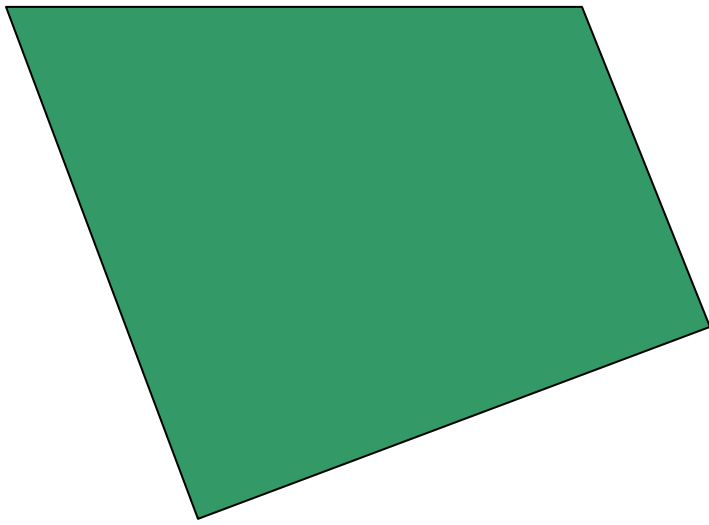




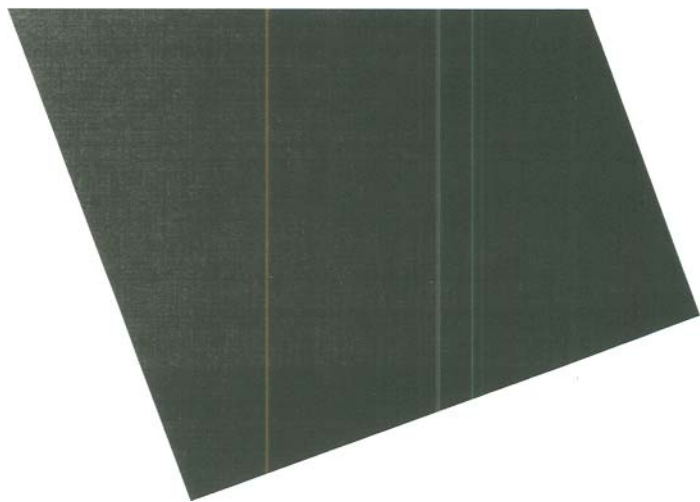
CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987
Révision : Avril 2011

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 



CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2011

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2011

NOTE

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

Table générale des matières

Introduction

Mise à jour

Chapitre 1 Présentations

Chapitre 2 Information générale

Chapitre 3 Description des éléments

Chapitre 4 Validation

Chapitre 5 Tables pour la validation des données

Chapitre 6 Transmission des données au MSSS

Chapitre 7 Rapports médico-hospitaliers et références

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

MISE À JOUR

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

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

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

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

3.37.5.3 Mode de diagnostic

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION
2010-04-01	Format de tables	5.1.1 Table de validation des diagnostics 5.2 Morphologie des tumeurs 5.3.1 Table de validation des interventions
2011-04-01	Nouvelles validations	4.ii Diagnostics et interventions 4.20B Type de destination 4.22H Type de soins 5.1.1 Table des diagnostics
2011-04-01	Modification de validations	4.2I, Topographie de la tumeur 4.10U, 4.16H, 4.19ABC et G 3.30 et Diagnostic principal 4.10K 4.13A Nombre de jours de congé temporaire
2011-04-01	Ajout de domaine de valeur	3.29 Type de destination (60) 3.31.1 Code de service (42)
2011-04-01	Précision au texte	2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie 2.5G Précisions aux fournisseurs 3.37 Tumeur 3.37.5.2 Morphologie de la tumeur
2011-04-01	Transmission d'éléments	3.9.2 Nom de l'utilisateur 3.9.3 Prénom de l'utilisateur
2011-04-01	Codes de diagnostics à transmettre	3.37.5.1 Topographie de la tumeur
2011-04-01	Modification priorité de transmission	6.2 Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ

CHAPITRE 1 Présentations

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
1.1	Présentation de l'édition de mars 1988
1.2	Présentation de la révision de mai 1992
1.3	Présentation de la révision de novembre 1997
1.4	Présentation de la révision d'avril 2006

CHAPITRE 1 Présentations

Division 1.1 Présentation de l'édition de mars 1988

En route vers l'autonomie locale...

Beaucoup de papier à l'entrée, beaucoup de papier à la sortie. Cette expression imagée illustre remarquablement bien le mode d'opération actuel du système MED-ÉCHO. Pour parodier, on pourrait dire que c'est la société du papier à son meilleur.

Plus explicitement, il y a lieu de dire que le cœur de MED-ÉCHO bat à un rythme passablement régulier. En effet, d'année en année, MED-ÉCHO reçoit et traite au-delà de 800 000 formulaires AH-101P et produit plus de 30 000 listes, index et rapports pour le seul secteur des archives médicales.

Bien que ces statistiques soient impressionnantes, elles suscitent des interrogations d'un autre ordre quand on les examine au regard de l'évolution rapide des technologies de l'information au cours de ces dernières années, dont l'un des faits saillants a été l'apparition du micro-ordinateur.

En effet, si la gestion centralisée du système MED-ÉCHO était de mise à l'époque où le gros ordinateur dominait la scène informatique, les nouvelles conditions d'exercice du support informationnel se prêtent moins bien à un tel mode de gestion.

À l'aube des années 80, des efforts ont été déployés en vue d'accroître la transmission des données MED-ÉCHO sur ruban magnétique. Ces efforts visant à informatiser les opérations de MED-ÉCHO à la source ont connu peu de succès, parce qu'ils s'appuyaient sur un simple transfert des opérations du central vers le local, d'où un strict déplacement de la charge de travail.

Néanmoins, il apparaissait paradoxal que ce mode de gestion centralisée persiste en dépit de l'informatisation grandissante des données des services d'admission des centres hospitaliers, quand il suffisait d'élargir la portée de cette évolution informatique pour lui faire couvrir l'ensemble de l'épisode de soins hospitaliers.

CHAPITRE 1

Division 1.2 Présentation de la révision de mai 1992

L'une des faiblesses marquantes du développement informatique mis en œuvre était son appui sur des démarches purement locales, d'où l'absence d'un plan d'ensemble et de stratégies globales.

C'est ainsi qu'est né le projet d'autonomie locale dont le nom officiel est «Système hospitalier de gestion des informations MED-ÉCHO». En plus de mettre l'accent sur l'informatisation à la source des informations de MED-ÉCHO, ce projet permet aussi de créer une banque de données locales, c'est-à-dire d'assurer à l'installation l'exploitation autonome de ses données. Cette approche, à la lumière des premières expériences tentées, constitue le point névralgique du projet, puisque le passage de la gestion centralisée à la gestion décentralisée doit s'appuyer sur un caractère utilitaire pour l'installation.

En même temps, ce projet permet d'assurer le développement de solutions informatiques locales dans un cadre de référence commun et à un coût abordable, dans l'esprit d'un effort de concertation de tous les intervenants.

Au cours de la réalisation de ce projet, le Ministère a conçu et développé le cadre normatif de MED-ÉCHO, dont la fonction est de présenter, d'une manière articulée et détaillée, les exigences rattachées à la banque centrale de données (la couverture du système, le contenu en données, la validation des données, etc.) et les spécifications informatiques et administratives pertinentes à la soumission des données au système MED-ÉCHO par l'intermédiaire de moyens informatiques.

Le cadre normatif est la pierre angulaire sur laquelle doit s'appuyer tout nouveau projet de développement informatique des installations visant leur autonomie à l'égard du système MED-ÉCHO.

Au-delà de la réalisation de ce projet, il convient de vous rappeler que le choix des fournisseurs informatiques relève de la stricte compétence des installations et que le marché du développement de logiciels MED-ÉCHO est ouvert à toutes les firmes informatiques intéressées.

Nous espérons que cette mise en commun des efforts aura pour effet de stimuler l'évolution vers la décentralisation du système MED-ÉCHO.

Cette révision du cadre normatif apporte des précisions additionnelles et des modifications au niveau des variables suivantes :

- masse à la naissance (demandée pour tous les enfants de moins de 29 jours de vie à l'admission) ;
- service (ajout d'un service) ;
- spécialité du médecin (ajout d'une spécialité) ;

CHAPITRE 1

Division 1.2 Présentation de la révision de mai 1992

— diagnostic (cinquième position pour le code 250 de CIM-9, diabète).

Veillez noter que pour cette révision, les changements apportés aux texte ne tiennent pas compte de la nouvelle terminologie utilisée dans le projet de loi 120 « sur les services de la santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives ».

CHAPITRE 1

Division 1.3 Présentation de la révision de novembre 1997

Voilà qui est fait, les centres hospitaliers fonctionnent en autonomie locale.

Depuis avril 1996, les centres hospitaliers ont acquis ou créé une solution informatique leur permettant de capter et de traiter localement l'information sur les hospitalisations en soins de courte durée et en chirurgie d'un jour. De cette information recueillie depuis l'arrivée de l'usager jusqu'à son départ, les données qui, après consensus, présentaient un intérêt tant pour le MSSS que pour les centres hospitaliers sont extraites des fichiers locaux et transmises à la banque provinciale MED-ÉCHO.

Les données consignées dans le système proviennent donc des « centres hospitaliers », c'est-à-dire de chaque installation dont le permis implique une telle mission. Comme la mission de « centre hospitalier » couvre tous les types de soins de courte durée (les soins généraux, les soins spécialisés et les soins psychiatriques), les modifications nécessaires ont été apportées au cadre normatif pour y inclure les spécifications propres aux centres hospitaliers ayant une spécialité ou une classe de soins psychiatriques. Ainsi, l'information sur les séjours hospitaliers en soins actifs, autant physiques que psychiatriques, sera emmagasinée dans la banque de données MED-ÉCHO.

Pour les centres hospitaliers psychiatriques, l'information sur les usagers hébergés ou traités en soins de longue durée sera aussi transmise à MED-ÉCHO. Pour ce groupe d'usagers, des directives ont été ajoutées au présent cadre normatif pour la collecte des données pertinentes et leur acheminement vers le système MED-ÉCHO. Ces données seront lues par le système MED-ÉCHO pour être ensuite transférées en totalité dans le fichier d'hygiène mentale. Les données ne seront pas conservées au fichier MED-ÉCHO, elles ne feront qu'y transiter avant d'être transférées dans leur fichier d'appartenance. Cette façon de procéder permettra aux centres hospitaliers psychiatriques de n'utiliser qu'un seul logiciel et de n'effectuer qu'une seule transmission périodique des données de leurs deux groupes d'usagers, celui des soins de courte durée et celui qui est hébergé ou en soins de longue durée. Pour ces centres, la « fiche d'admission/radiation » du fichier d'hygiène mentale et le « sommaire hebdomadaire du mouvement des usagers » seront abolis (formulaires AS-219 et AS-612).

Quant aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, ils n'auront plus à transmettre au système MED-ÉCHO l'information sur leurs usagers hébergés ou en soins de longue durée. D'ici le déploiement du système SICHELD (système d'information clientèle en centre d'hébergement et en soins de longue durée) conçu pour la collecte d'information pour ce type d'usagers, les données les concernant seront traitées et conservées localement.

CHAPITRE 1

Division 1.3 Présentation de la révision de novembre 1997

Pour la présente version du cadre normatif, des valeurs ont été ajoutées ou enlevées aux éléments suivants :

- type d'admission ;
- types de provenance et de destination ;
- codes de services ;
- spécialité du médecin ;
- lieu du traitement .

D'autres modifications ont aussi été apportées au manuel afin d'en harmoniser la terminologie avec celle des textes de loi et des manuels de références. Les pages ainsi révisées portent la mention de mise en vigueur datée du 97-11-11.

Même si elles ne sont pas encore exigées, de nouvelles variables devront éventuellement être transmises au système MED-ÉCHO. Cependant, la date de leur entrée en vigueur n'a pas encore été arrêtée. Il s'agit des données suivantes :

- heures d'admission et de sortie ;
- risque anesthésique ;
- temps opératoire ;
- grade de la tumeur ;
- stade de la tumeur ;
- nombre d'accouchements antérieurs* ;
- nombre d'avortements spontanés antérieurs* ;
- nombre d'avortements provoqués antérieurs*.

* Pour les séjours hospitaliers avec un diagnostic CIM-9 635.9 (avortement provoqué légal).

CHAPITRE 1

Division 1.4 Présentation de la révision d'avril 2006

La révision du cadre normatif pour 2006 a pour but d'implanter de nouvelles classifications médicales et de transférer le système MED-ÉCHO central dans l'environnement de la RAMQ.

Les classifications qui servent à coder les diagnostics et les traitements sont remplacées par des versions plus actuelles. La CIM-9 et la CCA sont respectivement remplacées par la dixième révision de la Classification internationale des maladies version canadienne (CIM-10-CA) et la Classification canadienne des interventions (CCI).

À l'occasion du redéveloppement du système central à la RAMQ, de nouvelles variables sont transmises au système central.

À compter du 1^{er} avril 2006, le cadre normatif du système MED-ÉCHO fera l'objet de mise à jour annuelle : ajouts de codes, retraits de codes, ajouts de nouveaux éléments, modifications aux validations, etc. Le système MED-ÉCHO local devra supporter la version du cadre normatif en vigueur pour chaque année de référence. Ainsi, les tables et les validations sont applicables pour une année donnée et d'autres sont applicables pour une autre année.

Les pages qui ont été révisées pour la version 2006 sont identifiées par la date de révision. Lorsque des modifications mineures ont été apportées au texte, la date de révision n'a toutefois pas été modifiée.

Éléments ajoutés¹

- Ajout d'un autre élément dans le cas d'accident : lieu de l'accident puisque la CIM-10-CA prévoit que le lieu est précisé dans un code distinct de celui de la cause externe.
- Le bloc traitement passe de 9 à 20 traitements.
- Dans chaque « bloc traitement » trois variables sont ajoutées pour coder les attributs de la CCI : attribut de situation, attribut de lieu et attribut d'étendue.
- Le prénom et le nom de l'utilisateur doivent être acheminés pour tous les abrégés afin d'effectuer une meilleure validation des données d'identification.
- Le nom du père et le prénom de la mère dans les cas de tumeurs sont transmis.
- L'heure d'admission et l'heure de sortie doivent être acheminées.
- Le diagnostic d'admission tel que définit par le Collège des médecins du Québec dans son guide sur la tenue de dossiers et inscrit sur la feuille sommaire.
- Le bloc « autres diagnostics » passe de 15 à 25.

1. Pour l'ajout de certains éléments, une modification au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements est nécessaire.

CHAPITRE 1

Division 1.4 Présentation de la révision d'avril 2006

Modifications des formats et ajout de domaines de valeur

- Les éléments référant à un diagnostic passent de 5 alphanumérique à 7 alphanumérique. Il s'agit des éléments : Diagnostic principal, diagnostic (service), diagnostic (autres diagnostics), cause immédiate de décès, code d'accident et topographie de la tumeur.
- L'élément code d'intervention passe de 5 numérique à 10 alphanumérique.
- L'élément morphologie de la tumeur passe de 5 numérique à 6 numérique.
- Les éléments « caractéristique du diagnostic » passent du format numérique au format alphanumérique et des domaines de valeur sont ajoutés pour « autres diagnostics ».

Validations et tables de validation

Les validations unitaires qui référaient à une des classifications ont été converties et de nouvelles validations sont introduites.

Les tables de validation 5.1.1, 5.2 et 5.3.1 sont effectuées à partir des nouvelles classifications. Les codes de chapitre et de la rubrique ont été retirés des tables 5.1.1 et 5.3.1 et sont disponibles par le biais de tables qui sont mentionnées dans la division des diagnostics ou celles des traitements.

Trois tables de validation des attributs et trois tables de description de ceux-ci sont ajoutées.

Des valeurs ont été ajoutées à la variable sexe des tables 5.1.1 et 5.3.1

Transmission des données

Le chapitre 6 sur la transmission de données a été revu en fonction du développement du système central.

Des modifications ont été effectuées aux normes de transmission lorsqu'on réfère à la caractéristique du diagnostic, aux noms et prénoms de l'utilisateur, de son père et de sa mère.

Liens avec le fichier Hygiène mentale

Les références au fichier d'hygiène mentale ont été retirées du cadre normatif. La transmission de ces données fait présentement l'objet d'une analyse. Comme il n'y a pas de décision définitive dans ce dossier, il est préférable de ne pas faire de développement pour supporter la classification CIM-10-CA. Toutefois, si l'application prévoit déjà la possibilité de transmettre ces données, il serait préférable de conserver les développements existants en CIM-9 car ceux-ci pourraient servir de base ultérieurement.

CHAPITRE 1

Division 1.4 Présentation de la révision d'avril 2006

Modifications éventuelles

Après chaque diagnostic et chaque traitement, une variable (alphanumérique-1) sera éventuellement créée afin d'ajouter une précision. Cette variable serait validée par une table contenant le code valide, du diagnostic ou du traitement, et le code valide de la précision.

Le nombre total de jours comptabilisés à l'ensemble des unités de soins intensifs pourraient également être demandé.

