
Alcoolisme
Anémie existante
Anticoagulothérapie
Arthrite rhumatoïde / Lupus érythémateux systémique
AVC/Hémiparésie
Blessure / Lésion à la moelle épinière
Chimiothérapie active
Cirrhose
Coagulopathie
Démence
Diabète Type 1
Diabète Type 2
Dialyse
Épilepsie
Grossesse
Hypertension artérielle
Insuffisance cardiaque
Maladie artérielle coronarienne (MCAS, Infarctus du myocarde, etc.)
Maladie chronique démyélinisante (Sclérose en plaques)
Maladie de Parkinson
Maladie inflammatoire des intestins
Maladie psychiatrique
Maladie pulmonaire chronique
Métastases
Obésité
Perte d'autonomie
Transplantation

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

Utilisation régulière de stéroïdes
Varices gastriques et/ou œsophagiennes
VIH/SIDA

Attention : voir les précisions des différentes consignes à la saisie dans le chapitre 3 à l'élément 186 – Comorbidité

1.8 Nouveaux domaines de valeurs

A) Type destination à l'urgence (élément 063)

18- Suivi en clinique externe :

L'usage est transféré dans un service hospitalier d'une installation avec une mission de centre hospitalier de courte durée qui pourvoit au diagnostic et au traitement des usagers sans hospitalisation et aux soins des blessés légers non admissibles aux urgences.

B) Région du corps de l'imagerie médicale à l'urgence et à l'admission (élément 139)

Colonne vertébrale totale :

Pour la région du corps de l'imagerie médicale, utiliser le choix **colonne vertébrale totale** seulement lorsque les trois régions (cervicale, dorsale et lombaire) sont investiguées sur la même imagerie médicale.

Imagerie médicale totale :

Pour la région du corps de l'imagerie médicale, utiliser le choix **imagerie médicale totale** seulement lorsque les régions suivantes: tête, colonne cervicale, thorax, abdomen et organes pelviens sont investiguées sur la même imagerie médicale.

Si d'autres régions sont examinées, il faut les ajouter de façon distincte.

C) Précision blessure médullaire (élément 181)

Non spécifié :

Présence d'une blessure médullaire sans précision du type d'atteinte.

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

2. Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2012

- 2.1 Critères d'exclusion des VBG**, voir chapitre 2, critères de sélection (inclusion/exclusions), ajout de l'exemple d'exclusion 2.18.

Pour les installations de traumatologie désignées pour inclure la clientèle des victimes de brûlures graves, exclure les VBG décédés à l'arrivée ou pendant le séjour à l'urgence.

- 2.2 Procédure pour codifier un diagnostic de TCC sans précision anatomique de blessure**, voir chapitre 2, règles de codification et de saisie, section tête, l'item 2.1.48, ajout de la directive suivante :

Tout d'abord il faut respecter la règle de codage des pertes de conscience de l'AIS : (Cadre normatif, chapitre 2, sous-section 2.1.4, item 2.1.1).

Le code de TCC sans précision anatomique de blessure est : **115299.9 (Lésion cérébrale traumatique MRS)**

Attention : ne pas utiliser le code 115099.9 (Traumatisme crânien fermé MRS) pour un TCC.

Il est possible de joindre à ce code, un code de la section niveau ou durée de conscience selon les renseignements contenus au dossier médical en respectant les conditions suivantes :

- En **présence**, d'une précision d'une **durée** de perte conscience documentée, il faut utiliser les codes de la section **Durée de l'inconscience**.
- En **présence**, d'une précision d'une perte de conscience (sans durée connue) et en **présence** d'un GCS, il est possible d'utiliser la section **Niveau de conscience**.
- En **l'absence**, d'une précision d'une perte de conscience (sans durée connue) et en **présence** d'un GCS, il est possible d'utiliser la section **Niveau de conscience**.
- En **l'absence**, d'une précision d'une perte de conscience (sans durée connue) et en **l'absence** d'un GCS, **il n'est pas possible d'utiliser la section Niveau de conscience**. Donc, aucun code de perte de conscience ne peut être associé au code 115299.9.

Enfin, il n'est pas possible de codifier la commotion cérébrale (161000.2) si elle n'est pas documentée au dossier (cf. Cadre normatif, chapitre 2, sous-section 2.1.4, item 2.1.9).

- 2.3 Lieu du traumatisme**, voir l'élément 023 du chapitre 3 :

Mise à niveau des domaines de valeurs afin d'être conforme à la norme MED-ÉCHO.

ANNEXE 14 HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

2.4 Type de destination, voir l'élément 086 du chapitre 3 :

2.4.1 Pour inscrire un type de destination 13, l'utilisateur doit être transféré vers une installation qui a pour mission d'offrir des services d'adaptation et elle doit posséder des lits au permis avec la mission de centre de réadaptation.