Informations additionnelles

Pour toute information additionnelle concernant le cadre normatif MED-ÉCHO ou le système MED-ÉCHO, pour consultation ou rencontre, le service du soutien aux opérations de l'informationnel de la RAMQ demeure disponible. Il suffit de communiquer avec nous soit par téléphone, par télécopieur ou par écrit à l'adresse suivante :

Service du soutien aux opérations de l'informationnel – MED-ÉCHO
Direction de l'analyse et de la gestion de l'information
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, chemin Saint-Louis, Dépôt de courrier C311
Sillery (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 418 682-5124
Télécopieur : 418 643-5468

CHAPITRE 2 Information générale

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
2.1	Rayonnement du système
2.2	Lexique
2.3	Particularités du système
2.4	Abrégé informatisé d'admission/sortie
2.5	Précisions pour les fournisseurs

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.1 Rayonnement du système

1) LES FOURNISSEURS DE DONNÉES

Le cadre normatif s'adresse aux installations dont le permis comprend la mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et de centre hospitalier de soins psychiatriques.

Pour ces centres hospitaliers, les données à transmettre se rapportent à tout usager :

- 1° admis en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;
- 2° admis en centre hospitalier de soins psychiatriques, à l'exclusion des places en hébergement et en soins de longue durée ;
- 3° inscrit en chirurgie d'un jour.

2) LES UTILISATEURS DE DONNÉES

La banque de données MED-ÉCHO est utilisée par le personnel du MSSS, le personnel du réseau et les chercheurs du domaine de la santé.

3) LIEN AVEC D' AUTRES SYSTÈMES D'INFORMATION

En plus de contenir de l'information clinique et administrative sur chaque séjour hospitalier en soins de courte durée, cet immense réservoir de données qu'est le système MED-ÉCHO sert aussi de fichier-source à d'autres banques, permettant ainsi de les actualiser, de les compléter ou encore de les commencer. Il donne à ces autres fichiers la possibilité d'obtenir de l'information de très haute qualité tout en libérant les installations de l'obligation de transmettre à nouveau les mêmes données.

a) Lien avec le système canadien sur la morbidité hospitalière

Annuellement, une partie de l'information contenue dans le système MED-ÉCHO, les données sociosanitaires et médicales plus précisément, est transmise au système canadien pour la création de la banque nationale sur la morbidité hospitalière. Chaque province participe à la constitution de cette banque à partir de laquelle un profil canadien des causes d'hospitalisation peut être dressé.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.1 Rayonnement du système

b) Lien avec le fichier Québécois des DRG (diagnostics regroupés pour la gestion)

Annuellement, les données nécessaires sont acheminées vers le logiciel Grouper pour la formation du fichier des DRG (diagnostics regroupés pour la gestion) et la production de rapports d'études et de publications comparatives à partir de ces données. *(Ce paragraphe sera adapté à la nouvelle situation lorsque le Ministère aura choisi le système de regroupement qu'il utilisera avec les nouvelles classifications).*

c) Lien avec le fichier Québécois des tumeurs

Le système MED-ÉCHO reçoit les transactions destinées au fichier de tumeurs du Québec. Ces données sont extraites dès leur réception et transférées immédiatement au fichier des tumeurs pour la création du fichier des nouveaux cas de cancer au Québec. Les données médicales d'oncologie sont aussi conservées dans le système MED-ÉCHO.

d) Lien avec le fichier québécois des tierces responsabilités

Mensuellement, l'information concernant les hospitalisations liées à un accident ou celles dont la responsabilité de paiement ne relèverait pas du MSSS est transmise au système des tierces responsabilités. Le MSSS a confié le mandat de la récupération de ces montants à la RAMQ.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.2 Lexique

Les définitions du présent lexique proviennent de différentes sources dont les textes de loi, les directives ministérielles et autres documents (voir l'annexe I). Pour une meilleure compréhension, les définitions ont été adaptées.

Abrégé d'admission/ sortie	Ensemble des informations à transmettre au système MED-ÉCHO pour chaque séjour hospitalier.
Admis	Statut d'une personne dans un CH ou en soins psychiatriques d'hébergement et de longue durée lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.
CCI	<i>Classification canadienne des interventions</i>
CH	Centre hospitalier
Chirurgie d'un jour	Ensemble d'activités structurées et organisées pour des interventions chirurgicales reposant sur des protocoles préopératoires et postopératoires, et qui sont destinées à des usagers inscrits qui se présentent à l'hôpital et reçoivent leur congé le jour même de l'intervention.
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, Canada
CIM-O3	<i>Classification internationale des Maladies – Oncologie, 3^e édition</i> . Seule la section morphologie de cette classification est utilisée dans le système MED-ÉCHO.
CLSC	Centre local de services communautaires.
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.
CR	Centre de réadaptation.
Date	Les dates sont présentées selon le système international (SI) : <i>annum</i> (année), <i>mensis</i> (mois), <i>dies</i> (jour).
Déplacement	Terme utilisé pour un usager admis qui est physiquement dirigé vers une autre installation du même établissement pour y être admis.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.2 Lexique

	Ce terme est aussi utilisé pour indiquer qu'un usager est physiquement déplacé d'une unité d'un type de soins vers une unité d'un autre type de soins : chirurgie d'un jour, soins de courte durée, soins d'hébergement et de longue durée. La notion de déplacement implique un mouvement de l'usager entre installations ou unités de soins à l'intérieur du même établissement.
Établissement	Entité légale et administrative qui exploite ou gère une ou plusieurs installations.
Fournisseurs du système MED-ÉCHO	Toutes les installations qui ont une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. L'activité des installations de cette classe doit être transmise au fichier MED-ÉCHO selon les directives du cadre normatif. Toutes les installations qui ont une mission de centre hospitalier de soins psychiatriques. L'activité des installations de cette classe doit être transmise au fichier MED-ÉCHO selon les directives du cadre normatif.
Hôpital à domicile	Unité de soins extrahospitalière dotée d'éléments techniques limités.
Hospitalisation	Période définie par une date d'entrée et une date de sortie d'une personne pour le traitement d'un problème de santé nécessitant un séjour hospitalier. Pour certains centres hospitaliers, ce terme inclut l'hospitalisation à domicile (déplacement de la structure hospitalière au domicile du malade).
Inscrit	Statut d'une personne qui reçoit, dans un centre hospitalier, des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement, ou qui n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement. Pour le système MED-ÉCHO, il s'agit d'une personne inscrite en chirurgie d'un jour.
Installation	Entité physique où sont donnés des services de santé ou des services sociaux. Un établissement peut exploiter plusieurs installations.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.2 Lexique

Mission	Énoncé général du but de l'établissement, de sa raison d'être. Les missions possibles donnent lieu aux classes suivantes : — centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ; — centre hospitalier de soins psychiatriques ; — centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ; — centre de réadaptation (CR) ; — centre local de services communautaires (CLSC) ; — centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) .
Mouvement des usagers	Le mouvement des malades comprend le transfert, le déplacement et la référence (voir chacun de ces termes).
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux.
Permis ministériel	Permis délivré par le ministre indiquant la ou les classes déterminées selon la ou les missions et le type de l'établissement. Il indique aussi le numéro de l'établissement (siège social) et le numéro de chacune des installations (lieu où les soins sont donnés). On y trouve aussi le nombre de lits ou de places alloués pour chaque mission et pour certains services.
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec .
Référence	Terme utilisé pour le malade admis qui quitte l'installation pour son domicile avec un suivi médical externe par un CLSC ou un autre organisme. Dans le système MED-ÉCHO, seul le suivi par un CLSC est une donnée transmise, les autres types de suivis utilisés localement (ex. : en consultations externes) doivent être convertis en données de type 21 (domicile) pour la transmission au système MED-ÉCHO des données relatives au « type de destination » .
SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et en soins de longue durée (système actuellement en phase de déploiement).

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.2 Lexique

Sortie Pour les soins de courte durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et des centres hospitaliers de soins psychiatriques, départ après un séjour de l'utilisateur dans un seul et même type d'unité de soins d'une installation :

- en courte durée ;
- en chirurgie d'un jour .

Transfert Terme utilisé pour un malade admis qui est physiquement dirigé d'une installation d'origine vers l'installation d'un autre établissement pour y être admis.

La notion de transfert implique un mouvement du malade **HORS** installation et **HORS** établissement.

Usager Toute personne à qui sont fournis des services de santé ou des services sociaux.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.3 Particularités du système

A NOTION DE LIEU : ÉTABLISSEMENT VERSUS INSTALLATION

Jusqu'à récemment, le système MED-ÉCHO fonctionnait par installation, c'est-à-dire selon l'endroit où les soins étaient donnés. Comme, dans la majorité des cas, le lieu de la prestation des soins correspondait également à celui de l'établissement (entité légale et administrative), on pouvait donc dire que le système fonctionnait aussi selon l'établissement. Il n'y avait qu'une seule exception à cette règle : un établissement offrant des soins de courte durée dans deux de ses installations.

La réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux a eu comme conséquence la fusion et l'intégration des établissements de santé et de services sociaux amenant ces derniers à exploiter des installations pouvant avoir des missions différentes ou parfois identiques.

La question qui se posait était de savoir si MED-ÉCHO devait continuer à fonctionner par installation ou commencer à fonctionner par établissement .

La réponse a été fournie par le Comité d'évolution des systèmes d'information pour les clientèles hospitalières (CESI-CH) qui a décidé que le système MED-ÉCHO devait continuer à fonctionner par installation pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et de soins psychiatriques.

B NOTIONS DE SOINS : SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS VERSUS SOINS PSYCHIATRIQUES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans les lignes qui suivent, des définitions et des renseignements sont proposés pour la collecte de données sur les usagers des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et, sur les usagers des centres hospitaliers de soins psychiatriques. Ces renseignements sont stockés dans la banque de données du système MED-ÉCHO.

L'objectif poursuivi est d'arriver à circonscrire l'ensemble des périodes de soins dans les centres hospitaliers en les classifiant le plus possible dans des sous-groupes comparables. Les définitions précisent ce qui appartient à chacun des regroupements de périodes de soins. Pour des raisons de cohérence et d'harmonisation, les définitions sont tirées des *Normes et pratiques de gestion*.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.3 Particularités du système

1) CENTRE HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

La catégorie centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés regroupe les périodes de soins nécessaires aux usagers admis dans les unités de soins en phase aiguë de la maladie. Ces soins exigent une durée de séjour de 45 jours ou moins, excepté lorsque le médecin certifie dans le dossier médical de l'usager que des soins actifs sont toujours nécessaires en raison d'une pathologie particulière.

Ces soins comprennent :

- des soins physiques actifs ;
- des soins psychiatriques actifs.

2) CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

a) soins psychiatriques actifs

La catégorie soins psychiatriques actifs regroupe les périodes de soins nécessaires aux usagers admis en phase aiguë de maladie mentale ou en raison de l'instabilité de l'état psychique, physique, psychologique et sociale. Quoique ces périodes de soins soient limitées à 45 jours ou moins, excepté lorsque le médecin certifie dans le dossier de l'usager que des soins actifs sont toujours nécessaires, il n'en demeure pas moins que le séjour moyen reste long, puisqu'on inclut aussi dans ce groupe une portion des périodes qui nécessitent une hospitalisation plus longue, bien que le malade ait besoin de soins actifs. On considère aussi les soins particuliers de réadaptation active et la psychiatrie légale comme faisant partie de cette catégorie.

Ces soins comprennent :

- des soins aigus (des interventions brèves et des soins intensifs) ;
- des soins actifs pour une longue période.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie

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

- 1) Un abrégé d'admission/sortie doit être transmis au système MED-ÉCHO à la sortie de chaque usager ayant été admis et ayant occupé un lit en santé physique, en gériatrie, en psychiatrie ou en néonatalogie compris dans le nombre figurant au permis de l'installation ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et de centre hospitalier de soins psychiatriques.
- 2) Un abrégé d'admission/sortie doit être transmis au système MED-ÉCHO à la sortie de chaque usager ayant été inscrit dans une unité de chirurgie d'un jour telle qu'elle est définie au centre d'activité 6070 du manuel de *Normes et pratiques de gestion*.

B EXCEPTION

- 1) Si un usager est réadmis la journée même de sa sortie (même date de calendrier) et pour les mêmes raisons, on ne remplit pas un nouvel abrégé pour cette réadmission. Le premier abrégé est réactivé.

Un seul abrégé doit être transmis pour un même usager avec le même type de soins, la même date d'admission et la même date de départ.

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

C CHANGEMENT DE TYPE DE SOINS

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

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie

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

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

D CODIFICATION

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

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

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.5 Précisions aux fournisseurs

- A. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) détient les droits d'auteur de la CCI et la licence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'utilisation, la production et la distribution de la CIM-10 au Canada. Le gouvernement du Québec a récemment signé une entente avec l'ICIS permettant l'implantation des classifications CIM-10-CA et CCI au Québec. Les fournisseurs du système MED-ÉCHO local doivent signer un contrat de licence de l'ICIS et ainsi obtenir différents produits reliés aux classifications. L'entente conclue entre le Québec l'ICIS prévoit que le Québec maintiendra l'intégrité des classifications et des normes de l'ICIS et en respectera les droits d'auteur. Le Québec, lorsqu'il le juge utile, peut cependant y ajouter des éléments supplémentaires et des précisions, dans la mesure où cela ne transgresse pas les dispositions relatives aux droits d'auteur ou à la propriété intellectuelle contenues dans les ententes de l'ICIS avec l'OMS ou des tiers et que cela n'altère pas la comparabilité des données avec celles des autres membres de l'ICIS. Ainsi, dans le respect de l'entente conclue entre le Québec et l'ICIS, les produits québécois sur les normes en matière de codage, les tables de validations des codes de diagnostics et de traitements, la table de conversion de la CIM-10-CA vers la CIM-9 québécoise et la table de conversion de la CCI vers la CCADTC ont préséance sur les produits de l'ICIS.
- B. À compter du 1^{er} avril 2006, le cadre normatif du système MED-ÉCHO fera l'objet de mise à jour annuelle : ajouts de codes, retraits de codes, ajouts de nouveaux éléments, modifications aux validations, etc.

À compter de cette même date, le système MED-ÉCHO local devra supporter la version du cadre normatif en vigueur pour chaque année de référence. Ainsi, les tables et les validations seront applicables pour une année donnée et d'autres seront applicables pour une autre année.

Ce sera notamment le cas pour l'année d'implantation puisque, les dossiers dont la date de départ est antérieure au 1^{er} avril 2006, seront codés en fonction des tables et des validations CIM-9/CCA et ceux dont la date de départ est égale ou supérieure au 1^{er} avril 2006 seront codés en fonction des tables et des validations CIM-10-CA/CCI. Pour les années suivantes, le système devra également permettre de coder de façon simultanée des dossiers dont la date de départ est antérieure au 1^{er} avril 2006 et d'autres dont la date de départ est égale ou supérieure au 1^{er} avril 2006, et ce, en fonction du cadre normatif applicable à chaque année.

- C. Les données qui sont transmises au système central doivent être conformes au cadre normatif. Les précisions qui sont ajoutées pour les besoins locaux ne doivent pas être transmises au système central. L'espace prévu pour les différents éléments du cadre normatif est à l'usage exclusif du système central. À titre d'exemple, même si la 7^e position des diagnostics n'est pas utilisée présentement, celle-ci ne devra pas être utilisée pour combler un besoin au niveau local.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.5 Précisions aux fournisseurs

D. Lorsqu'une référence aux codes CIM-10-CA est effectuée, les conventions suivantes s'appliquent :

- lorsque l'expression « code compris entre C00 et D09 » est utilisée, la limite inférieure (C00) et la limite supérieure (D09) sont incluses;
- lorsqu'on réfère au code à 3 positions sans mentionner le point (exemple : C00), cela signifie que l'ensemble des codes qui commencent par ces positions doivent être sélectionnés, soit les codes à 3, 4, 5 et 6 caractères;
- dans une énumération de code, lorsqu'on réfère à un code suivi d'un souligné (Z37.6_) cela veut dire que l'ensemble des codes qui commencent par ces positions doivent être sélectionnés,

E. Lorsqu'une référence aux codes CCI est effectuée, la convention suivante s'applique :

- lorsque les 5 premières positions du code CCI sont suivies du signe : ^^ cela signifie que l'ensemble des codes qui commencent par ces positions doivent être sélectionnés.