Exception : Il est possible d'inscrire le type 13- Centre de réadaptation pour une installation identifiée dans la liste ayant une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) et où l'utilisateur est admis dans l'un de ces lits. Cf. liste des UTRF, annexe 14.

2.4.2 Ajout des types de destination au départ de l'admission suivant :

40- Ressources non institutionnelles

51- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

2.5 Date et heure de l'imagerie médicale, voir l'élément 142 et 143 :

Une imagerie médicale peut-être demandée au service d'urgence et réalisée pendant le séjour à l'admission.

2.6 Heure de la prise en charge, voir l'élément 163 :

Si aucune heure de prise en charge du traitement paramédical n'est présente au dossier médical, ne rien inscrire.

2.7 Blessure médullaire, voir l'élément 181 :

En l'absence de la précision au dossier médical de la mention de complet, incomplet ou TVA, inscrire INCOMPLET.

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

3. Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2011

3.1 Critères d'inclusion des VBG, voir chapitre 2, règles de consignation, ajout des précisions suivantes :

- Brûlures au 2e ou au 3e degré accompagnées d'autres traumatismes ou maladies significatives (maladies chroniques ou incapacitantes) pouvant compliquer les soins, allonger le temps de guérison ou affecter le risque de mortalité;
- Brûlure au 2e ou au 3e degré faisant en sorte qu'une seconde opinion d'un plasticien est requise;

3.2 Critères d'inclusion des cas d'amputations ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale, voir chapitre 2, règles de consignation, ajout de la précision suivante :

- Ayant une revascularisation

3.3 NAM expiré, voir les éléments 009 et 010 du chapitre et 3 :

En présence d'un NAM expiré, inscrire la raison d'absence « NAM inconnu ».

3.4 Signes vitaux préhospitaliers, voir les éléments 040, 041, 042, 043, 044 et 045 du chapitre 3. :

La première série de signes vitaux complète doit être saisie. Si aucune série n'est complète, inscrire la plus complète.

3.5 Type de provenance à l'urgence 21- Domicile, voir l'élément 053 du chapitre 3 :

Le type de provenance 21 - « Domicile », est utilisé pour préciser les usagers qui ont un événement traumatique dans un lieu X, qui retournent à la maison et qui consultent par la suite.

3.6 Type de destination à l'urgence : voir l'élément 063 du chapitre 3 :

Pour les usagers dirigés vers une clinique externe et admis la même journée, inscrire « 01 - Admis » comme type de destination à l'urgence.

Pour les usagers ayant obtenu un congé et dirigés vers une clinique externe, inscrire « 21 - Domicile » comme type de destination.

3.7 Rapport d'autopsie du coroner, voir les éléments 066, 067, 089 et 090 du chapitre 3 :

Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'utilisateur, il est possible d'adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie.

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

- 3.8 Signes vitaux à l'urgence ou à l'admission,** voir les précisions pour chacun des signes vitaux des éléments 103 à 120 du chapitre 3 :

Modifications au niveau de la possibilité de compléter ou non la séquence de signes vitaux dans le délai de 8 heures suivant l'arrivée à l'urgence ou à l'admission.

- 3.9 Modification artificielle de l'état de conscience et type de modification de l'état de conscience,** voir les éléments 109 et 110 du chapitre 3 :

Saisir ces valeurs pour l'urgence seulement.

- 3.10 Définition de Sédationné,** voir l'élément 110 du chapitre 3 :

Utilisation de médicaments provoquant une légère dépression du système nerveux central, maintenant l'usager éveillé, mais relativement plus calme.

La sédation qui doit être considérée ici est celle administrée à l'urgence dans le cadre d'une intervention ou procédure (exemples : réduction d'une fracture, réparation d'une plaie, etc.).

Il y a deux types de sédation à considérer. La sédation **consciente**, suppose que le patient demeure conscient tout au long de l'intervention malgré les sédatifs administrés ou la sédation **procédurale**, est définie comme étant l'administration de médicaments ou de substances qui sert à altérer l'état de conscience d'une personne, sa perception de la douleur et sa tolérance à l'environnement, tout en lui permettant une réponse à la stimulation verbale ou tactile et le maintien d'une fonction ventilatoire adéquate en tout point.

- 3.11 Drain thoracique,** voir les éléments 127 et 128 du chapitre 3 :

Un drain thoracique installé au bloc opératoire doit être saisi dans le sous onglet « Traitements ».

Un drain thoracique installé dans un lieu autre que le bloc opératoire doit être inscrit dans le sous onglet « Examens et Soins ».

- 3.12 Intraveineuse,** voir les éléments 129 et 130 du chapitre 3 :

Dans le cas d'un changement de produit injecté sans modification de canule, ne pas considérer comme une nouvelle intraveineuse.

Inscrire la première dose administrée quelque soit l'installation et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.

- 3.13 Imagerie médicale,** voir l'élément 138 du chapitre 3 :

L'angiographie par tomodensitométrie dans la région du cou est considérée comme une artériographie.

- 3.14 Heure de l'imagerie médicale,** voir l'élément 143 :

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

Pour l'installation fournisseur de données, si l'heure de réalisation de l'imagerie médicale excède le séjour à l'urgence, inscrire l'heure moins 1 minute du départ de l'urgence vers l'admission.

À noter que cette directive est appliquée en attendant que la validation soit corrigée dans l'application.

3.15 Traitement, voir l'élément 145 du chapitre 3 :

Tous les traitements à l'admission sont à inscrire même ceux qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Pour l'urgence, sauf si besoin locaux, saisir seulement les traitements inscrits sur la liste préfinie du point **d** de l'élément 145.

Tous les traitements effectués au bloc opératoire incluant **ceux réalisés** à la salle de réveil doivent être codés.

Si une péridurale est effectuée ailleurs qu'au bloc opératoire, la saisie de celle-ci devient facultative.

3.16 Traitement obligatoire, transfusion sanguine, voir l'élément 145 du chapitre 3 :

Ne pas considérer le code : 1.LZ.35. ^^.

3.17 Heure du traitement, voir l'élément 152 du chapitre 3 :

Dans le cas de transfusions multiples, il faut inscrire l'heure de la première transfusion et le nombre **de transfusion** dans le champ « Nombre ».

3.18 Lieu du traitement, voir l'élément 153 du chapitre 3 :

Pour les traitements effectués en salle de réveil, il faut choisir le lieu du traitement « Bloc » car celle-ci fait partie du bloc opératoire.

3.19 Ventilation mécanique, voir les éléments 156 à 160 du chapitre 3 :

Une ventilation mécanique de type « invasive » doit être saisie uniquement dans la section Ventilation mécanique dans le sous onglet Examens et Soins de l'admission.

Une ventilation mécanique de type « non invasive » peut être saisie dans l'onglet traitements.

3.20 Traitements paramédicaux, voir l'élément 161 du chapitre 3 :

Si vous sélectionnez « équipe multidisciplinaire » et il n'est pas obligatoire de saisir les consultations individuelles de chacune des disciplines.

3.21 Comorbidité, voir l'élément 186 du chapitre 3 :

Tous les diagnostics du Chapitre V Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) de la CIM-10-CA sont considérés dans la comorbidité « Maladie psychiatrique ».

ANNEXE 14 HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

3.22 Taux de carboxyhémoglobine, voir l'élément 194 du chapitre 3 :

Si seulement un test a été effectué, saisir le 1^{er} résultat du taux de carboxyhémoglobine peu importe le lieu (urgence ou admission) et l'installation. Si plusieurs tests ont été effectués, c'est le résultat avec le taux le plus élevé qui doit être inscrit.

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

Nouvelles directives applicables au 1^{er} avril 2010

Critères d'inclusion au SIRTQ

- 2.1.1 Tous les usagers victimes d'un évènement traumatique causant des blessures associées et qui sont admis dans une installation désignée de traumatologie.
- 2.1.2 Tous les usagers victimes d'un évènement traumatique causant des blessures associées qui sont décédés à l'arrivée ou pendant le séjour à l'urgence dans une installation désignée de traumatologie.

Particularités de consignation des cas à inclure pour les installations désignées qui ont comme clientèle les traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale ou les victimes de brûlures graves :

2.1.3 La clientèle de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence est défini par :

- Usager âgé de plus de 15 ans;
- Amputation d'un pouce;
- Amputation de doigts multiples;
- Amputation à travers la main;
- Amputation au poignet ou à l'avant-bras;
- Amputation au coude ou proximale au coude, si la section est franche et que la composante d'avulsion est très mineure;
- Amputation chez l'enfant de toute partie;
- Amputation d'un doigt unique en zone 1 peut être considérée selon le mécanisme du traumatisme et les besoins particuliers de l'utilisateur.

2.1.4 La clientèle de brûlures graves est définie par :

- Brûlures au 2e ou 3e degré sur plus de 10 % de la surface corporelle chez les enfants de moins de 10 ans ou chez les adultes de plus de 50 ans;
- Brûlures au 2e ou 3e degré sur plus de 20 % de la surface corporelle dans les autres groupes d'âge;
- Brûlures au 3e degré sur plus de 5 % de la surface corporelle;
- Brûlures au 2e ou au 3e degré impliquant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations majeures;
- Brûlures électriques y compris la foudre;
- Brûlures chimiques (excluant l'œil);
- Brûlures des voies respiratoires (aucun degré);
- Brûlures accompagnées d'autres traumatismes ou maladies significatives pouvant compliquer les soins, allonger le temps de guérison ou affecter le risque de mortalité;
- Brûlures au 2e ou 3e degré accompagnées d'autres traumatismes pour lesquelles le risque de mortalité et de morbidité est plus élevé à cause des brûlures. Si les risques sont plus élevés du côté des autres blessures, la victime devrait d'abord être stabilisée en traumatologie. Le jugement médical sera primordial dans ces circonstances;
- Brûlures au 2e ou 3e degré dans des conditions qui nécessitent un support particulier sur le plan social, émotionnel ou une réadaptation à long terme;
- Brûlure au 2e ou 3e degré faisant en sorte qu'une seconde opinion est requise;
- Les lésions sévères secondaires à des atteintes du système cutané tels l'épidermolyse bulleuse et le syndrome de Stevens Johnson;

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

- Les engelures.