F. Au 1^{er} avril 2007, une nouvelle notion est introduite en ce qui concerne les validations qui se trouvent dans le chapitre 4. Certaines validations auront la mention « avertissement ». En présence de cette mention, le message d'erreur que l'application retourne, lors de l'échec de la validation, doit permettre d'identifier qu'il s'agit d'un avertissement. Pour les messages de type « avertissement », l'abrégé peut être transmis à la banque centrale malgré l'échec de la validation.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.i	Index alphabétique des éléments
3.ii	Guide de lecture
3.1	Période financière
3.2	Type de transaction
3.3	Date de transmission
3.4	Numéro d'admission
3.5	Numéro de dossier médical
3.6	Code de l'installation
3.7	Type de soins
3.8	Type d'admission
3.9	Identification
3.9.1	Numéro d'assurance maladie
3.9.2	Nom de l'utilisateur
3.9.3	Prénom de l'utilisateur
3.10	Nouveau-né
3.11	Date de naissance
3.12	Sexe
3.13	Code postal de l'utilisateur
3.14	Code géographique de l'utilisateur
3.15	Lieu de naissance
3.16	Responsabilité de paiement
3.17	Code d'occupation
3.18	État civil
3.19	Date d'accident

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.20	Codes d'accidents
3.20.1	Code de cause extérieure d'accident
3.20.2	Code de lieu d'accident
3.21	Code de l'installation de provenance
3.22	Type de provenance
3.23	Date d'inscription à l'urgence
3.24	Admission
3.24.1	Date d'admission
3.24.2	Heure d'admission
3.24.3	Diagnostic d'admission
3.25	Sortie
3.25.1	Date de sortie
3.25.2	Heure de sortie
3.26	Nombre de jours de congé temporaire
3.27	Séjour total
3.28	Code de l'installation de destination
3.29	Type de destination
3.30	Diagnostic principal
3.31	Service
3.31.1	Code du service
3.31.2	Type de séjour
3.31.3	Statut de résidence du médecin
3.31.4	Spécialité du médecin
3.31.5	Nombre de jours
3.31.6	Diagnostic
3.31.7	Caractéristique du diagnostic
3.32	Autres diagnostics
3.32.1	Référence service
3.32.2	Diagnostic
3.32.3	Caractéristique du diagnostic

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.33	Consultation médicale
3.33.1	Référence service
3.33.2	Domaine de consultation
3.33.3	Spécialité du médecin
3.34	Nombre total de consultations
3.35	Traitement
3.35.1	Référence service
3.35.2	Date de l'intervention
3.35.3	Lieu de l'intervention
3.35.4	Intervention
3.35.4.1	Code de l'intervention
3.35.4.2	Attribut de situation
3.35.4.3	Attribut de lieu
3.35.4.4	Attribut d'étendue
3.35.5	Nombre d'interventions
3.35.6	Statut de résidence du médecin (traitement)
3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
3.35.8	Statut de résidence du médecin (anesthésie)
3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
3.35.10	Technique d'anesthésie
3.36	Soins intensifs
3.36.1	Code de l'unité
3.36.2	Nombre de jours
3.37	Tumeur
3.37.1	Nom du père
3.37.2	Prénom du père
3.37.3	Nom de la mère à la naissance
3.37.4	Prénom de la mère
3.37.5	Code de tumeur
3.37.5.1	Topographie de la tumeur
3.37.5.2	Morphologie de la tumeur
3.37.5.3	Mode de diagnostic
3.38	Décès
3.38.1	Cause immédiate du décès
3.38.2	Type de décès
3.38.3	Autopsie

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.39	Mortinaissance
3.39.1	Nombre de mortinaissances
3.39.2	Nombre de mortinaissances autopsiées
3.40	Masse à la naissance
3.41	Durée de la gestation
3.42	Numéro de dossier médical de la mère

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.24	Admission
3.35.4.4	Attribut d'étendue
3.35.4.3	Attribut de lieu
3.35.4.2	Attribut de situation
3.38.3	Autopsie
3.32	Autres diagnostics
3.32.3	Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)
3.31.7	Caractéristique du diagnostic (service)
3.38.1	Cause immédiate du décès
3.17	Code d'occupation (non transmis)
3.20.1	Code de cause extérieure d'accident
3.6	Code de l'installation
3.28	Code de l'installation de destination
3.21	Code de l'installation de provenance
3.35.4.1	Code de l'intervention
3.36.1	Code de l'unité
3.20.2	Code de lieu d'accident
3.37.5	Code de tumeur
3.31.1	Code du service
3.14	Code géographique de l'utilisateur

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.13	Code postal de l'utilisateur
3.20	Codes d'accidents
3.33	Consultation médicale
3.19	Date d'accident
3.24.1	Date d'admission
3.35.2	Date de l'intervention
3.11	Date de naissance
3.25.1	Date de sortie
3.3	Date de transmission
3.23	Date d'inscription à l'urgence
3.38	Décès
3.32.2	Diagnostic (autres diagnostics)
3.31.6	Diagnostic (service)
3.24.3	Diagnostic d'admission
3.30	Diagnostic principal
3.33.2	Domaine de consultation
3.41	Durée de gestation
3.18	État civil
3.24.2	Heure d'admission
3.25.2	Heure de sortie
3.9	Identification
3.35.4	Intervention

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.35.3	Lieu de l'intervention
3.15	Lieu de naissance
3.40	Masse à la naissance
3.37.5.3	Mode de diagnostic
3.37.5.2	Morphologie de la tumeur
3.39	Mortinaissance
3.37.3	Nom de la mère à la naissance
3.9.2	Nom de l'usager
3.37.1	Nom du père
3.35.5	Nombre d'interventions
3.31.5	Nombre de jours (service)
3.36.2	Nombre de jours (soins intensifs)
3.26	Nombre de jours de congé temporaire
3.39.1	Nombre de mortinaissances
3.39.2	Nombre de mortinaissances autopsiées
3.34	Nombre total de consultations
3.10	Nouveau-né
3.5	Numéro de dossier médical
3.42	Numéro de dossier médical de la mère
3.4	Numéro d'admission
3.9.1	Numéro d'assurance maladie

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.1	Période financière
3.9.3	Prénom de l'utilisateur
3.37.4	Prénom de la mère
3.37.2	Prénom du père
3.32.1	Référence service (autres diagnostics)
3.33.1	Référence service (consultation)
3.35.1	Référence service (traitement)
3.16	Responsabilité de paiement
3.27	Séjour total
3.31	Service
3.12	Sexe
3.36	Soins intensifs
3.25	Sortie
3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
3.31.4	Spécialité du médecin (service)
3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
3.35.8	Statut de résidence du médecin (anesthésie)
3.31.3	Statut de résidence du médecin (service)
3.35.6	Statut de résidence du médecin (traitement)
3.35.10	Technique d'anesthésie

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.37.5.1	Topographie de la tumeur
3.35	Traitement
3.37	Tumeur
3.8	Type d'admission
3.38.2	Type de décès
3.29	Type de destination
3.22	Type de provenance
3.31.2	Type de séjour
3.7	Type de soins
3.2	Type de transaction

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.ii Guide de lecture

Dans la présente division, l'utilisateur trouvera les explications sur les éléments à transmettre au système MED-ÉCHO. L'information est présentée de la manière suivante.

ÉLÉMENT	Correspond au nom de l'élément.
FORMAT	Comprend l'information sur la structure informatique de l'élément à transmettre. Un chiffre indique d'abord la longueur du champ et est suivi d'un indicateur sur le caractère à utiliser : — alphabétique (de A à Z) ; — alphanumérique (de A à Z et de 0 à 9) ; — numérique (de 0 à 9).
DÉFINITION	Une brève définition de l'élément est donnée.
DESCRIPTION	L'explication fournie sous cette rubrique porte sur les points suivants : — l'obligation de transmettre l'élément ; — les valeurs permise ; — les exceptions ou les réserves ; — la description de certains codes particuliers.
PRÉCISION	Des notes sont ajoutées, s'il y a lieu, dans le but de préciser davantage le format, la définition ou la description de l'élément. Il peut s'agir aussi d'une référence ou d'une définition de la nomenclature.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.1 Période financière

ÉLÉMENT	Période financière
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Division de l'année financière en treize périodes de quatre semaines débutant le 1 ^{er} avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année subséquente.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et doit correspondre au numéro de la période au cours de laquelle l'utilisateur quitte l'installation. Les valeurs de la période sont : – positions 1 et 2 : année AA (correspond à l'année financière ex. : 98 pour l'année financière 1998 -1999); – positions 3 et 4 : période de 01 à 13.
PRÉCISION	Les fins de période apparaissent au calendrier des périodes financières pour les établissements publics et privés conventionnés de santé et services sociaux. Ces fins de période sont diffusées d'avance dans le manuel <i>Normes et pratiques de gestion</i> , tome II, répertoire : circulaire 2002-03, vol.03, chap. 01, suj. 51, doc. 01. Cette circulaire couvre les exercices 2002-2003 à 2005-2006.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.2 Type de transaction

ÉLÉMENT	Type de transaction.
FORMAT	1 — numérique.
DÉFINITION	Code indiquant la nature de la transaction soumise.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 1) annulation : destruction d'un abrégé soumis antérieurement à MED-ÉCHO ; 2) remplacement : transmission d'un abrégé modifié qui va remplacer un abrégé soumis antérieurement à MED-ÉCHO. 3) création : enregistrement d'un abrégé dans MED-ÉCHO.
PRÉCISIONS	A. ABRÉGÉ DE REMPLACEMENT L'abrégé de remplacement (type de transaction 2) est utilisé pour la modification de certaines données d'un abrégé précédemment soumis. Il permet de modifier les valeurs d'un élément et d'ajouter ou d'enlever un élément. Pour ce type de transaction, il suffit de transmettre les nouveaux renseignements en utilisant le type de transaction 2. Toutefois, les éléments suivants, qui sont des clés de raccordement pour retracer un abrégé, ne peuvent pas être modifiés par ce type de transaction : — période financière ; — code de l'installation ; — numéro de dossier médical ; — date d'admission ; — date de sortie ; — type de soins. Pour apporter une modification à l'un ou l'autre de ces éléments, il faut d'abord procéder à une annulation (type de transaction 1) qu'on fait suivre d'une création.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.2 Type de transaction

B. ABRÉGÉ D'ANNULATION

L'abrégé d'annulation (type de transaction 1) est utilisé pour détruire un abrégé précédemment soumis dans l'un des deux cas suivants :

- 1) détruire un abrégé qui n'aurait jamais dû être transmis.

Pour ce type d'annulation, il suffit de transmettre les éléments suivants avec un type de transaction 1 :

- période financière,
- code de l'installation,
- numéro de dossier médical,
- date d'admission,
- date de sortie,
- type de soins ;

- 2) détruire un abrégé sur lequel une erreur s'est glissée pour un élément correspondant à une clé de raccordement.

Pour ce type d'annulation, il faut transmettre, avec un type de transaction 1, les éléments suivants **tels qu'ils avaient été soumis à la création** :

- période financière ;
- code de l'installation ;
- numéro de dossier médical ;
- date d'admission ;
- date de sortie ;
- type de soins.

Ce type de transaction sera suivi d'un nouvel abrégé de création incluant les modifications.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.3 Date de transmission

ÉLÉMENT	Date de transmission.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Date de la transmission d'abrévés informatisés au MSSS.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.4 Numéro d'admission

ÉLÉMENT	Numéro d'admission.
FORMAT	5 – numérique.
DÉFINITION	Numéro attribué par l'établissement ou par l'installation indiquant la séquence d'admission des usagers pendant une année financière.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire; les admissions doivent être numérotées consécutivement en débutant avec le numéro 1 à compter du 1 ^{er} avril de chaque année financière.
PRÉCISION	Si un usager est réadmis après avoir obtenu son congé, un nouveau numéro d'admission est attribué. (sauf pour les exceptions mentionnées à la division 2.4, <i>Abrégé informatisé d'admission/sortie</i>).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.5 Numéro de dossier médical

ÉLÉMENT	Numéro de dossier médical.
FORMAT	12 – alphanumérique.
DÉFINITION	Numéro unique et permanent attribué par l'établissement ou par l'installation, qui permet de regrouper, pour un même usager, les informations sur ses hospitalisations ou ses visites.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. La composition du numéro de dossier est laissée à la discrétion de l'établissement ou de l'installation.
PRÉCISION	Chaque usager, y compris les nouveau-nés, doit avoir son propre numéro de dossier. Le numéro de dossier médical doit être différent de zéro (0).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.6 Code de l'installation

ÉLÉMENT	Code de l'installation.						
FORMAT	8 – numérique.						
DÉFINITION	Numéro matricule attribué à l'installation où les soins ont été donnés à l'utilisateur et utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la délivrance du permis.						
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et doit être conforme aux valeurs présentées dans la table des installations fournie par MED-ÉCHO.						
PRÉCISION	Dans le cas où un établissement a plus d'une installation avec une mission de centre hospitalier, les données doivent être transmises pour chacune des installations où sont donnés des soins. Ex. : Le code 1104 2371 est celui du Centre hospitalier universitaire de Québec. Or, cet établissement a plusieurs installations ayant une mission de centre hospitalier. Chaque installation utilisera donc son propre code pour la transmission des données MED-ÉCHO : <table><tr><td>5121 7586</td><td>pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ;</td></tr><tr><td>5121 7594</td><td>pavillon le Centre hospitalier de l'Université Laval ;</td></tr><tr><td>5121 7602</td><td>pavillon Saint-François-d'Assise.</td></tr></table>	5121 7586	pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ;	5121 7594	pavillon le Centre hospitalier de l'Université Laval ;	5121 7602	pavillon Saint-François-d'Assise.
5121 7586	pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ;						
5121 7594	pavillon le Centre hospitalier de l'Université Laval ;						
5121 7602	pavillon Saint-François-d'Assise.						

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.7 Type de soins

ÉLÉMENT	Type de soins
FORMAT	2 – Numérique.
DÉFINITION	Code précisant dans quelle unité de soins l'utilisateur a été traité : unité de soins de courte durée, unité de chirurgie d'un jour et <i>post-mortem</i> .
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 01 : soins physiques et psychiatriques de courte durée ; 27 : soins en chirurgie d'un jour ; 29 : soins <i>post-mortem</i> (prélèvement d'organe chez un donneur présentant une mort cérébrale).
PRÉCISIONS	L'installation se réfère à son permis pour connaître les types de soins qu'elle peut dispenser au regard de sa ou de ses missions. Pour la chirurgie d'un jour, se référer au <u>Manuel de gestion financière</u>, vol.1, chap. 04, centre d'activité 6070 pour en connaître la définition. La valeur 29 est réservée aux installations où des prélèvements d'organes sont effectués par l'équipe provinciale mandatée à cette fin.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.8 Type d'admission

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.8 Type d'admission

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

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9 Identification

ÉLÉMENT Identification

DÉFINITION Identification de l'utilisateur hospitalisé.

DESCRIPTION Le bloc « Identification » comprend les trois informations suivantes :

- 1) numéro d'assurance maladie ;
- 2) nom de l'utilisateur ;
- 3) prénom de l'utilisateur.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.1 Numéro d'assurance maladie

ÉLÉMENT	Numéro d'assurance maladie
FORMAT	12 – alphanumérique.
DÉFINITION	Numéro d'assurance maladie (NAM) attribué à l'utilisateur par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire sauf pour les : — nouveau-nés ; — non-résidents du Québec ; — résidents du Québec de moins de trois mois. Le format du numéro d'assurance maladie est : — alphabétique pour les positions 1 à 4 ; — numérique pour les positions 5 à 10 et 12; — alphanumérique pour la position 11.
PRÉCISIONS	1) La onzième position du NAM indique le caractère de distinction des jumeaux. Actuellement, la valeur est numérique (de 1 à 9). Cette valeur pourrait devenir alphabétique si plus de neuf jumeaux existaient pour un même NAM. Cette situation ne s'est pas encore présentée. 2) Dans les cas où le numéro d'assurance maladie n'est pas obligatoire, tout le champ doit être vide.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.2 Nom de l'utilisateur

ÉLÉMENT	Nom de l'utilisateur
FORMAT	15 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom de l'utilisateur à la naissance.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire.
PRÉCISIONS	Les signes tels que le trait d'union, l'apostrophe, la cédille, le tiret, les accents et les blancs sont acceptés dans le nom et doivent être transmis. Exemple : St-Amour se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.3 Prénom de l'utilisateur

ÉLÉMENT	Prénom de l'utilisateur
FORMAT	15 – alphabétique.
DÉFINITION	Prénom de l'utilisateur à la naissance.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire.
PRÉCISIONS	Les signes tels que le trait d'union, l'apostrophe, la cédille, le tiret, les accents et les blancs sont acceptés dans le prénom et doivent être transmis. Exemple : Jean-François se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.10 Nouveau-né

ÉLÉMENT	Nouveau-né.
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant si l'usager est un nouveau-né selon la définition suivante : « Enfant né à l'installation ou admis dans les 24 heures suivant sa naissance à l'exclusion des cas de transfert entre établissements ou de déplacement entre installations ».
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 0 : pas un nouveau-né, 1 : nouveau-né (né au centre hospitalier ou admis dans les 24 heures suivant sa naissance).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.11 Date de naissance

ÉLÉMENT	Date de naissance.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Année, mois et jour de la naissance de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.12 Sexe

ÉLÉMENT	Sexe.
FORMAT	1 – alphabétique.
DÉFINITION	Conformation particulière qui distingue l'homme de la femme.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : F : féminin ; M : masculin ; X : indéterminé .
PRÉCISION	Pour les transsexuels, il s'agit du sexe au moment de l'admission, et ce, tant et aussi longtemps que le processus de transformation n'est pas terminé.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.13 Code postal de l'utilisateur

ÉLÉMENT	Code postal de l'utilisateur.
FORMAT	6 – alphanumérique.
DÉFINITION	Partie intégrante de l'adresse postale établie par la Société canadienne des postes.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire pour les résidents du Québec. Le format du code postal est le suivant : position 1 : G ou H ou J (ou K pour Rapides-des-Joachims) ; position 2 : numérique ; position 3 : alphabétique ; position 4 : numérique ; position 5 : alphabétique ; position 6 : numérique.
PRÉCISION	Pour les non-résidents du Québec, cette information n'est pas transmise.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.14 Code géographique de l'utilisateur

ÉLÉMENT	Code géographique.
FORMAT	5 – numérique.
DÉFINITION	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. Le code géographique doit être celui de la municipalité de résidence permanente de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et ne peut prendre que les valeurs officielles des codes selon la table annuelle de validation fournie par MED-ÉCHO.
PRÉCISION	Pour les usagers non-résidents du Québec, les codes suivants doivent être utilisés : 00080 : Alberta ; 00081 : Colombie-Britannique ; 00082 : île-du-Prince-Édouard ; 00083 : Manitoba ; 00084 : Nouveau-Brunswick ; 00085 : Nouvelle-Écosse ; 00086 : Ontario ; 00087 : Saskatchewan ; 00088 : Terre-Neuve ; 00089 : Territoires du Nord-Ouest ; 00090 : Yukon ; 00091 : États-Unis (USA) ; 00092 : autre pays ; 00093 : Nunavut.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.15 Lieu de naissance

ÉLÉMENT Lieu de naissance.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant l'endroit où est né l'utilisateur selon une nomenclature propre au système MED-ÉCHO.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et ne peut prendre que les valeurs suivantes :

01 : Québec ;	18 : Bosnie-Herzégovine;
02 : Ontario ;	19 : Yougoslavie (Serbie-Monténégro);
03 : Nouveau-Brunswick ;	20 : Croatie;
04 : autre province ou territoire canadien ;	21 : Rwanda;
05 : États-Unis ;	22 : Burundi;
06 : Angleterre ;	23 : Congo;
07 : Écosse ;	24 : Afghanistan;
08 : Pologne ;	25 : Ethiopie;
09 : Russie ;	26 : Irak;
10 : Hongrie ;	27 : Algérie;
11 : Roumanie ;	28 : Tunisie;
12 : Italie ;	29 : Maroc;
13 : Grèce ;	30 : Sénégal;
14 : Allemagne ;	31 : Iran;
15 : Haïti ;	32 : Albanie;
16 : autres pays ;	33 : Chine;
17 : inconnu;	34 : Viêt Nam;
	35 : Philippines;
	36 : Togo;
	37 : Colombie;
	38 : Salvador;
	39 : Chili;

PRÉCISION Cet élément est sujet à révision.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

ÉLÉMENT	Responsabilité de paiement.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant à qui incombe le paiement du séjour hospitalier (les frais d'hospitalisation) selon une nomenclature propre à MED-ÉCHO.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 01 : MSSS sans accident ; 02 : MSSS avec accident ; 03 : CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail) ; 04 : MSSS sans accident et CSST ; 05 : MSSS avec accident et CSST ; 06 : MAAC (ministère des Affaires des anciens combattants) ; 07 : MSSS, MAAC ; 08 : Fédéral ; 09 : Non-Résident ; 10 : Non-Assuré ; 11 : Non-Assuré, MSSS ; 12 : Autre.
PRÉCISION	Pour un nouveau-né, la responsabilité du paiement doit être différente de 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 12. En règle générale, la responsabilité de paiement pour le nouveau-né est la même que pour la mère.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

PRÉCISIONS SUR LES DÉFINITIONS

01 : MSSS sans accident

L'utilisateur ayant la qualité de résident du Québec, d'après la définition du règlement adopté en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et recevant des services assurés.

Dans le cas d'un don d'organe, le donneur sera considéré comme assuré par la province de résidence du receveur.

Remarque

La qualité de résident peut être étendue en vertu de l'article 10.1 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre peut permettre à une personne qui ne réside pas au Québec de bénéficier des services assurés aux conditions déterminées dans les ententes de réciprocité.

Les usagers faisant l'objet de ces ententes sont porteurs de documents attestant leur admissibilité aux services de santé assurés.

La carte émise par la Régie de l'assurance maladie est valide jusqu'à la date d'expiration qui y est inscrite.

À la suite d'une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la citoyenneté et immigration Canada, les personnes ayant un statut de réfugié politique reconnu, à qui ce dernier ministère émet une attestation d'identité, se voient remettre une carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec valide pour une période d'un an. Cette période peut être prolongée au besoin.

Ces usagers sont alors couverts par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation du Québec.

Au point de vue de la responsabilité de paiement, ils doivent être considérés comme résidents québécois, même s'ils n'ont pas encore obtenu le droit de s'établir au Canada.

02 : MSSS avec accident

L'utilisateur dont l'hospitalisation a été rendue nécessaire à la suite d'un accident.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

IMPORTANT

Nous attirons l'attention sur les hospitalisations des victimes d'actes criminels. La «responsabilité de paiement» doit prendre la valeur 02 (MSSS avec accident) et seuls les suppléments des chambres et des services non assurés peuvent être facturés au fonds d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC).

Bien que le programme IVAC relève de la CSST, il s'agit bien ici de la valeur 02 (MSSS avec accident).

Si le cas est accepté par l'IVAC, le centre hospitalier n'a pas à facturer l'usager ni la CSST pour les frais autorisés normalement payés par les usagers de soins de longue durée étant donné que le taux quotidien payé par l'IVAC au MSSS comprend les frais autorisés.

03 : CSST

L'usager hospitalisé à la suite d'un accident dont la responsabilité des frais incombe à la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec ou à une commission d'un territoire ou d'une autre province canadienne, ou encore d'un État américain, à l'exception des cas d'actes criminels.

Le centre hospitalier peut facturer à la CSST le coût d'utilisation d'une chambre privée ou semi-privée selon le cas.

04 : MSSS sans accident
et CSST

Personne hospitalisée, par exemple, 30 jours, dont 15 incombent à la CSST et 15 au MSSS ; on indiquera qu'à ce moment, le paiement relève du MSSS et de la CSST en inscrivant la valeur 04 ou 05 selon que l'hospitalisation fait suite à un accident (05) ou non (04)

05 : MSSS avec accident
et CSST

Voir la précision précédente.

06 : MAAC

L'usager soigné aux frais du ministère des Affaires des anciens combattants, en vertu des lois suivantes :

- Loi sur les pensions (SRC 1970, c. P-7) ;
- Loi sur la réadaptation des anciens combattants (SRC 1970, c. V-5) ;
- Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils (SRC 1970, c. C-20).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

	Remarque	Le ministère des Affaires des anciens combattants paie les frais d'hospitalisation d'un ancien combattant seulement si ce dernier doit faire soigner une blessure ou une maladie qui lui a valu une pension d'invalidité. Par exemple, l'ancien combattant qui touche une pension à cause d'une vieille fracture ne peut faire soigner un ulcère d'estomac aux frais du ministère des Affaires des anciens combattants. La responsabilité en pareil cas incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux.
07 : MSSS, MACC		Ancien combattant hospitalisé pour une maladie résultant de son invalidité et qui obtient, au cours de cette même hospitalisation, des soins pour une autre maladie ; il s'agit d'une responsabilité partagée.
08 : Fédéral		L'utilisateur ayant droit à des soins hospitaliers gratuits en vertu de l'une ou l'autre des lois canadiennes suivantes : – Loi sur l'indemnisation des employés de l'État (SRC 1970, c. G-8) ; – Loi sur la défense nationale (SRC 1970, c. N-4) ; – Loi sur 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). Nous signalons que c'est le gouvernement fédéral qui paie les frais d'hospitalisation des détenus fédéraux, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, mais la responsabilité incombera au Québec au moment de leur élargissement ou de leur démobilisation pour autant qu'ils aient été incarcérés ou cantonnés au Québec.
	Remarque	Les revendicateurs du statut de réfugié politique (qui ne sont pas encore reconnu au titre de réfugié) ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation du Québec. C'est le programme fédéral de santé intérimaire qui fournit une couverture de soins de santé à ces personnes. La responsabilité de paiement à utiliser est la valeur 08 (Fédéral).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

- 09 : Non-Résident
- Un usager ne résidant pas au Québec (résident d'une autre province ou d'un autre pays). Le visiteur (touriste), le diplomate, l'étudiant, etc., doivent être considérés comme non-résidents.
- 10 : Non-Assuré
- Un des cas suivants :
- une personne ayant établie sa résidence permanente au Québec depuis moins de trois mois et n'ayant pas encore droit aux avantages de l'assurance hospitalisation du Québec ;
 - un résident qui aurait le droit de recevoir un remboursement total ou partiel pour des services assurés en vertu de toute loi édictée par un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec (AC 1291-73, art. 4).
 - Une personne dont la carte d'assurance-maladie est expirée sans qu'il soit possible pour l'établissement d'obtenir une confirmation d'inscription au régime d'assurance maladie du Québec auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 11 : Non-Assuré, MSSS
- Un résident du Québec assuré mais hospitalisé sans nécessité médicale (pour une chirurgie purement esthétique) et ayant obtenu, au cours de cette même hospitalisation, des services assurés (des soins pour une complication faisant suite à sa chirurgie ou pour toute autre maladie). Par conséquent, il s'agit d'une responsabilité partagée.
- 12 : AUTRE
- Résident du Québec assuré mais hospitalisé sans nécessité médicale. Par exemple, toute personne hospitalisée pour une chirurgie ayant un but purement esthétique, de même que pour une chirurgie correctrice non motivée par un trouble fonctionnel, est responsable des frais d'hospitalisation. Lorsqu'une prothèse est fournie comme service non assuré, elle est facturée en plus du prix des soins et de l'hospitalisation.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.17 Code d'occupation

ÉLÉMENT Code d'occupation.

FORMAT 4 – numérique.

PRÉCISION Le système de codification n'étant pas au point, ne rien inscrire dans ce champ.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.18 État civil

ÉLÉMENT	État civil.
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Situation matrimoniale de l'utilisateur au moment de son hospitalisation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 2 : célibataire ; 3 : marié (incluant union civile et union de fait) ; 4 : séparé, divorcé ou veuf.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.19 Date d'accident

ÉLÉMENT	Date d'accident.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Date de l'accident à l'origine de l'hospitalisation qu'elle soit consécutive à l'accident même ou à une séquelle.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire lorsqu'elle est connue et qu'elle correspond à la situation de l'utilisateur.
PRÉCISION	Si la date d'accident est inconnue, ne rien inscrire. Si le jour et le mois sont inconnus, inscrire seulement l'année. Si le jour est inconnu, inscrire le mois et l'année.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.20 Codes d'accident

ÉLÉMENT	Codes d'accident
DÉFINITION	Codification des traumatisme, effet ou séquelle de traumatisme subi par l'usager et à l'origine de sa présente hospitalisation à l'installation.
DESCRIPTION	Information à transmettre dans tous les cas d'hospitalisation faisant suite à un accident. Ce bloc comprend deux informations : 1 : code de cause extérieure d'accident ; 2 : code de lieu d'accident ;
PRÉCISION	Le code d'activité relié à la cause externe de traumatisme (code commençant par U99) est un code facultatif et il n'a pas été retenu pour MED-ÉCHO. S'il est utilisé par le CH , la valeur « 9 », à l'usage du CH, doit être inscrite dans l'élément caractéristique du diagnostic..

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.20.1 Code de cause extérieure d'accident

ÉLÉMENT	Code de cause extérieure d'accident
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Identification de la cause extérieure responsable du traumatisme, de l'effet ou des séquelles du traumatisme, selon la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> .
DESCRIPTION	Le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1) et les valeurs permises sont comprises entre V01 et Y89.
PRÉCISIONS	1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de cause extérieure d'accident. 2) Le code de cause extérieure d'accident W00 à Y34 (à l'exception des codes Y06 et Y07) doit être obligatoirement accompagné d'un code de lieu d'accident (U98).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.20.2 Code de lieu d'accident

ÉLÉMENT	Code de lieu d'accident
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> , identification du lieu de l'accident.
DESCRIPTION	Le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1) et doit commencer par U98.
PRÉCISIONS	1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de lieu d'accident. 2) Le code de lieu d'accident doit obligatoirement accompagner le code de cause extérieure d'accident W00 à Y34 (à l'exception des codes Y06 et Y07).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.21 Code de l'installation de provenance

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.22 Type de provenance

ÉLÉMENT	Type de provenance
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser le lieu où était l'usager avant son hospitalisation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 01 : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques ; 03 : centre d'hébergement et de soins de longue durée ; 09 : centre hospitalier de soins (physiques et psychiatriques) de courte durée, hors province ; 10 : centre d'hébergement et de soins (physiques et psychiatriques) de longue durée, hors province ; 13 : centre de réadaptation ; 17 : CLSC (incluant les dispensaires) ; 21 : domicile ; 27 : unité de chirurgie d'un jour ; 29 : soins <i>post-mortem</i> ; 33 : médecine de jour ; 40 : ressources non institutionnelles ; 60 : maison des naissances.
PRÉCISIONS	1) Le type de provenance est en relation avec le code de l'installation de provenance contenu dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO. 2) Pour les détenus fédéraux ou provinciaux et les enfants nés à l'installation, inscrire la valeur 21 (domicile). 3) La valeur 17 (CLSC) s'applique à un usager qui arrive de son domicile, mais qui est envoyé par un CLSC. 4) Le type de provenance 29 est utilisé par un centre préleveur d'organes lorsque le corps lui est transféré par un centre intermédiaire, c'est-à-dire, un centre qui a admis un patient décédé afin de maintenir ses fonctions vitales en attendant de pouvoir le transférer à un centre préleveur. 5) La valeur 40, ressources non institutionnelles (RNI), regroupe les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) et les ressources privées (personnes âgées).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.23 Date d'inscription à l'urgence

ÉLÉMENT	Date d'inscription à l'urgence.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Date d'arrivée au service d'urgence de tout usager transféré directement du service d'urgence vers une unité de soins de courte durée ou en chirurgie d'un jour.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire lorsque la situation correspond à la définition.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.24 Admission

ÉLÉMENT Admission

DÉFINITION Moment où l'utilisateur occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'installation.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire. Le bloc «admission» comprend trois informations :

- 1) date d'admission ;
- 2) heure d'admission ;
- 3) diagnostic d'admission.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.24.1 Date d'admission

ÉLÉMENT	Date d'admission
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Année, mois, jour déterminés par le moment où l'utilisateur occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'installation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
PRÉCISION	Pour les données de l'unité de chirurgie d'un jour, il s'agit de la date où l'utilisateur est inscrit à l'unité pour y recevoir des soins.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.24.2 Heure d'admission

ÉLÉMENT	Heure d'admission
FORMAT	4 - numérique (HHMM).
DÉFINITION	Heure déterminée par le moment où l'utilisateur occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'installation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et doit être transmise selon le format international (24 heures).
PRÉCISION	Pour les données de l'unité de chirurgie d'un jour, il s'agit de l'heure où l'utilisateur est inscrit à l'unité pour y recevoir des soins.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.24.3 Diagnostic d'admission

ÉLÉMENT	Diagnostic d'admission
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Code correspondant à celui de la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> et dont la définition est la suivante : « maladie ou affection qui a justifié l'admission. Il s'agit du diagnostic présumé à l'arrivée du patient et non pas des symptômes observés chez le patient lors de l'admission ». (<i>Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec concernant La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés</i>). Le diagnostic d'admission est établi par le médecin traitant.
DESCRIPTION	Cette information est facultative et le code, lorsqu'il est inscrit, doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1).
PRÉCISION	MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.25 Sortie

ÉLÉMENT Sortie

DÉFINITION Année, mois, jour correspondant au moment où l'utilisateur quitte l'installation (vivant ou décédé).

DESCRIPTION Cette information est obligatoire Le bloc « sortie » comprend deux informations :

- 1) date de sortie ;
- 2) heure de sortie.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.25.1 Date de sortie

ÉLÉMENT	Date de sortie
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Année, mois, jour correspondant à la date où l'utilisateur quitte l'installation (vivant ou décédé).
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
PRÉCISION	Pour les données de l'unité de chirurgie d'un jour, la date de sortie est la même que la date d'admission.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.25.2 Heure de sortie

ÉLÉMENT	Heure de sortie
FORMAT	4 - numérique (HHMM).
DÉFINITION	Heure où l'utilisateur quitte l'installation (vivant ou décédé).
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. L'heure de sortie doit être transmise selon le format international (24 heures).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.26 Nombre de jours de congé temporaire

ÉLÉMENT	Nombre de jours de congé temporaire
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de jours d'absence pour congé temporaire autorisé par l'installation ou nombre de jours d'absence pour des traitements médicaux et une hospitalisation à l'extérieur de l'installation.
DESCRIPTION	Cette donnée doit être transmise lorsque la situation de l'usager correspond aux conditions énumérées dans la rubrique « définition ».
PRÉCISIONS	1) Dans le cas d'un usager de soins de courte durée en congé temporaire pour une hospitalisation dans une autre installation de soins de courte durée, le maximum de jours de congé temporaire consécutifs autorisé est de sept jours. Si l'absence se prolonge au-delà de ce maximum, on doit fermer le dossier.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.27 Séjour total

ÉLÉMENT	Séjour total
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre total de jours d'hospitalisation incluant le jour d'admission, mais excluant le jour de sortie (la valeur « date de sortie » moins la valeur « date d'admission »).
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. Les valeurs permises vont de 0001 à 9999.
PRÉCISION	Lorsqu'un usager est admis et sort ou décède le même jour, on doit compter un jour.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.28 Code de l'installation de destination

ÉLÉMENT	Code de l'installation de destination
FORMAT	8 – numérique.
DÉFINITION	Code de l'installation ou du lieu vers lequel a été dirigé l'utilisateur après son hospitalisation. Il s'agit du numéro matricule attribué par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la délivrance du permis s'il s'agit d'une installation, ou d'une valeur attribuée pour tout autre lieu.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. Le code de l'installation doit être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO. En autonomie locale, en présence d'un type de destination : Ressource non institutionnelle (40), le code de l'installation de destination n'a pas à être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.
PRÉCISIONS	1) Dans le cas où une entreprise a plus d'une entité physique (installation), indiquer le code de l'entité vers où est dirigé l'utilisateur, ce qui permettra de faire la distinction entre le transfert vers un autre établissement et le déplacement d'une installation à l'autre d'un même établissement. 2) La valeur 00000000 est attribuée pour l'utilisateur dont le « type de destination » a une valeur 21 (domicile), 31 (départ sans autorisation), 34 (maison funéraire après prélèvement d'organes) ou dans certaines conditions, une valeur 17 (CLSC) ou 30 (maison funéraire).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