2.1.5 Traitements à saisir obligatoirement si présent au dossier :

- **Les antibiothérapies (par voie intraveineuse seulement)**
 - o Incrire seulement la première dose administrée quelle que soit l'installation et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.
 - o Pour toutes les antibiothérapies, utiliser le code : 1.ZZ.35.HA-KO « Anti-infectieux SAI, par voie intraveineuse ».
 - o Information qui peut se retrouver sur les ordonnances médicales.
- **Nutrition parentérale**
 - o Incrire seulement la première dose administrée à l'installation fournisseur de données et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.
 - o Utiliser le code 1.LZ.35.^.
 - o Information peut se retrouver sur les ordonnances médicales ou sur un formulaire spécifique.
- **Les agents antithrombotiques I.V. et S.C.**
 - o Incrire seulement la première dose administrée quelle que soit l'installation et si c'est à l'urgence ou à l'admission.
 - o Pour tous les agents antithrombotiques, utiliser le code : 1.ZZ.35.HA-C1 « Utilisation d'un antithrombotique, par voie intraveineuse ».
 - o Information peut se retrouver sur les ordonnances médicales.
 - o Par exemple : héparine, héparine à bas poids moléculaire (Fragmin, Lovenox).
- **Transfusions sanguines**
 - o Distinguer tous les types de transfusion (culots, plasma, plaquettes etc.)
 - o Incrire à l'urgence quelle que soit l'installation et à l'admission et noter le nombre dans la case appropriée.
 - o Utiliser le code : 1.LZ.19.^.
- **Pompe à morphine (PCA ou autre pompe) par exemple : morphine, fentanyl**
 - o Incrire seulement la première dose administrée à l'installation fournisseur de données et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.
 - o Utiliser le code : 1.ZZ.35.HA-P2 « Utilisation d'un analgésique ».
 - o Information qui peut se retrouver sur les ordonnances médicales.

ANNEXE 14

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS AU 1^{ER} AVRIL

- **Physiothérapie respiratoire**
 - o Coder seulement pour les blessés médullaires qui ont été intubés.
 - o Inscrire seulement le premier traitement effectué à l'installation fournisseur de données et peu importe si c'est à l'urgence ou à l'admission.
 - o Utiliser le code : 1.GZ.02 ou 1.GZ.12.
 - o Information qui peut se retrouver sur les notes évolutives, sur les notes évolutives de physiothérapie ou d'inhalothérapeute ou sur les ordonnances médicales.
 - **Embolisation**
 - o Inscrire en tout temps.
 - o Ce traitement est effectué en radiologie.
 - o Information qui peut se retrouver sur le rapport de radiologie et sur les notes évolutives.
 - **Trachéostomie**
 - o Inscrire en tout temps.
 - o Information qui peut se retrouver sur les notes évolutives.
 - o Habituellement fait au bloc opératoire
 - **Réanimation cardio-respiratoire**
 - o Inscrire en tout temps.
 - o Utiliser le code : 1.HZ.30.^^
- 2.1.6 Inscrire toutes les séquences d'urgences consécutives qui conduisent à l'admission de l'installation fournisseur de données. Toutefois, il ne doit pas y avoir de congé (domicile sans référence) entre les séquences d'urgence et l'admission afin de pouvoir saisir ces séquences.
- 2.1.7 Considérer une séquence d'urgence lorsque l'utilisateur provient d'une installation ayant un type 19 (Service d'urgence) ou une installation désignée de stabilisation ayant un type 17 (CLSC) telle que définie dans la liste des installations désignées de stabilisation de la section 2.1.6 du présent chapitre. Autrement, inscrire le code d'installation identifié uniquement comme première installation visitée.
- 2.1.8 Si l'utilisateur a été admis à l'installation de provenance aucune séquence d'urgence de cette installation ne doit être complétée.
- 2.1.9 Les usagers transférés ou référés exclusivement pour des services de réadaptation sont exclus du système d'information du registre des traumatismes.
Attention, pour être considéré comme de la réadaptation, votre installation doit détenir une unité structurée de réadaptation au permis et les usagers doivent être admis directement dans l'un de ces lits.
- 2.1.10 Pour toutes les installations fréquentées à l'urgence, saisir tous les renseignements associés.
- 2.1.11 Afin d'être conforme à la procédure de codage de l'AIS, dans le cas de fractures multiples, codifier en CIM-10-CA chacune des fractures. De plus, il est possible d'ajouter le code de fractures multiples, s'il est présent.

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.1 Présence

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'usager et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☒	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☒	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☒	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☒	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☒	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☒	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
036 Heure de départ de l'ambulance de	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.1 Présence

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
la scène						
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☐	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations	☐	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.1 Présence

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
073 Date de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.1 Présence

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.1 Présence

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
145 Code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☒	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☐	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS_ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☒	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.1 Présence

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
183 Code complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☒	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☒	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☒	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☒	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☒	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.2 Format

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☒	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☒	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☒	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☒	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☒	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☒	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☒	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☒	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☒	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☒	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☒	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☒	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☒	☐	☐	☐	☐	☐
036 Heure de départ de l'ambulance de	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.2 Format

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
la scène						
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☒	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☒	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations	☐	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.2 Format

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
073 Date de consultation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☒	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☒	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux	☒	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.2 Format

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☒	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☒	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☒	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☒	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☒	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☒	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☒	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☒	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.2 Format

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☒	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☒	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☒	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☒	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☒	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☒	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☒	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☒	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☒	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.2 Format

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☐	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☐	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.3 Valeur

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☒	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☒	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☒	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☒	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☒	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☒	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☒	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☒	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☒	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☒	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☒	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☒	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☒	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☒	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☒	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☒	☐	☐	☐	☐	☐
036 Heure de départ de l'ambulance de	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.3 Valeur

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
la scène						
037 IHV	☒	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☒	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☒	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☒	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☒	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☒	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☒	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☒	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☒	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☒	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☒	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations	☐	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.3 Valeur

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
073 Date de consultation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☒	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☒	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☒	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☒	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☒	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☒	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☒	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.3 Valeur

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
110 Type de respiration	☒	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☒	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☒	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☒	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☒	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☒	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☒	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☒	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☒	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☒	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☒	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☒	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☒	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☒	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.3 Valeur

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
146 Description du code du traitement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☒	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☒	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☒	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☒	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☒	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☒	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☒	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☒	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☒	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☒	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☒	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☒	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☒	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☒	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS ISS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☒	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☒	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☒	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.3 Valeur

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
184 Description du code de complication	☒	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☒	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☒	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☒	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☒	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☒	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☒	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☒	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☒	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☒	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☒	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☒	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.4 Position

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'usager et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☐	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☐	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.4 Position

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☐	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations	☐	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
073 Date de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.4 Position

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
074 Heure de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.4 Position

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
111 Tension artérielle systolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.4 Position

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
148 Code d'attribut de situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☐	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS_ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.1 Validation sur l'élément

Sous-section 3.1.4 Position

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
186 Comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☐	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☐	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.1 Correspondance simple

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'usager et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☐	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☐	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom (avec 009)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom (avec 009)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance (avec 009)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe (avec 009)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme (avec 011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence (avec 014)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion (avec 063, 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale (avec 022)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail (avec 021)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme (avec 021)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule (avec 024)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection (avec 024)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène (avec 032, 033)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.1 Correspondance simple

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
<u>scène (avec 032, 033)</u>						
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène (avec 032, 035)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
037 IHV (avec 024, 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération (avec 024, 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier (avec 032)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation (avec 048)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence (avec 056)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence (avec 054)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence (avec 053)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence (avec 056)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence (avec 056, 058)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence (avec 056, 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence (avec 056)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence (avec 056, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence (avec 056, 187, 188, 189)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence (avec 060, 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence (avec 060,	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.1 Correspondance simple

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
063)						
068 Don d'organe à l'urgence (avec 060, 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations (avec 051, 056, 070)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation (avec 056)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation (avec 070)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation (avec 071)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
073 Date de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation (avec 073)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission (avec 076)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission (avec 060, 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission (avec 080)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire (avec 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation (avec 060, 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation (avec 083)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert (avec 086)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ (avec 083)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie (avec 086)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner (avec 086)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe (avec 086)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission (avec 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission (avec 094, 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission (avec 060, 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission (avec 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins (avec 097)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins (avec 060, 063, 096)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions (avec 097)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.1 Correspondance simple

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
(avec 060, 063)						
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins (avec 099)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins (avec 101)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux (avec 056, 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
110 Type de respiration (avec 103,109)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS (avec 103)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool (avec 119, 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience(avec 122)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho (avec 125)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique (avec 127)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse (avec 129)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation (avec 131)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.1 Correspondance simple

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
133 Date gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie (avec 133)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates (avec 135)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale (avec 138)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale (avec 140)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale (avec 142)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements (avec 145)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement (avec 056, 151)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement (avec 145)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire (avec 154)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique (avec 157)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique (avec 157)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.1 Correspondance simple