ÉLÉMENT	Type de destination
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser le type de lieu vers lequel est dirigé l'utilisateur après son hospitalisation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. Les valeurs permises sont : 01 : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques ; 03 : centre d'hébergement et de soins de longue durée ; 09 : centre hospitalier de soins (physiques et psychiatriques) de courte durée, hors province ; 10 : centre d'hébergement et de soins (physiques et psychiatriques) de longue durée, hors province ; 13 : centre de réadaptation ; 17 : CLSC (incluant les dispensaires) ; 21 : domicile ; 29 : soins <i>post-mortem</i> ; 30 : maison funéraire ou autre CH pour prélèvement d'organes ; 31 : départ sans autorisation ; 33 : médecine de jour ; 34 : maison funéraire après prélèvement d'organes ; 40 : ressources non institutionnelles ; 60 : maison des naissances.
PRÉCISIONS	1) Le type de destination doit correspondre au « code de l'installation de destination » contenu dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO ; 2) Pour les détenus fédéraux ou provinciaux, inscrire la valeur 21 (domicile) ; 3) La valeur 17 (CLSC) s'applique à un usager qui quitte pour son domicile, mais qui doit recevoir des services assurés par un CLSC. À cet effet, une note ou un formulaire de demande de services avec un CLSC figure au dossier de l'utilisateur, note ou formulaire précisant la raison pour laquelle le CLSC doit intervenir ainsi que le service requis. Que le service soit effectivement rendu ou non par le CLSC ;

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.30 Diagnostic principal

ÉLÉMENT	Diagnostic principal
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Code correspondant à celui de la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> et dont la définition est la suivante : « affection la plus importante présentée par l'utilisateur durant son hospitalisation. Dans la plupart des cas, il est étroitement relié à la raison d'admission. Chez un usager présentant plusieurs affections, le médecin traitant devrait indiquer comme diagnostic principal l'affection ayant nécessité la plus grande part des ressources médicales durant le séjour » (projet du <i>Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en centre hospitalier</i>). Le diagnostic principal est établi par le médecin traitant.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1). Le code R69 est accepté comme diagnostic temporaire, mais il devra être éventuellement remplacé par un code plus précis selon la CIM-10-CA.
PRÉCISIONS	1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic. 2) Les codes de la CIM-10-CA avec la valeur « N » en « diagnostic principal valide » dans la table de validation des diagnostics ne peuvent pas être utilisés comme diagnostic principal (voir division 5.1.1). 3) Les codes de diagnostic suivants ne peuvent pas être utilisés comme diagnostic principal : Z37.1_, Z37.3_, Z37.4_, Z37.6_, Z37.7_. 4) Quand il s'agit de soins <i>post mortem</i> (voir la description du code 29 à la division 3.7), le diagnostic principal doit correspondre à un code commençant par Z52 ou Z999.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.31 Service

ÉLÉMENT Service.

DÉFINITION Concept dont la définition est laissée à la discrétion de l'installation, selon le fonctionnement de chaque centre hospitalier. Le nom du service peut être attribué en fonction du lieu (la chambre) où l'utilisateur est hospitalisé, de la spécialité du médecin ou encore du diagnostic. Toutefois, le code et le nom du service à transmettre doivent être en concordance avec la table de service de MED-ÉCHO. Par exemple, si l'utilisateur reçoit des soins dans le service d'« oncologie », selon la définition de l'installation, le code de service 87, oncologie, doit être transmis à MED-ÉCHO.

Pour le système MED-ÉCHO, un bloc service est ouvert dans les cas suivants :

- pour chaque **changement de code de service** utilisé d'après la table de service de MED-ÉCHO ;
- pour chaque **changement de code de spécialité médicale** utilisé d'après la table de spécialité du médecin de MED-ÉCHO ;
- pour chaque **changement de type de séjour** (valable pour tout usager de soins d'hébergement et de longue durée qui occupe un lit de soins de courte durée).

DESCRIPTION Le bloc service comprend sept informations :

- 1) code du service ;
- 2) type de séjour ;
- 3) statut de résidence du médecin ;
- 4) spécialité du médecin ;
- 5) nombre de jours ;
- 6) diagnostic ;
- 7) caractéristique du diagnostic.

PRÉCISION L'utilisateur doit séjourner dans au moins un service. Pour le système MED-ÉCHO, il peut y avoir jusqu'à quatre codes de service différents par abrégé.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.1 Code du service (service)

ÉLÉMENT	Code du service.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant le numéro du service MED-ÉCHO dans lequel l'utilisateur a séjourné.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et le code utilisé doit être présent dans la table service de MED-ÉCHO. Les valeurs possibles sont :

01 : allergie et immunologie ;	62 : obstétrique : délivrées ;
02 : cardiologie ;	63 : obstétrique : ante-partum ;
03 : dermatologie ;	64 : obstétrique : post-partum ;
04 : endocrinologie ;	65 : obstétrique : avortement ;
05 : gastro-entérologie ;	66 : obstétrique : gynécologie ;
06 : hématologie ;	67 : endocrinologie pédiatrique ;
07 : médecine interne ;	68 : génétique humaine ;
08 : néphrologie ;	69 : gastro-entérologie pédiatrique ;
09 : neurologie ;	71 : hématologie pédiatrique ;
10 : physiothérapie ;	72 : infectiologie pédiatrique ;
11 : pneumologie ;	73 : microbiologie médicale et infectiologie ;
12 : rhumatologie ;	74 : pneumologie pédiatrique ;
13 : cardiologie pédiatrique ;	75 : neurologie pédiatrique ;
14 : soins dentaires ;	76 : radiologie diagnostique ;
18 : chirurgie vasculaire périphérique ;	77 : radio-oncologie ;
19 : médecine vasculaire ;	78 : pédopsychiatrie ;
20 : cardio-vasculaire et thoracique ;	79 : immunologie ;
22 : soins de la bouche ;	80 : pédiatrie ;
24 : chirurgie générale ;	81 : néonatalogie (soins normaux) ;
26 : chirurgie plastique ;	82 : néonatalogie (soins spéciaux) ;
28 : chirurgie thoracique ;	83 : soins palliatifs ;
30 : neurochirurgie ;	84 : soins aux brûlés ;
32 : ophtalmologie ;	85 : médecine ;
34 : orthopédie ;	86 : répit pour la famille ;
36 : oto-rhino-laryngologie ;	87 : oncologie médicale ;
38 : urologie ;	89 : gériatrie ;
41 : traumatologie ;	90 : psychiatrie ;
42 : Unité de décision clinique (UDC)	91 : toxicologie ;
43 : transplantation ;	94 : désintoxication des alcooliques et autres drogués ;
45 : réadaptation physique ;	95 : réadaptation des alcooliques et autres drogués ;
50 : anesthésie-réanimation ;	
52 : hôpital à domicile ;	
60 : gynécologie ;	

PRECISION	Si l'ajout de services s'avère nécessaire, communiquer avec les responsables de MED-ÉCHO au MSSS.
-----------	---

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.2 Type de séjour

ÉLÉMENT	Type de séjour
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant qu'il s'agit d'un usager déclaré en attente d'hébergement et de soins de longue durée, mais qui occupe un lit de soins de courte durée.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et la valeur à inscrire pour les soins de courte durée est : 0 : soins aigus ; 3 : soins de longue durée dans un lit de soins de courte durée.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.3 Statut de résidence du médecin (service)

ÉLÉMENT	Statut de résidence du médecin (service).
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant le groupe appartient le médecin qui a traité l'utilisateur dans le service.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 1 : médecin résidant au Québec ; 2 : dentiste résidant au Québec ; 6 : médecin résidant hors Québec ; 7 : dentiste résidant hors Québec.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.4 Spécialité du médecin (service)

ÉLÉMENT Spécialité du médecin (service).

FORMAT 2 – numérique

DÉFINITION Code précisant la spécialité du médecin qui a traité l'utilisateur dans le service.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

01 : immunologie clinique et allergie ;	34 : chirurgie orthopédique ;
02 : cardiologie ;	36 : oto-rhino-laryngologie ;
03 : dermatologie ;	38 : urologie ;
04 : endocrinologie ;	50 : anesthésie-réanimation ;
05 : gastro-entérologie ;	59 : santé communautaire ;
06 : hématologie ;	60 : gynécologie ;
07 : médecine interne ;	62 : obstétrique: délivrées ;
08 : néphrologie ;	66 : obstétrique: gynécologie ;
09 : neurologie ;	69 : pathologie clinique ;
10 : physiatrie ;	70 : anatomopathologie ;
11 : pneumologie ;	71 : biochimie médicale ;
12 : rhumatologie ;	73 : microbiologie médicale et infectiologie ;
13 : orthodontie ;	76 : radiologie diagnostique ;
14 : périodontie ;	77 : radio-oncologie ;
15 : prosthodontie (prothèse) ;	78 : médecine nucléaire ;
20 : chirurgie cardio-vasculaire et thoracique ;	80 : pédiatrie ;
22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale ;	83 : neuropsychiatrie ;
24 : chirurgie générale ;	84 : hygiène et santé publique ;
26 : chirurgie plastique ;	85 : omnipraticien ;
28 : chirurgie thoracique ;	86 : électroencéphalographie ;
30 : neurochirurgie ;	87 : oncologie médicale ;
32 : ophtalmologie ;	89 : gériatrie ;
	90 : psychiatrie ;
	91 : génétique médicale ;
	92 : médecine d'urgence ;
	96 : chirurgie cardiaque.

PRÉCISION Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec au 18 octobre 2002.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.5 Nombre de jours (service)

ÉLÉMENT	Nombre de jours (service).
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de jours durant lesquels l'utilisateur a séjourné dans le service selon les critères du 3.31.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque bloc de service inscrit et peut prendre les valeurs 0001 à 9999.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.6 Diagnostic (service)

ÉLÉMENT	Diagnostic (service)
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Affection ayant justifié le séjour dans le service, codée selon la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> . Cette affection correspond au diagnostic principal lorsque l'utilisateur n'a fréquenté qu'un service. S'il y a plus d'un service en cause, l'affection peut être différente du diagnostic principal ou identique à celui-ci. Toutefois, le diagnostic principal doit apparaître dans les données d'un des services.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1). Le code R69 est accepté comme diagnostic temporaire, mais il devra être éventuellement remplacé par un code plus précis.
PRÉCISIONS	1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic. 2) Un code de cause extérieure de traumatisme (de V01 à Y98) ne peut pas être utilisé comme diagnostic (service).

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.7 Caractéristique du diagnostic (service)

ÉLÉMENT	Caractéristique du diagnostic (service).
FORMAT	1 – alphanumérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser si le diagnostic est soit une infection ou soit une complication selon les renseignements fournis par le médecin dans le dossier médical.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 0 : valeur par défaut (aucune complication ni infection) ; 1 : complication ; 2 : infection.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32 Autres diagnostics

ÉLÉMENT	Autres diagnostics
DÉFINITION	Affections autres que celle du diagnostic principal ou du diagnostic établi dans le service (division 3.31.6), qui ont été diagnostiquées ou traitées pendant le séjour à l'installation. Les diagnostics sont posés par le médecin traitant.
DESCRIPTION	Le bloc « autres diagnostics » comprend toujours trois informations : 1) référence service ; 2) diagnostic ; 3) caractéristique du diagnostic.
PRÉCISION	Il peut y avoir jusqu'à vingt-cinq autres diagnostics par abrégé comme il peut n'y en avoir aucun.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32.1 Référence service (autres diagnostics)

ÉLÉMENT	Référence service (autres diagnostics).
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant le service déjà inscrit dans lequel l'affection en question a été diagnostiquée ou traitée.
DESCRIPTION	Cette donnée doit être transmise pour chaque «autre diagnostic». Les valeurs possibles sont : 1 : premier service; 2 : deuxième service; 3 : troisième service; 4 : quatrième service; 9 : cinquième service et plus.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32.2 Diagnostics (autres diagnostics)

ÉLÉMENT	Diagnostic (autres diagnostics)
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Affections autres que celle du diagnostic principal ou des « diagnostics (service) » (division 3.31.6) qui ont été diagnostiquées ou traitées pendant le séjour dans l'installation. Elles sont codées selon la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i>. Le choix de ces diagnostics relève du médecin traitant. Il peut également s'agir d'un accident subi par l'utilisateur au cours de la présente hospitalisation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire dès qu'il y a un « autre diagnostic » et le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1). Le code R69 est accepté comme diagnostic temporaire, mais il devra être éventuellement remplacé par un code plus précis.
PRÉCISIONS	1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic. 2) Les valeurs permises pour le code de cause externe de traumatisme sont comprises entre V01 et Y98. 3) L'accident en cours d'hospitalisation est un événement fortuit ou une circonstance particulière qui implique un usager de l'installation, qu'il en résulte ou non des circonstances fâcheuses. Les accidents survenant pendant un congé temporaire sont aussi codés dans « autres diagnostics ». 4) Les actes chirurgicaux et médicaux responsables de problèmes pendant le séjour (Y83 à Y84) sont également inclus dans les « autres diagnostics ».

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32.3 Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)

ÉLÉMENT	Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)
FORMAT	1 – alphanumérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser la nature du diagnostic.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire si un « autre diagnostic » est inscrit et peut prendre les valeurs suivantes : 0 : valeur par défaut (aucune complication ni infection) ; 1 : complication ; 2 : infection ; 3 : précision ; 9 : à l'usage du CH ; A : cause externe à l'origine d'un traumatisme.
PRÉCISIONS	1) Les diagnostics identifiés par la valeur 9 (à usage local du CH) ne doivent pas être transmis à MED-ÉCHO. 2) Seuls les codes de cause externe de traumatisme (compris entre V01 et Y98) peuvent être identifiés par la valeur A (cause externe à l'origine d'un traumatisme). 3) Pour utiliser la valeur A il doit y avoir un traumatisme (code commençant par S ou T) codé dans les « autres diagnostics » ou dans « diagnostic (service) ».

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33 Consultation médicale

ÉLÉMENT	Consultation médicale.
DÉFINITION	Opinion écrite donnée par un médecin au sujet d'un usager à la suite d'une requête écrite d'un autre médecin.
DESCRIPTION	Le bloc « consultation médicale » comprend toujours trois informations : 1 : référence service ; 2 : domaine de consultation ; 3 : spécialité du médecin.
PRÉCISION	Il s'agit des consultations demandées et effectivement faites. Il peut y avoir jusqu'à neuf consultations médicales par usager.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33.1 Référence service (consultation)

ÉLÉMENT	Référence service (consultation).
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant quel service inscrit a demandé la consultation médicale.
DESCRIPTION	Cette donnée doit être transmise pour toutes les consultations données. Les valeurs possibles sont : 1 : premier service ; 2 : deuxième service ; 3 : troisième service ; 4 : quatrième service ; 9 : cinquième service et plus.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33.2 Domaine de consultation

ÉLÉMENT	Domaine de consultation.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code qui sert à indiquer dans quel domaine la consultation a été demandée.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :
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 : psychiatrie ;	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 : chirurgie cardiovasculaire ;	78 : médecine nucléaire ;
22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale ;	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 des alcooliques et autres drogués.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33.3 Spécialité du médecin (consultation)