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
168 Structure anatomique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire (avec 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2 (avec 171)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3 (avec 172)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4 (avec 173)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5 (avec 174)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS_ISS (avec 007, 011, 120, 176, 179)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine (avec 187, 193)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos (avec 187)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.1 Correspondance simple

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.2 Correspondance verticale

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'utilisateur et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☐	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période (avec 011, 051, 083)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie (avec 005, 006, 007, 008, 010)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.2 Correspondance verticale

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
scène						
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☐	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation (avec 046)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence (avec 054)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée (avec 056)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence (avec 064)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.2 Correspondance verticale

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
consultations						
070 Domaine de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
073 Date de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission (avec 077)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation (avec 076)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission (avec 092, 095)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ (avec 087)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission (avec 092, 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission (avec 092, 095)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.2 Correspondance verticale

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
104 Heure de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.2 Correspondance verticale

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
médicale						
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
146 Description du code du traitement (avec 145)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation (avec 145)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu (avec 145)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue (avec 145)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure (avec 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique (avec 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique (avec 165, 168)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.2 Correspondance verticale

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
174 Code DX-4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☐	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS (avec 164, 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS_ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS (avec 164, 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
184 Description du code de complication (avec 183)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☐	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☐	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.3 Correspondance relationnelle

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'usager et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☐	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période (avec 011, 051, 083)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance (avec 011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie (avec 010)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM (avec 009)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme (avec 007, 027)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence (avec 014, 015)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence (avec 013)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence (avec 013)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme (avec 018)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme (avec 017)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale (avec 010, 014, 015)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification (avec 027)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène (avec 011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.3 Correspondance relationnelle

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
la scène (avec 011, 012, 033)						
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène (avec 033, 034, 035)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☐	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation (avec 011, 033, 035)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation (011, 012, 033, 034, 035, 036, 048)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence (avec 051, 054)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence (avec 048, 051, 056)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence (avec 048, 049, 051, 056, 058)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence (avec 051, 058)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence (avec 058, 059, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence (avec 051, 056, 064)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence (avec 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.3 Correspondance relationnelle

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations	☐	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation (avec 060, 071)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation (avec 058, 069)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation (avec 058, 059, 069, 071, 070)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
073 Date de consultation (avec 069, 071, 070)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation (avec 070, 069, 071, 072, 073, 083, 084)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission (avec 051, 056, 060, 063, 077, 079)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission (avec 051, 056, 076, 063, 077)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission (avec 011, 051, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission (avec 051, 061, 062, 080)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation (avec 080, 096, 101)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation (avec 080, 081, 083, 096, 101, 102)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert (avec 080, 083)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ (avec 086)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission (avec 092, 094, 095)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission (avec 083, 084, 092, 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins (avec 096, 099, 100)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.3 Correspondance relationnelle

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins (avec 092, 094, 096, 097)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins (avec 092, 095, 096)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins (avec 097, 096, 099)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins (avec 083, 084, 096, 101, 099, 100)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux (avec 056, 058, 083)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux (avec 051, 056, 058, 059, 103, 080, 081, 083, 084)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS (avec 105, 106, 107)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS (avec 108, 109, 111)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience (avec 110)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho (avec 056, 058, 060, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho (avec 056, 058, 059, 125, 061, 062)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique (avec 056, 058, 060, 061, 080, 083)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique (avec 056, 058, 059, 061, 062, 080, 081, 083, 084, 127)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse (avec 056, 058, 060, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.3 Correspondance relationnelle

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
130 Heure d'installation de l'intraveineuse (avec 056, 058, 059, 061, 062, 129)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation (avec 056, 058, 060, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation (avec 056, 058, 059, 061, 062, 131)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie (avec 056, 058, 060, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie (avec 056, 058, 059, 061, 062, 133)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates (avec 056, 058, 060, 061)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates (avec 056, 058, 059, 061, 062, 135)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale (avec 060)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale (avec 138)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale (avec 056, 058, 080, 137, 138)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale (avec 056, 058, 059, 061, 062, 080, 081, 083, 084, 137, 140)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale (avec 056, 061, 083, 137, 138, 140)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale (avec 056, 058, 059, 061, 062, 080, 081, 083, 084, 137, 140, 141, 142)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement (avec 060)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement (avec 056, 058, 061, 080, 083, 144)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement (avec 056, 058, 059, 061, 062, 080, 081, 083, 084, 144, 151)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement (avec 080)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire (avec 153)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire (avec 144, 151, 152, 153, 154)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique (avec 011, 156, 157)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique (avec 011, 012, 156, 157)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.3 Correspondance relationnelle