ÉLÉMENT	Spécialité du médecin (consultation).																																																				
FORMAT	2 – numérique.																																																				
DÉFINITION	Code précisant la spécialité du médecin qui a donné la consultation.																																																				
DESCRIPTION	Donnée à transmettre pour chaque consultation donnée. Les valeurs possibles sont les suivantes :																																																				
	<table><tbody><tr><td>01 : immunologie clinique et allergie ;</td><td>34 : chirurgie orthopédique ;</td></tr><tr><td>02 : cardiologie ;</td><td>36 : oto-rhino-laryngologie ;</td></tr><tr><td>03 : dermatologie ;</td><td>38 : urologie ;</td></tr><tr><td>04 : endocrinologie ;</td><td>50 : anesthésie-réanimation ;</td></tr><tr><td>05 : gastro-entérologie ;</td><td>59 : santé communautaire ;</td></tr><tr><td>06 : hématologie ;</td><td>60 : gynécologie ;</td></tr><tr><td>07 : médecine interne ;</td><td>62 : obstétrique ;</td></tr><tr><td>08 : néphrologie ;</td><td>66 : obstétrique gynécologie ;</td></tr><tr><td>09 : neurologie ;</td><td>69 : pathologie clinique ;</td></tr><tr><td>10 : physiatrie ;</td><td>70 : anatomopathologie ;</td></tr><tr><td>11 : pneumologie ;</td><td>71 : biochimie médicale ;</td></tr><tr><td>12 : rhumatologie ;</td><td>73 : microbiologie médicale et infectiologie ;</td></tr><tr><td>13 : orthodontie ;</td><td>76 : radiologie diagnostique ;</td></tr><tr><td>14 : périodontie ;</td><td>77 : radio-oncologie ;</td></tr><tr><td>15 : prosthodontie (prothèse) ;</td><td>78 : médecine nucléaire ;</td></tr><tr><td>20 : chirurgie cardiovasculaire et thoracique ;</td><td>80 : pédiatrie ;</td></tr><tr><td>22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale ;</td><td>83 : neuropsychiatrie ;</td></tr><tr><td>24 : chirurgie générale ;</td><td>84 : hygiène et santé publique ;</td></tr><tr><td>26 : chirurgie plastique ;</td><td>85 : omnipraticien ;</td></tr><tr><td>28 : chirurgie thoracique ;</td><td>86 : électroencéphalographie ;</td></tr><tr><td>30 : neurochirurgie ;</td><td>87 : oncologie médicale ;</td></tr><tr><td>32 : ophtalmologie ;</td><td>89 : gériatrie ;</td></tr><tr><td></td><td>90 : psychiatrie ;</td></tr><tr><td></td><td>91 : génétique médicale ;</td></tr><tr><td></td><td>92 : médecine d'urgence ;</td></tr><tr><td></td><td>96 : chirurgie cardiaque.</td></tr></tbody></table>	01 : immunologie clinique et allergie ;	34 : chirurgie orthopédique ;	02 : cardiologie ;	36 : oto-rhino-laryngologie ;	03 : dermatologie ;	38 : urologie ;	04 : endocrinologie ;	50 : anesthésie-réanimation ;	05 : gastro-entérologie ;	59 : santé communautaire ;	06 : hématologie ;	60 : gynécologie ;	07 : médecine interne ;	62 : obstétrique ;	08 : néphrologie ;	66 : obstétrique gynécologie ;	09 : neurologie ;	69 : pathologie clinique ;	10 : physiatrie ;	70 : anatomopathologie ;	11 : pneumologie ;	71 : biochimie médicale ;	12 : rhumatologie ;	73 : microbiologie médicale et infectiologie ;	13 : orthodontie ;	76 : radiologie diagnostique ;	14 : périodontie ;	77 : radio-oncologie ;	15 : prosthodontie (prothèse) ;	78 : médecine nucléaire ;	20 : chirurgie cardiovasculaire et thoracique ;	80 : pédiatrie ;	22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale ;	83 : neuropsychiatrie ;	24 : chirurgie générale ;	84 : hygiène et santé publique ;	26 : chirurgie plastique ;	85 : omnipraticien ;	28 : chirurgie thoracique ;	86 : électroencéphalographie ;	30 : neurochirurgie ;	87 : oncologie médicale ;	32 : ophtalmologie ;	89 : gériatrie ;		90 : psychiatrie ;		91 : génétique médicale ;		92 : médecine d'urgence ;		96 : chirurgie cardiaque.
01 : immunologie clinique et allergie ;	34 : chirurgie orthopédique ;																																																				
02 : cardiologie ;	36 : oto-rhino-laryngologie ;																																																				
03 : dermatologie ;	38 : urologie ;																																																				
04 : endocrinologie ;	50 : anesthésie-réanimation ;																																																				
05 : gastro-entérologie ;	59 : santé communautaire ;																																																				
06 : hématologie ;	60 : gynécologie ;																																																				
07 : médecine interne ;	62 : obstétrique ;																																																				
08 : néphrologie ;	66 : obstétrique gynécologie ;																																																				
09 : neurologie ;	69 : pathologie clinique ;																																																				
10 : physiatrie ;	70 : anatomopathologie ;																																																				
11 : pneumologie ;	71 : biochimie médicale ;																																																				
12 : rhumatologie ;	73 : microbiologie médicale et infectiologie ;																																																				
13 : orthodontie ;	76 : radiologie diagnostique ;																																																				
14 : périodontie ;	77 : radio-oncologie ;																																																				
15 : prosthodontie (prothèse) ;	78 : médecine nucléaire ;																																																				
20 : chirurgie cardiovasculaire et thoracique ;	80 : pédiatrie ;																																																				
22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale ;	83 : neuropsychiatrie ;																																																				
24 : chirurgie générale ;	84 : hygiène et santé publique ;																																																				
26 : chirurgie plastique ;	85 : omnipraticien ;																																																				
28 : chirurgie thoracique ;	86 : électroencéphalographie ;																																																				
30 : neurochirurgie ;	87 : oncologie médicale ;																																																				
32 : ophtalmologie ;	89 : gériatrie ;																																																				
	90 : psychiatrie ;																																																				
	91 : génétique médicale ;																																																				
	92 : médecine d'urgence ;																																																				
	96 : chirurgie cardiaque.																																																				
PRÉCISION	Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des médecins du Québec au 18 octobre 2002.																																																				

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.34 Nombre de total de consultations

ÉLÉMENT	Nombre total de consultations.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Nombre total de consultations médicales et paramédicales données à l'utilisateur.
DESCRIPTION	Cette donnée doit être transmise pour chaque hospitalisation où il y a au moins une consultation donnée.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35 Traitement

ÉLÉMENT	Traitement
DÉFINITION	Ensemble des informations sur les actes thérapeutiques, diagnostiques, chirurgicaux et obstétricaux faits à l'installation.
DESCRIPTION	Le bloc « traitement » comprend toujours dix informations : – référence service ; – date de l'intervention ; – lieu de l'intervention ; – intervention ; – nombre d'interventions ; – statut de résidence du médecin (qui a pratiqué l'intervention) ; – spécialité du médecin (qui a pratiqué l'intervention) ; – statut de résidence du médecin (qui a pratiqué l'anesthésie) ; – spécialité du médecin (qui a pratiqué l'anesthésie) ; – technique d'anesthésie.
PRÉCISION	Il peut y avoir jusqu'à vingt traitements par abrégé comme il peut n'y en avoir aucun, sauf pour le type de soins 27 qui doit avoir au moins un traitement.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.1 Référence service (traitement)

ÉLÉMENT	Référence service (traitement).
FORMAT	1 - numérique.
DÉFINITION	Code indiquant le service où est inscrit l'utilisateur recevant le traitement.
DESCRIPTION	Cette donnée doit être transmise pour chaque code de traitement. Les valeurs possibles sont : 1 : premier service ; 2 : deuxième service ; 3 : troisième service ; 4 : quatrième service ; 9 : cinquième service et plus.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.2 Date de l'intervention (traitement)

ÉLÉMENT	Date de l'intervention
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Date où l'intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'intervention.
PRÉCISION	Lorsqu'une intervention est répétée plus d'une fois, inscrire la date de la première intervention pratiquée.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.3 Lieu de l'intervention

ÉLÉMENT	Lieu de l'intervention
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant le lieu où l'intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'intervention pratiquée. Les valeurs possibles sont les suivantes : 1 : bloc opératoire ; 2 : salle d'accouchement ; 6 : à l'extérieur dans une autre installation ; 7 : à l'extérieur dans un centre médical spécialisé associé ; 9 : autre lieu à l'intérieur de l'installation.
PRÉCISION	La valeur 6 doit être utilisée dans le cas des interventions pratiquées à l'extérieur de l'installation durant l'hospitalisation de l'utilisateur. Si l'absence est de plus de 24 heures, on devrait retrouver une valeur dans « nombre de jours de congé temporaire » (division 3.26). La valeur 7 doit être utilisée dans tous les cas où les interventions sont pratiquées dans un centre médical spécialisé associé lors d'une chirurgie d'un jour ou durant l'hospitalisation. Pour les hospitalisations, si l'absence est de plus de 24 heures, on devrait retrouver une valeur dans « nombre de jours de congé temporaire » (division 3.26).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.4 Intervention

ÉLÉMENT Intervention

DÉFINITION Interventions pratiquées pendant l'hospitalisation d'un usager.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire si une ou des interventions ont été pratiquées à l'installation au cours de l'hospitalisation.

Le bloc « code d'intervention » comprend 4 informations :

- 1) code de l'intervention ;
- 2) attribut de situation ;
- 3) attribut de lieu ;
- 4) attribut d'étendue.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.4.1 Code de l'intervention

ÉLÉMENT	Code de l'intervention
FORMAT	10 – alphanumérique.
DÉFINITION	Interventions pratiquées pendant l'hospitalisation d'un usager et correspondant à la <i>Classification canadienne des interventions (CCI)</i> .
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire si une ou des interventions ont été pratiquées à l'installation au cours de l'hospitalisation et le code doit être présent dans la table de validation des interventions fournie par MED-ÉCHO (division 5.3).
PRÉCISION	MED-ÉCHO exige toujours au moins sept caractères pour le code de l'intervention.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.4.2 Attribut de situation

ÉLÉMENT	Attribut de situation
FORMAT	2– alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la <i>Classification canadienne des interventions (CCI)</i> , l'attribut de situation permet de décrire 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.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour certains codes d'interventions et sera validée par la table de validation de l'attribut de situation (division 5.3.4)

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.4.3 Attribut de lieu

ÉLÉMENT	Attribut de lieu
FORMAT	2– alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la <i>Classification canadienne des interventions (CCI)</i> , l'attribut de lieu permet d'identifier les détails et données anatomiques supplémentaires.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour certains codes d'intervention et sera validée par la table de validation de l'attribut de lieu (division 5.3.3).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.4.4 Attribut d'étendue

ÉLÉMENT	Attribut d'étendue
FORMAT	2– alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la <i>Classification canadienne des interventions (CCI)</i> , l'attribut d'étendue permet d'indiquer, si nécessaire, une mesure quantitative relative à l'intervention.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour certains codes d'intervention et sera validée par la table de l'attribut d'étendue (division 5.3.2).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.5 Nombre d'interventions

ÉLÉMENT	Nombre d'interventions
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Indication du nombre de fois qu'une intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'intervention transmis et peut prendre les valeurs de 00 à 99.
PRÉCISION	Les codes d'interventions associés au nombre d'interventions ayant la valeur 00 ne seront pas retenus pour l'attribution des DRG. La valeur 0 peut être utilisée afin d'indiquer qu'il s'agit d'un traitement qui est fait à l'occasion d'une hospitalisation, mais qui n'est pas en lien avec le diagnostic principal. Il s'agit souvent de traitements bénins qui conduisent à l'attribution d'un DRG non significatif, qui ne reflète pas la raison de l'hospitalisation. (Exemple : 477 - Opération sans lien avec le diagnostic principal). La valeur 0 peut également être utilisée lorsque l'intervention a lieu à l'extérieur dans une autre installation (lieu de l'intervention=6).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.6 Statut de résidence du médecin (traitement)

ÉLÉMENT	Statut de résidence du médecin (traitement).
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant le groupe auquel appartient le médecin qui a posé l'acte.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes : 1 : médecin résidant au Québec ; 2 : dentiste résidant au Québec ; 6 : médecin résidant hors du Québec ; 7 : dentiste résidant hors du Québec ; 9 : non-médecin.
PRÉCISION	Un acte peut être posé par un intervenant qui n'est pas médecin. Dans ce cas, la valeur 9 (non-médecin) sera utilisée.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.7 Spécialité du médecin (traitement)

ÉLÉMENT	Spécialité du médecin (traitement).
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant la spécialité du médecin ou de l'intervenant qui a posé l'acte.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'acte et peut prendre les valeurs suivantes :

01 : immunologie clinique et allergie ;	50 : anesthésie-réanimation ;
02 : cardiologie ;	59 : santé communautaire ;
03 : dermatologie ;	60 : gynécologie ;
04 : endocrinologie ;	62 : obstétrique ;
05 : gastro-entérologie ;	66 : obstétrique : gynécologie ;
06 : hématologie ;	69 : pathologie clinique ;
07 : médecine interne ;	70 : anatomopathologie ;
08 : néphrologie ;	71 : biochimie médicale ;
09 : neurologie ;	73 : microbiologie médicale et infectiologie ;
10 : physiatrie ;	76 : radiologie diagnostique ;
11 : pneumologie ;	77 : radio-oncologie ;
12 : rhumatologie ;	78 : médecine nucléaire ;
13 : orthodontie ;	80 : pédiatrie ;
14 : périodontie ;	83 : neuropsychiatrie ;
15 : prosthodontie (prothèse) ;	84 : hygiène et santé publique ;
20 : chirurgie cardiovasculaire et thoracique ;	85 : omniopratique ;
22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale ;	86 : électroencéphalographie ;
24 : chirurgie générale ;	87 : oncologie médicale ;
26 : chirurgie plastique ;	88 : acte posé par un non-médecin ;
28 : chirurgie thoracique ;	89 : gériatrie ;
30 : neurochirurgie ;	90 : psychiatrie ;
32 : ophtalmologie ;	91 : génétique médicale ;
34 : chirurgie orthopédique ;	92 : médecine d'urgence ;
36 : oto-rhino-laryngologie ;	96 : chirurgie cardiaque ;
38 : urologie ;	99 : acte posé par une sage-femme.

PRÉCISION	Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des médecins du Québec au 18 octobre 2002.
-----------	---

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.8 Statut de résidence du médecin (anesthésie)

ÉLÉMENT	Statut de résidence du médecin (anesthésie).
FORMAT	1 - numérique.
DÉFINITION	Code précisant le groupe auquel appartient le médecin qui a pratiqué l'anesthésie.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'acte posé sous anesthésie. Les valeurs possibles sont : 1) médecin résidant au Québec ; 2) dentiste résidant au Québec ; 6) médecin résidant hors du Québec ; 7) dentiste résidant hors du Québec.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.9 Spécialité du médecin (anesthésie)

ÉLÉMENT	Spécialité du médecin (anesthésie).
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant la spécialité du médecin qui a pratiqué l'anesthésie.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'acte posé sous anesthésie et peut prendre les valeurs suivantes :

01 : immunologie clinique et allergie ;	36 : oto-rhino-laryngologie ;
02 : cardiologie ;	38 : urologie ;
03 : dermatologie ;	50 : anesthésie-réanimation ;
04 : endocrinologie ;	59 : santé communautaire ;
05 : gastro-entérologie ;	60 : gynécologie ;
06 : hématologie ;	62 : obstétrique ;
07 : médecine interne ;	66 : obstétrique : gynécologie ;
08 : néphrologie ;	69 : pathologie clinique ;
09 : neurologie ;	70 : anatomopathologie ;
10 : physiatrie ;	71 : biochimie médicale ;
11 : pneumologie ;	73 : microbiologie médicale et infectiologie ;
12 : rhumatologie ;	76 : radiologie diagnostique ;
13 : orthodontie ;	77 : radio-oncologie ;
14 : périodontie ;	78 : médecine nucléaire ;
15 : prosthodontie (prothèse) ;	80 : pédiatrie ;
20 : chirurgie cardiovasculaire et thoracique ;	83 : neuropsychiatrie ;
22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale ;	84 : hygiène et santé publique ;
24 : chirurgie générale ;	85 : omni-pratique ;
26 : chirurgie plastique ;	86 : électroencéphalographie ;
28 : chirurgie thoracique ;	87 : oncologie médicale ;
30 : neurochirurgie ;	89 : gériatrie ;
32 : ophtalmologie ;	90 : psychiatrie ;
34 : chirurgie orthopédique ;	91 : génétique médicale ;
	92 : médecine d'urgence ;
	96 : chirurgie cardiaque.

PRÉCISION	Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des médecins du Québec au 18 octobre 2002.
-----------	---

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.10 Technique d'anesthésie

ÉLÉMENT	Technique d'anesthésie.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant le genre d'anesthésie utilisée pour le traitement.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'acte posé. Les valeurs possibles sont les suivantes :

- 99 : aucune anesthésie ;
- 01 : anesthésie de conduction isolée d'un ou de plusieurs nerfs périphériques, y compris les infiltrations régionales ou thérapeutique. Ex. : anesthésique topique vaporisé ; anesthésie locale (bloc honteux, bloc facettaire (souvent fait par des physiatres ou des radiologistes), bloc paracervical, bloc paravertébral, bloc stellaire, bloc du plexus brachial, anesthésie des lèvres d'une plaie) ;
- 02 : anesthésie péridurale seulement ;
- 03 : anesthésie rachidienne seulement ;
- 04 : anesthésie intraveineuse seulement ;
- 05 : anesthésie par inhalation (masque) seulement ;
- 06 : anesthésie générale par intraveineuse (valeur 04) et par inhalation (valeur 05) ;
- 07 : anesthésie loco-régionale (valeur 01, 02 ou 03) et générale (valeur 04 ou 06) ;
- 08 : anesthésie générale avec hypothermie ;
- 09 : anesthésie générale avec hypothermie et circulation extracorporelle ;
- 10 : anesthésie générale avec hypotension contrôlée ;
- 11 : hypothermie provoquée sans anesthésie générale ;
- 12 : anesthésie générale avec circulation extracorporelle ;
- 13 : hypnose ;
- 14 : acupuncture ;
- 15 : anesthésie par réfrigération locale.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36 Soins intensifs

ÉLÉMENT	Soins intensifs.
DÉFINITION	Soins spéciaux et de surveillance continue des usagers dont l'état nécessite la présence constante du personnel infirmier.
DESCRIPTION	Le bloc «soins intensifs» comprend deux informations : 1) code de l'unité ; 2) nombre de jours. Ces informations sont obligatoires pour les installations ayant un regroupement physique de lits de soins intensifs lorsqu'un usager y séjourne.
PRÉCISION	Il peut y avoir jusqu'à trois séjours différents à l'unité de soins intensifs par abrégé comme il peut n'y en avoir aucun.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.1 Code de l'unité

ÉLÉMENT	Code de l'unité.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code précisant le type d'unité de soins intensifs dont il s'agit.
DESCRIPTION	Les valeurs permises sont : 01 : soins intensifs ; 02 : soins intensifs post-chirurgicaux ; 03 : soins intensifs coronariens ; 04 : soins intensifs neurologiques ; 05 : soins intensifs aux grands brûlés ; 06 : soins intensifs néonataux ; 07 : soins intensifs de traumatologie.
PRÉCISION	Si l'ajout de codes se révèle nécessaire, communiquer avec les responsables de MED-ÉCHO au MSSS.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.2 Nombre de jours (soins intensifs)

ÉLÉMENT	Nombre de jours (soins intensifs).
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de jours durant lesquels l'utilisateur a séjourné à l'unité de soins intensifs.
DESCRIPTION	Les valeurs permises vont de 01 à 99.
PRÉCISION	Ces jours sont inclus dans le «nombre de jours (service)» (division 3.31.5) et dans le «séjour total» (division 3.27).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37 Tumeur

ÉLÉMENT	Tumeur
DÉFINITION	Code de diagnostic de la CIM-10-CA compris entre C00 et D09 inclusivement, entre D32 et D33 et entre D37 et D48.
DESCRIPTION	En présence d'au moins un diagnostic de tumeur et seulement dans ce cas, les informations du bloc « tumeur » sont obligatoires. Ce bloc comprend cinq informations : 1 : nom du père ; 2 : prénom du père ; 3 : nom de la mère à la naissance ; 4 : prénom de la mère ; 5 : code de la tumeur.
PRÉCISION	

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.1 Nom du père

ÉLÉMENT	Nom du père à la naissance
FORMAT	14 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom à la naissance du père de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Avec un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.
PRÉCISION	Les signes tels que le trait d'union, l'apostrophe, la cédille, le tiret, les accents et les blancs sont acceptés dans le nom et doivent être transmis. Exemple : L'Archevêque se transmet tel quel.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.37.2 Prénom du père

ÉLÉMENT	Prénom du père
FORMAT	10 – alphabétique.
DÉFINITION	Prénom du père de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Quand il y a un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.
PRÉCISION	Les signes tels que le trait d'union, l'apostrophe, la cédille, le tiret, les accents et les blancs sont acceptés dans le prénom et doivent être transmis. Exemple : Jean-François se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.3 Nom de la mère à la naissance

ÉLÉMENT	Nom de la mère à la naissance
FORMAT	14 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom à la naissance de la mère de l'utilisateur.
DESCRIPTION	Avec un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue. Les signes tels que le trait d'union, l'apostrophe, la cédille, le tiret, les accents et les blancs sont acceptés dans le nom et doivent être transmis. Exemple : Mc Mahon se transmet tel quel.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.37.4 Prénom de la mère

ÉLÉMENT Prénom de la mère

FORMAT 10 – alphabétique.