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique (avec 156)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique (avec 083, 084, 156, 157, 158, 159)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux (avec 060, 063)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge (avec 161)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge (avec 080, 081, 083, 084, 162)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☐	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC (avec 164, 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire (avec 164, 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances (avec 092, 093 et 165)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☐	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.3 Correspondance relationnelle

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
195 Culture cellulaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☐	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.4 Correspondance hiérarchique

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'usager et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☐	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☐	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme (avec 027)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme (avec 025, 026)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation (avec 033, 034, 035, 036, 037, 038, 039, 040, 041, 042, 043, 044, 045)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.4 Correspondance hiérarchique

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☐	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence (avec 053)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence (avec 051)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence (avec 051, 053)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence (avec 076)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations	☐	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation (avec 069)	☒	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.4 Correspondance hiérarchique

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
071 Date de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
073 Date de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission (avec 092, 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ (avec 085, 087, 088)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ (avec 086, 088)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission (avec 092)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.4 Correspondance hiérarchique

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée (avec 120)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience (avec 123)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale (avec 137)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.4 Correspondance hiérarchique

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
médicale						
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement (avec 144)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique (avec 156)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS (avec 164, 167, 168, 169)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☐	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.2 Validation inter-élément

Sous-section 3.2.4 Correspondance hiérarchique

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication (avec 182)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité (avec 185)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☐	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☐	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.1 Recherche de doublons

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'usager et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☐	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☐	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme (avec 004, 011)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme (avec 003, 004)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.1 Recherche de doublons

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☐	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
073 Date de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.1 Recherche de doublons

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
074 Heure de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.1 Recherche de doublons

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
111 Tension artérielle systolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☒	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.1 Recherche de doublons

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☐	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS_ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.1 Recherche de doublons

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
185 Numéro de séquence de comorbidité (avec 003)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☐	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☐	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.2 Recherche de caractéristiques communes

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
Renseignements sur l'usager et l'évènement						
001 Code installation fournisseur de données	☐	☐	☐	☐	☐	☐
002 Période	☐	☐	☐	☐	☐	☐
003 Numéro du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
004 Numéro de dossier médical	☐	☐	☐	☐	☐	☐
005 Nom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
006 Prénom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
007 Date de naissance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
008 Sexe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
009 Numéro d'assurance maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
010 Raison d'absence du NAM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
011 Date du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
012 Heure du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
013 Code géographique de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
014 Code postal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
015 Code municipal de la résidence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
016 Indicateur exclusion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
017 Code géographique du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
018 Code municipal du lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
019 Code cause externe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
020 Code d'activité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
021 Assurance médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
022 Traumatisme durant le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
023 Lieu du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
024 Cause du traumatisme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
025 Code rôle usager véhicule	☐	☐	☐	☐	☐	☐
026 Matériel de protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐
027 Date de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
028 Code identifiant de création	☐	☐	☐	☐	☐	☐
029 Date de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
030 Code identifiant de modification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
031 Statut du dossier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services préhospitaliers						
032 Mode transport à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
033 Date d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
034 Heure d'arrivée de l'ambulance sur la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
035 Date de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
036 Heure de départ de l'ambulance de la scène	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.2 Recherche de caractéristiques communes

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
037 IHV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
038 Désincarcération	☐	☐	☐	☐	☐	☐
039 IPT	☐	☐	☐	☐	☐	☐
040 Fréquence Respiratoire préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
041 Pouls préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
042 Tension artérielle systolique préhospitalière	☐	☐	☐	☐	☐	☐
043 A.V.P.U sur la scène de l'accident	☐	☐	☐	☐	☐	☐
044 Oxygène préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
045 Pourcentage de saturation en oxygène au préhospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
046 Code de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
047 Nom de la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
048 Date d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
049 Heure d'arrivée à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
050 Numéro de dossier médical à la première installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'urgence						
051 Numéro de séquence de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
052 Mode de transport à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
053 Type de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
054 Code installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
055 Nom de l'installation de provenance à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
056 Code de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
057 Nom de l'installation fréquentée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
058 Date d'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
059 Heure d'arrivée à l'urgence (avec 051, 058)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
060 Statut à l'arrivée à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
061 Date de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
062 Heure de départ de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
063 Type de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
064 Code d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
065 Nom d'installation de destination de l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
066 Autopsie à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
067 Cas coroner à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
068 Don d'organe à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
069 Numéro de séquence des consultations	☐	☐	☐	☐	☐	☐
070 Domaine de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
071 Date de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
072 Heure de demande de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.2 Recherche de caractéristiques communes

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
073 Date de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
074 Heure de consultation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements de l'admission et du départ						
075 Mode de transport à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
076 Type de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
077 Code d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
078 Nom d'installation de provenance à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
079 Indicateur régionalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
080 Date de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
081 Heure de l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
082 Admission directe au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
083 Date de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
084 Heure de départ de l'installation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
085 Date de demande de transfert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
086 Type de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
087 Code d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
088 Nom d'installation de destination au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
089 Autopsie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
090 Cas coroner	☐	☐	☐	☐	☐	☐
091 Don d'organe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
092 Numéro de séquence du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
093 Code du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
094 Date du service d'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
095 Heure du service d'admission (avec 003, 092, 094)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
096 Numéro de séquence de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
097 Unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
098 Précisions	☐	☐	☐	☐	☐	☐
099 Date d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
100 Heure d'arrivée à l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101 Date de sortie de l'unité de soins	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102 Heure de sortie de l'unité de soins (avec 003, 096, 101)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Signes vitaux						
103 Date de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
104 Heure de prise des signes vitaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
105 Ouverture des yeux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
106 Réponse verbale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
107 Réponse motrice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
108 GCS	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.2 Recherche de caractéristiques communes

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
109 Respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
110 Type de respiration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
111 Tension artérielle systolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
112 Tension artérielle diastolique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
113 Oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
114 Pourcentage de saturation en oxygène	☐	☐	☐	☐	☐	☐
115 Pouls	☐	☐	☐	☐	☐	☐
116 Température	☐	☐	☐	☐	☐	☐
117 Pression intracrânienne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
118 RTS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Examens et Traitements						
119 Intoxication alcool suspectée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
120 Taux intoxication alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
121 Intoxication drogue/médicaments	☐	☐	☐	☐	☐	☐
122 Modification artificielle de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
123 Type de modification de l'état de conscience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
124 Évaluation radiologique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
125 Date du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
126 Heure du FAST écho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
127 Date d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
128 Heure d'installation du drain thoracique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
129 Date d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
130 Heure d'installation de l'intraveineuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
131 Date de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
132 Heure de l'intubation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
133 Date gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
134 Heure gazométrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
135 Date dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
136 Heure dosage des lactates	☐	☐	☐	☐	☐	☐
137 Numéro de séquence de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
138 Type d'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
139 Région du corps de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
140 Date de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
141 Heure de demande de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
142 Date de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
143 Heure de réalisation de l'imagerie médicale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
144 Numéro de séquence des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
145 Code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.2 Recherche de caractéristiques communes

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
146 Description du code du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
147 Nombre de traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐
148 Code d'attribut de situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
149 Code d'attribut de lieu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
150 Code d'attribut d'étendue	☐	☐	☐	☐	☐	☐
151 Date du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
152 Heure du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
153 Lieu du traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
154 Date de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
155 Heure de sortie du bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
156 Numéro de séquence de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
157 Date de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
158 Heure de début de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
159 Date d'arrêt de ventilation mécanique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
160 Heure d'arrêt de ventilation mécanique (avec 003, 156, 159)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
161 Traitements paramédicaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
162 Date de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
163 Heure de prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostics						
164 Numéro de séquence du code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
165 Code AIS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
166 Vérification	☐	☐	☐	☐	☐	☐
167 Région du corps de la blessure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
168 Structure anatomique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
169 Structure anatomique spécifique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
170 Structure anatomique spécifique supplémentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
171 Code DX-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
172 Code DX-2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
173 Code DX-3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
174 Code DX-4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
175 Code DX-5	☐	☐	☐	☐	☐	☐
176 ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
177 PS ISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
178 NISS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
179 Lésion pénétrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
180 TCC	☐	☐	☐	☐	☐	☐
181 Blessure Médullaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
182 Numéro de séquence des complications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
183 Code complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe 3 - Validations

Section 3.3 Validation inter-enregistrement

Sous-section 3.3.2 Recherche de caractéristiques communes

	À la saisie		À l'établissement		Au central	
	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel	Automatique	Manuel
184 Description du code de complication	☐	☐	☐	☐	☐	☐
185 Numéro de séquence de comorbidité	☐	☐	☐	☐	☐	☐
186 Comorbidité (avec 185)	☒	☐	☐	☐	☐	☐
Renseignements grands brûlés						
187 Circonstances	☐	☐	☐	☐	☐	☐
188 Type de brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
189 Race	☐	☐	☐	☐	☐	☐
190 Occupation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
191 Poids à l'admission	☐	☐	☐	☐	☐	☐
192 Poids au départ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
193 Inhalation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
194 Taux de carboxyhémoglobine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
195 Culture cellulaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
196 Greffe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
197 Utilisation des ressources	☐	☐	☐	☐	☐	☐
198 Description de la brûlure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
199 Brûlure antérieure	☐	☐	☐	☐	☐	☐
200 SARM	☐	☐	☐	☐	☐	☐
201 ERV	☐	☐	☐	☐	☐	☐
202 Vasopresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
203 Emplacement photos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information complémentaire						
204 Champ variable	☐	☐	☐	☐	☐	☐