DÉFINITION Prénom de la mère de l'utilisateur.

DESCRIPTION Quand il y a un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.

Les signes tels que le trait d'union, l'apostrophe, la cédille, le tiret, les accents et les blancs sont acceptés dans le prénom et doivent être transmis.

Exemple : Jeanne d'Arc se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5 Code de tumeur

ÉLÉMENT	Code de tumeur.
DÉFINITION	Description du siège, de la morphologie et du mode de diagnostic de la tumeur.
DESCRIPTION	Pour chaque tumeur différente, les informations suivantes sont transmises : 1) topographie de la tumeur ; 2) morphologie de la tumeur ; 3) mode de diagnostic.
PRÉCISION	Il y a possibilité de transmettre l'information sur le siège de trois tumeurs ou métastases par abrégé.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.1 Topographie de la tumeur

ÉLÉMENT	Topographie de la tumeur
FORMAT	7– alphanumérique.
DÉFINITION	Code de la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> indiquant le siège de la tumeur ou de la métastase.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire quand il y a tumeur et doit être identique à l'un des diagnostics déjà inscrits dans « diagnostic principal », « diagnostic (service) » ou « diagnostic (autres diagnostics) », (jusqu'à concurrence de trois). Les valeurs possibles pour les codes de topographie sont : C00 à D09 ; D32 à D33 ; D37 à D48.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.2 Morphologie de la tumeur

ÉLÉMENT	Morphologie de la tumeur		
FORMAT	6 – numérique.		
DÉFINITION	Précision sur le type histologique de la tumeur (quatre premiers chiffres) codé d'après la <i>Classification internationale des maladies-Oncologie</i> (3 ^e édition), le comportement évolutif de celle-ci (cinquième chiffre) et le grade de différenciation de la tumeur maligne (6 ^e chiffre). Le 6 ^e chiffre peut aussi indiquer le type de cellules dans le cas de lymphome et de leucémie.		
DESCRIPTION	Donnée obligatoire pour chaque code de topographie inscrit. Les valeurs possibles sont : 1) les quatre premiers chiffres du code qui précisent le type histologique de la tumeur et qui doit figurer dans la table de validation des codes de morphologie tumeur fournie par MED-ÉCHO (division 5.2) ; 2) un cinquième chiffre qui renseigne sur le comportement évolutif de la tumeur : 0 : tumeur bénigne ; 1 : évolution incertaine (tumeur bénigne ou maligne) ; 2 : carcinome <i>in situ</i> ; 3 : tumeur maligne primitive ; 6 : tumeur maligne métastatique ; 9 : tumeur maligne, origine incertaine (tumeur primitive ou métastatique). 3) un sixième chiffre qui renseigne sur le grade de différenciation de la tumeur maligne ou sur le type de cellules dans le cas de lymphome ou leucémie. Code de grade : <table><tr><td>9</td><td>Grade ou différenciation non déterminé(e), non cité(e) ou inapplicable</td></tr></table>	9	Grade ou différenciation non déterminé(e), non cité(e) ou inapplicable
9	Grade ou différenciation non déterminé(e), non cité(e) ou inapplicable		

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.2 Morphologie de la tumeur

Types de cellules des lymphomes et leucémies :

9 Type de cellule non déterminé, non cité ou inapplicable

PRÉCISION Pour chaque « code de tumeur », il doit y avoir au moins un code de « morphologie de la tumeur ».

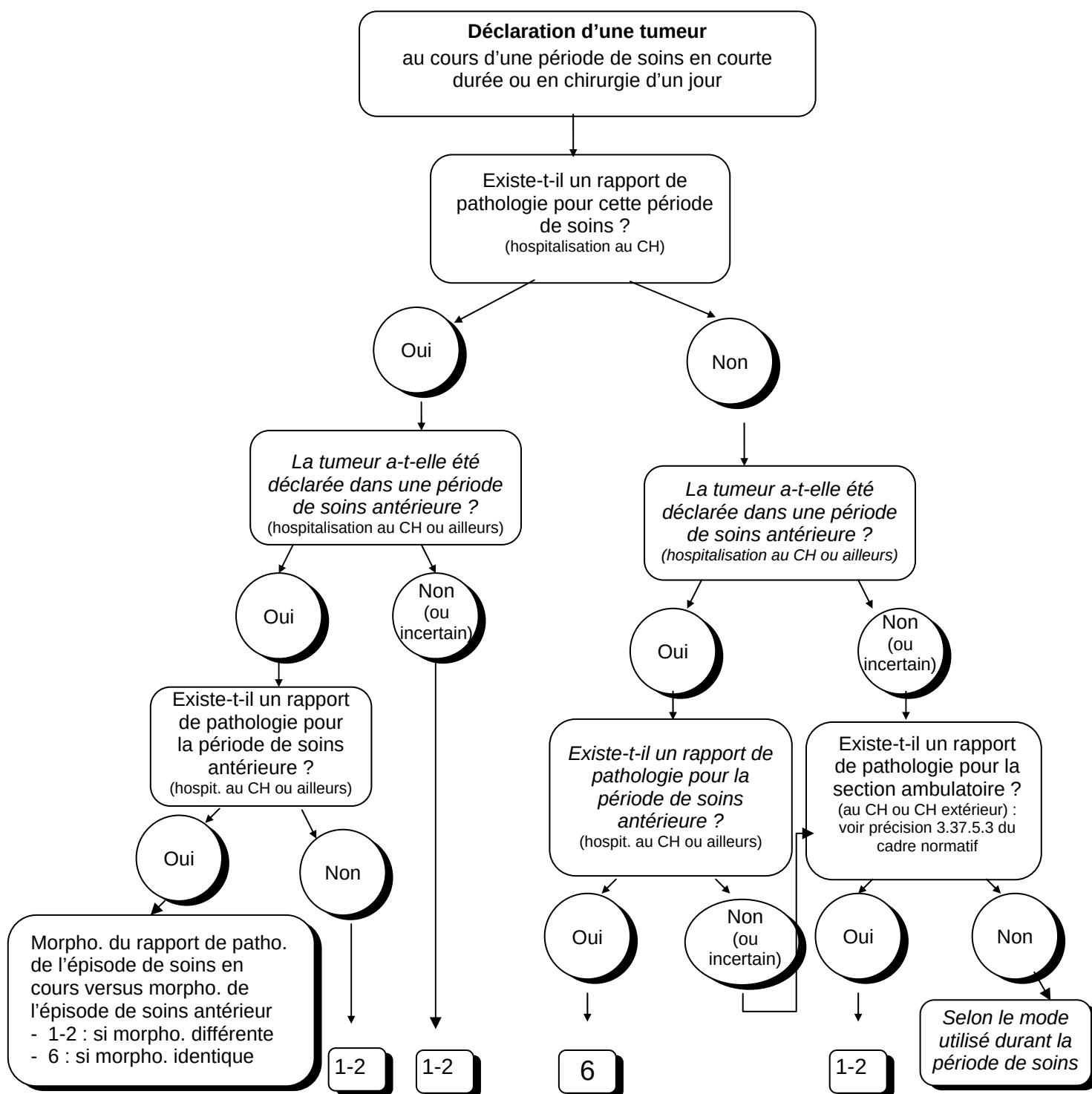
Pour les années 2006 et plus la seule valeur permise pour le grade et le type de cellule sera « 9 ».

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.3 Mode de diagnostic

ÉLÉMENT	Mode de diagnostic
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser la méthode utilisée pour diagnostiquer la tumeur.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque « code de tumeur ». Les valeurs possibles sont : 1 : biopsie ou histologie ; 2 : cytologie ; 3 : autopsie ; 4 : radiologie (médecine nucléaire) ; 5 : examen clinique ; 6 : examen de dépistage fait antérieurement.
PRÉCISION	Si le diagnostic est confirmé par biopsie ou cytologie, la « morphologie de la tumeur » doit être codée d'après le rapport de pathologie ou cytologie. L'arbre de décision, représenté à la page suivante, doit être utilisé afin d'uniformiser l'utilisation des modes de diagnostic 1, 2 et 6. La « déclaration d'une tumeur » signifie un diagnostic de tumeur déclaré à MED-ÉCHO pendant une hospitalisation en courte durée ou en chirurgie d'un jour. La « section ambulatoire » comprend les consultations externes, la médecine de jour, l'urgence ou une autre installation. Cette dernière précision est apportée à la demande des responsables du fichier des tumeurs du Québec.

Précision sur les modes de diagnostic 1 et 6



CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38 Décès

ÉLÉMENT	Décès.
DÉFINITION	Mort de l'utilisateur au cours de son hospitalisation.
DESCRIPTION	Les informations du bloc « décès » sont obligatoires dans le cas d'un usager hospitalisé ou inscrit à l'unité de chirurgie d'un jour et qui décède, les trois informations suivantes doivent alors être transmises : 1) cause immédiate du décès ; 2) type de décès ; 3) autopsie.
PRÉCISION	Les données ci-dessus doivent aussi être transmises lorsque le décès survient au cours d'un congé temporaire, sauf si le décès est constaté dans une autre installation.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38.1 Cause immédiate du décès

ÉLÉMENT	Cause immédiate du décès
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Maladie ou affection morbide ayant provoqué le décès codée selon la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> . La cause du décès est établie par le médecin.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et le code de la CIM-10-CA précisant la cause de décès doit être un des diagnostics déjà mentionnés (divisions 3.30, 3.31.6, 3.32.2).
PRÉCISION	Le diagnostic d'une tumeur primaire ou celui d'une métastase est accepté comme cause immédiate de décès.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38.2 Type de décès

ÉLÉMENT	Type de décès.
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code permettant de classer les décès selon les types définis dans les <i>Normes en archives médicales pour les centres hospitaliers de courte durée</i> .
DESCRIPTION	Les valeurs possibles sont : 1 : décès peropératoire (décès survenu en salle d'opération) ; 2 : décès postopératoire (décès dans les 10 jours ou moins suivant l'intervention chirurgicale d'un usager) ; 5 : décès maternel (décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de celle-ci, si le décès n'est ni accidentel ni fortuit) ; 6 : autres type de décès ; 7 : décès néonatal précoce (7 jours et moins de vie révolu du nouveau-né); 8 : décès néonatal tardif (de la 8^e à la 27^e journée (incluse) de vie révolu du nouveau-né);
PRÉCISION	1) Les types de décès maternel et néonatal sont toujours prioritaires. Ex. : Une femme qui décède pendant une césarienne doit être un décès maternel (valeur 5). 2) Un usager réadmis, dans la même installation, et qui décède dans les 10 jours ou moins suivant l'intervention chirurgicale doit être considéré comme un décès postopératoire 3) Pour calculer le nombre de jours de vie révolu, il faut tenir compte de l'heure de naissance et de l'heure de décès. Pour qu'un jour soit considéré comme révolu, il doit contenir 24 heures de vie. L'heure de décès doit donc avoir une valeur supérieure à l'heure de naissance. Exemple : 1) Naissance le 1^{er} juin à 7h00 Décès le 9 juin à 2h00 Il y a donc 7 jours de vie révolu (valeur 7) 2) Naissance le 1^{er} juin à 7h00 Décès le 9 juin à 23h00 Il y a 8 jours de vie révolu (valeur 8)

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38.3 Autopsie

ÉLÉMENT	Autopsie.
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant si une autopsie a été faite après un décès et s'il y a eu ou non une enquête du coroner.
DESCRIPTION	Les valeurs possibles sont : 1 : pas d'autopsie ; 2 : enquête du coroner sans autopsie ; 3 : autopsie sans enquête du coroner ; 4 : enquête du coroner avec autopsie en centre hospitalier ; sont incluses les autopsies faites dans un autre centre hospitalier suite à une entente ou à un contrat ; 5 : enquête du coroner avec autopsie à l'extérieur du centre hospitalier, (ex. : à la morgue) ; 6 : information non présente dans le dossier médical ; 7 : enquête du coroner, autopsie non mentionnée au dossier ; 8 : cadavre donné pour l'étude de l'anatomie.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.39 Mortinaissance

ÉLÉMENT	Mortinaissance.
DÉFINITION	Terme utilisé surtout pour des fins statistiques et correspondant à la notion de mort-né, c'est-à-dire un produit de conception pesant 500 grammes et plus qui, après l'expulsion complète, ne présente aucun signe de vie.
DESCRIPTION	Le bloc «mortinaissance» comprend deux informations qui doivent être obligatoirement transmises en présence d'un diagnostic de mort-né : 1) le nombre de mortinaissances ; 2) le nombre de mortinaissances autopsiées.
PRÉCISION	Cette information porte sur les suites de la grossesse actuelle et non sur des grossesses antérieures. Dans le système MED-ÉCHO, il n'y a pas d'abrégié pour les mort-nés. Les données concernant les mortinaissances sont transmises sur l'abrégié de la mère.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.39.1 Nombre de mortinaissances

ÉLÉMENT Nombre de mortinaissances.

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Nombre de mort-nés faisant suite à la présente grossesse.

DESCRIPTION Les valeurs permises vont de 1 à 8.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.39.2 Nombre de mortinaissances autopsiées

ÉLÉMENT	Nombre de mortinaissances autopsiées.
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Il s'agit du nombre de mort-nés sur lesquels on a pratiqué une autopsie.
DESCRIPTION	Les valeurs permises vont de 0 à 8.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.40 Masse à la naissance

ÉLÉMENT	Masse à la naissance.
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Masse, exprimée en grammes, d'un produit de conception de plus de 100 grammes en cas de naissance vivante ou de 500 grammes et plus en cas de mortinaissance.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque naissance et doit apparaître : 1) sur l'abrégé de l'enfant né à l'installation ; 2) sur l'abrégé de l'enfant admis dans les 28 premiers jours de vie ; 3) sur l'abrégé de la mère qui accouche à l'installation. Les valeurs permises sont de 100 grammes et plus.
PRÉCISIONS	1) Sur l'abrégé de l'enfant, la masse doit être inscrite dans la première zone de «masse à la naissance». 2) Sur l'abrégé de la mère, il est possible d'inscrire la masse de triplés. S'il naît quatre enfants ou plus, transmettre la masse des trois premiers.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.41 Durée de la gestation

ÉLÉMENT	Durée de la gestation.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Évaluation du temps, en nombre de semaines, de la présente grossesse.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire sur l'abrégé de l'enfant né à l'installation et sur l'abrégé de la mère lorsqu'il y a naissance vivante ou mortinaissance. Les valeurs possibles vont de 01 à 48.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.42 Numéro de dossier médical de la mère

ÉLÉMENT	Numéro de dossier de la mère.
FORMAT	12 – alphanumérique.
DÉFINITION	Numéro de dossier médical de la mère de l'enfant né à l'installation.
DESCRIPTION	Donnée à transmettre sur l'abrégé du nouveau-né.

CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

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

CHAPITRE 4 Validation

Division

Table des matières

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.i Validation unitaire et validation de contexte

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

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

Des validations par rapport à l'âge et le sexe sont également effectuées lors de l'utilisation de certains diagnostics et certaines interventions. Ces validations sont contenues dans les tables de validation du chapitre 5.

Un message d'AVERTISSEMENT est émis lorsqu'un diagnostic non-fréquent est utilisé dans l'application locale. Ces diagnostics sont identifiés dans la table 5.5.1 du chapitre 5.

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Validation de contexte pour certains diagnostics et interventions

Les validations de cette division sont de type avertissement.

A	ON NE DEVRAIT PAS RETROUVER...
A-1	On ne devrait pas retrouver de code de saignement gastrointestinal (K92.0, K92.1, K92.2) avec un code d'hémorragie gastrointestinale (A09.0, A09.9, I98.3, K22.6, K25.0, K25.2, K25.4, K25.6, K26.0, K26.2, K26.4, K26.6, K27.0, K27.2, K27.4, K27.6, K28.0, K28.2, K28.4, K28.6, K29.0, K31.80, K55.20, K63.80) dans le même épisode de soins
A-2	On ne devrait pas retrouver de code d'anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose (R73.0) ou de code d'hyperglycémie, sans précision (R73.9) dans un épisode de soins où l'on retrouve un code de diabète (E10._, E11._, E13._, E14._)
A-3	On ne devrait pas retrouver de code de diabète sans complication (E10.9, E11.9, E13.9, E14.9) avec un code de diabète avec complication dans le même épisode de soins (E10.0 à .7, E11.0 à .7, E13.0 à .7 ou E14.0 à .7)
A-4	On ne devrait pas retrouver de code de déshydratation (E86.0) en diagnostic principal lorsqu'un usager est admis pour un problème gastro-intestinal (K52._, A09, A02.0, A05.9, A07.2, A08.0 à A08.5, J10.8, J11.8). La déshydratation doit toujours être codée en tout autre diagnostic* et le problème gastro-intestinal en principal.
A-5	On ne devrait pas retrouver de code de lésion intracrânienne (S06._) en tout autre diagnostic* avec un code de fracture du crâne (S02._) en principal
A-6	On ne devrait pas retrouver de code d'insuffisance respiratoire (J96._) avec un code de syndrome détresse respiratoire de l'adulte (J80) dans le même épisode de soins
A-7	On ne devrait pas retrouver de codes d'obstétrique (O10._ à O99._) post-partum (6è position : 4) avec un code d'intervention d'accouchement (5.MD.50._) ou de césarienne (5.MD.60._) dans le même épisode de soins
A-8	On ne devrait pas retrouver de 6è position de code d'obstétrique autre que 9 pour les codes O10._-O16._, O21._-O28._, O30._-O45._, O61._-O66._, O70._-O71._, O74._-O75._, O89._, O95._, O98._ ou O99._ codés en tout autre diagnostic* dans le même épisode de soins qu'un avortement (O00._-O08._) en diagnostic principal.
A-9	On ne devrait pas retrouver de code de traitement non obstétrical sur les trompes (1.RD.89.^, 1.RF.52.^, 1.RF.56.^, 1.RF.80.^, 1.RF.87.^, 1.RF.89.^) avec un code de grossesse extra utérine (O00._) en diagnostic principal
A-10	On ne devrait pas retrouver de code de diagnostic M16._ (arthrose de la hanche) en diagnostic principal avec un code d'intervention décrivant une arthroplastie du genou (1.VG.53.^)
A-11	On ne devrait pas retrouver de code de diagnostic M17._ (arthrose du genou) en diagnostic principal avec un code d'intervention décrivant une arthroplastie de la hanche (1.VA.53.^)

*Tout autre diagnostic : diagnostic service (3.31.6) ou autre diagnostic (3.32.2)

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Validation de contexte pour certains diagnostics et interventions

B	ON DEVRAIT RETROUVER
B-1	On devrait toujours retrouver des codes de diabète du même niveau dans un épisode de soins (Tous des E10._ ou tous des E11._ ou tous des E13._ ou tous des E14._)
B-2	On devrait retrouver un seul code d'hypertension (I10._, I11._, I12._, I13._ ou I15._) par épisode de soins
B-3	On devrait toujours retrouver la même 6 ^è position pour les codes d'obstétrique (O10._ à O99._) d'un épisode de soins sauf pour les 6 ^è positions 1 et 2 qui peuvent figurer dans un même épisode de soins
B-4	On devrait retrouver un code de pourcentage de surface corporelle (T31 ou T32) avec les codes de brûlure ou de corrosion T20._ à T25._ et T29._ dans un épisode de soins
B-5	On devrait retrouver un seul code T31._ par épisode de soins
B-6	On devrait retrouver un seul code T32._ par épisode de soins
B-7	On devrait retrouver un seul code J44._ <i>Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques</i> par épisode de soins.
B-8	On devrait toujours retrouver un attribut de lieu différent de zéro pour au moins un code 1.SY.80.^ de l'épisode de soins lorsqu'il y a un diagnostic principal de hernie peu importe la localisation (K40._, K41._, K42._, K43._, K45._ ou K46._)

*Tout autre diagnostic : diagnostic service (3.31.6) ou autre diagnostic (3.32.2)

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.1 Blocs à répétition

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

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

AUTRES DIAGNOSTICS

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

CONSULTATION MÉDICALE

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

SERVICE

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

SOINS INTENSIFS

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

TRAITEMENT

Toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque acte posé au cours de l'hospitalisation de l'utilisateur.

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

RÉFÉRENCE SERVICE

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

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

DIAGNOSTIC

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 2I** Les trois premiers « autres diagnostics » correspondant à des codes de tumeur différents (compris entre C00 et D09 ou entre D32 et D33 ou entre D37 et D48), , doivent obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur», à moins que tous les espaces du bloc « code de tumeur » ne soient occupés en priorité par le « diagnostic principal » et des « diagnostics (service) ».

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CARACTÉRISTIQUE DU DIAGNOSTIC

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

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.3 Code de cause extérieure d'accident

- 3A** Si on est en présence d'un « code de cause extérieure d'accident » la valeur de « responsabilité de paiement » doit être différente de : 01 (MSSS sans accident) sauf pour les codes qui correspondent au groupe « médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique » (compris entre Y40 et Y59) ou du groupe « actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention » (compris entre Y83 et Y84) ou de la rubrique « Actes médicaux et chirurgicaux considérés comme cause externe de séquelles » (Y88).
- 3B** Le code de cause extérieure d'accident W00 à Y34 (à l'exception des codes Y06 et Y07) doit être obligatoirement accompagné d'un code de lieu d'accident (U98).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.4 Code géographique

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.5 Consultation médicale

- 5A** Le bloc «consultation médicale» ne peut être répété plus de fois que la valeur inscrite dans « nombre total de consultations ».

RÉFÉRENCE SERVICE

- 5B** Si la valeur de «référence service (consultation)» est comprise entre 1 et 4, le bloc «service» doit avoir été utilisé un même nombre de fois.

Si la valeur de «référence service (consultation)» est 9, cela veut dire que l'usager a séjourné dans plus de quatre services; donc le bloc «service» doit avoir été rempli quatre fois.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.6 Date et heure de sortie

- 6A** La valeur de « date de sortie » doit être supérieure ou égale à la valeur de « date d'admission ».
- 6B** La valeur de « date de sortie » doit être comprise dans la table des périodes financières (voir section 5.11).

Si la valeur de « date de sortie » égale la valeur de « date de d'admission » :

- 6C** la valeur de « séjour total » doit être 0001 (un jour) ;
- 6D** la valeur de « heure de sortie » doit être supérieure à la valeur de « heure d'admission ».
- 6E** Si la valeur de « date de sortie » est différente de la valeur de « date d'admission », la valeur de « séjour total » doit être égale à la différence entre ces deux valeurs.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.7 Date d'accident

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.8 Date d'inscription à l'urgence

8A La valeur « date d'inscription à l'urgence » ne peut être supérieure à la valeur « date d'admission ».

8B AVERTISSEMENT - La valeur « date d'inscription à l'urgence » ne peut-être inférieure de plus de quinze à la valeur « date d'admission ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.9 Décès

- 9A** La valeur « cause immédiate du décès » doit avoir un code correspondant à un des diagnostics.
- 9B** Si la valeur de « type de décès » est 5 (décès maternel), la valeur « sexe » doit être F (féminin).
- 9C** Si la valeur « type de décès » est 5 (décès maternel), la différence des valeurs « date de sortie » et « date de naissance » doit être entre 10 et 60 ans.
- Si la valeur « type de décès » est 7 (néonatal précoce), la différence des valeurs « date de sortie » et « date de naissance » doit être inférieure à 8 jours.
- Si la valeur « type de décès » est 8 (néonatal tardif), la différence des valeurs « date de sortie » et « date de naissance » doit être inférieure à 28 jours.
- 9D** La présence d'une valeur « type de décès » implique l'inscription d'une « cause immédiate du décès ».
- 9E** La présence d'une valeur « type de décès » rend obligatoire une valeur dans « autopsie »; en l'absence d'une valeur « type de décès », aucune valeur « autopsie » ne doit être inscrite.
- 9F** En présence d'une valeur « type de décès », la valeur « type de destination » sera 30 (maison funéraire) et, en l'absence d'une valeur « type de décès », la valeur « type de destination » doit être autre que 30.
- 9G** Le code de diagnostic correspondant à la valeur « cause immédiate de décès » ne doit pas avoir la valeur 9 (à usage local du CH) pour la « caractéristique du diagnostic ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 Diagnostic principal

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

Pour un accouchement normal :

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

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

MORTINAISSANCE

- 10K** Les codes de diagnostic de mortinaissance (Z37.1_, Z37.3_, Z37.4_, Z37.6_, Z37.7_) ne peuvent pas être utilisés comme « diagnostic principal ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 Diagnostic principal

TUMEUR

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

DIAGNOSTIC

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

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

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

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 10U** Le « diagnostic principal » correspondant à un code de tumeur (compris entre C00 et D09 ou entre D32 et D33 ou entre D37 et D48) doit obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.11 État civil

- 11A** Si la valeur inscrite à «état civil» est 3 (marié) ou 4 (séparé, divorcé ou veuf); la différence entre les valeurs «date d'admission» et «date de naissance» doit être supérieure à 13 ans.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.12 Mortinaissance

Si une valeur est inscrite dans « nombre de mortinaissances » :

- 12A** la valeur « sexe » doit être F (féminin) ;
- 12B** la valeur « nombre de mortinaissances » ne peut être inférieure à la valeur « nombre de mortinaissances autopsiées » ;
- 12C** le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostic » doit correspondre à une complication de la grossesse de l'accouchement et des suites de couches (O10 à O99). La sixième position de ce code doit indiquer qu'il y a eu accouchement (valeur 1 ou 2) et un code différent de celui d'un accouchement normal (code Z37.0_, Z37.2_, Z37.5_ ou Z37.9_) ;
- 12D** au moins une des zones « masse à la naissance » doit indiquer une valeur de 500 grammes ou plus ;
- 12E** une valeur doit être inscrite dans « durée de gestation ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.13 Nombre de jours de congé temporaire

- 13A** Le « nombre de jours de congé temporaire » doit être plus petit ou égal à la valeur du « séjour total ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.14 Nouveau-né

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.15 Responsabilité de paiement

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

NOMBRE DE JOURS

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

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

DIAGNOSTIC

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

- 16B** La valeur de « nouveau-né » doit être 0 (pas un nouveau-né) ;
- 16C** On doit retrouver une valeur 4 (admission en obstétrique) dans « type d'admission » ;
- 16D** Une valeur doit être inscrite dans « durée de la gestation » ;
- 16E** Une des zones de « masse à la naissance » doit être remplie ;
- 16F** On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^ et 5.MD.60.^
- Si le code de « diagnostic (service) » est un code de complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (entre O10 et O99.) et que la sixième position révèle que l'accouchement a eu lieu (valeur 1 ou 2) :
- 16G** On doit retrouver aussi un « autre diagnostic » ou un « diagnostic (service) commençant par Z37 » ;
- 16O** Avec un diagnostic commençant par Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_, le « type d'admission » doit avoir la valeur 5 (admission d'un nouveau-né).
- 16P** **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par P__, l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») doit être inférieur à 29 jours.

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

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

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 16H** Si un, deux ou trois « diagnostics (service) » correspondent à des codes de tumeur différents (compris entre C00 et D09 ou entre D32 à D33 ou entre D37 et D48), ils doivent figurer dans « topographie de la tumeur ».

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CODE DU SERVICE

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.17 Soins intensifs

NOMBRE DE JOURS

- 17A** La somme des valeurs de «nombre de jours (soins intensifs)» doit être inférieure ou égale à la valeur de «séjour total».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.18 Traitement

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN (ANESTHÉSIE)

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

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

RÉFÉRENCE SERVICE

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

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

STATUT DE RÉSIDENCE DU MÉDECIN (TRAITEMENT)

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

DATE DE L'INTERVENTION

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

DIAGNOSTICS

- 18E** Si le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostic » est un code de complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (entre O10 et O99) et que la sixième position révèle que l'accouchement a eu lieu (valeur 1 ou 2) ou si c'est un code d'accouchement normal (code commençant par Z37), on doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^ et 5.MD.60.^.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

19A Avec un code de « topographie de la tumeur » correspondant à un carcinome *in situ* (de D00 à D09), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi qu'il s'agit d'un carcinome *in situ* (valeur 2).

En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une évolution imprévisible ou à une tumeur de nature non précisée (de D37 à D48), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi que c'est un cas d'évolution incertaine (valeur 1).

Avec un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur maligne primitive (de C00 à C76) ou (de C81 à C96), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi que c'est une tumeur maligne primitive (valeur 3).

En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur maligne secondaire (de C77 à C79), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit indiquer elle aussi que c'est une tumeur maligne métastatique (valeur 6).

En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur bénigne du système nerveux central (de D32 à D33), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit aussi indiquer une tumeur bénigne (valeur 0).

19C Tout code de « topographie de la tumeur » compris entre C00 et D09 ou entre D32 et D33 ou entre D37 et D48) doit se retrouver dans le « diagnostic principal », un des « diagnostic (service) » ou un des « autres diagnostics ».

19D En présence d'un code commençant par C80 pour la « topographie de la tumeur », la valeur de la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit être égale à 3.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

- 19E** En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur maligne secondaire (de C77 à C79), on doit aussi retrouver un code de « topographie de la tumeur » correspondant à un siège primaire (de C00 à C76) ou un code commençant par C80 correspondant à une tumeur primitive de siège inconnu.

MODE DIAGNOSTIQUE

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

MORPHOLOGIE DE LA TUMEUR

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

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C18.0 à C18.9, C19 et C20 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8144 (adénocarcinome de type intestinal).

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C61 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8550 (adénocarcinome à cellules acineuses);

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C30.00, C30.01, C30.1 ou C31.0 à C31.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 9250 à 9341 (ostéosarcomes -sarcomes à cellules géantes, d'Ewing, odontogène);

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C38.1 à C38.8, le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8010 à 8245, 8247 à 8671, 8940 à 8941 (carcinomes) et 8720 à 8790 (mélanomes);

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C40.0 à C41.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8010 à 8060 et 8075 à 8671 et 8940 à 8941 (carcinomes) et 8720 à 8790 (mélanomes);

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C47.0 à C47.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8010 à 8671 et 8940 à 8941 (carcinomes) et 8720 à 8790 (mélanomes);

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

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

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C49.0 à C49.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8720 à 8790 (mélanomes);

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C70.0 à C70.9, C71.0 à C71.9 ou C72.0 à C72.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8010 à 8671 et 8940 à 8941 (carcinomes);

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C76.0 à C76.8 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8720 à 8790 (mélanomes), 8800 à 8811, 8813 à 8830, 8840 à 8921 (sarcomes), 8940 à 8941, 8990 à 8991, 9040 à 9044, 9120 à 9170, 9240 à 9252, 9540 à 9560 et 9580 à 9582;

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C80.0 à C80.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 8720 à 8790 (mélanomes);

AVERTISSEMENT - Si le code de « morphologie de la tumeur » est égal à 9050 à 9055 avec un code de comportement 3 (mésothéliome, tumeurs mésothéliales) le code de « topographie de la tumeur » doit être égal à C45.0 à C45.9;

AVERTISSEMENT - Si le code de « morphologie de la tumeur » est égal à 9140 avec un code de comportement 3 (sarcome de Kaposi) le code de « topographie de la tumeur » doit être égal à C46.0 à C46.9;

AVERTISSEMENT - Si le code de « morphologie de la tumeur » est compris entre 9590 et 9729 (lymphomes) le code de « topographie de la tumeur » doit être compris entre C81 à C85 ou égal à C96.3;

AVERTISSEMENT - Si le code de « morphologie de la tumeur » est égal à 8930 ou 8931 avec un code de comportement 3 (sarcome du stroma endométrial) le code de « topographie de la tumeur » doit être égal à C54.1;

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.20 Code et type de destination

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

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

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

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

Type	Code
01	≠ 0
03	≠ 0
09	≠ 0
10	≠ 0
13	≠ 0
17	≠ 0 ou = 0
21	= 0
29	≠ 0
30	≠ 0 ou = 0
31	= 0
33	≠ 0
34	= 0
40	= 0 *
60	≠ 0 ou = 0

* Valeur à transmettre à la banque centrale

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.21 Code et type de provenance

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

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

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

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

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

* Valeur à transmettre à la banque centrale

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.22 Type de soins et code de l'installation

TYPE DE SOINS ET CODE DE L'INSTALLATION

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

TYPE DE SOINS

- 22C** Si la valeur donnée à « type de soins » est 27 (chirurgie d'un jour), la valeur « date d'admission » doit être égale à la valeur « date de sortie ».
- 22D** Si on a une valeur de « type de soins » 27 (chirurgie d'un jour) ou de « type de soins » 29 (soins *post-mortem*), la seule valeur qui doit apparaître dans « type de séjour » est 0.
- 22E** Si la valeur de « type de soins » est 29 (soins *post-mortem*), la valeur de « type de destination » doit être 29 (soins *post-mortem*) ou 34 (maison funéraire après prélèvement d'organe).
- 22 F** Si la valeur de « type de soins » est 27 (chirurgie d'un jour), il doit y avoir au moins un bloc « traitement » rempli.
- 22G** La date de départ doit être comprise entre la date de début et la date de fin du « type de soins » associé au « code de l'installation ».
- 22H** Si la valeur de « type de soins » est 01 (soins de courte durée) ou 27 (chirurgie d'un jour), la valeur de « type de destination » doit être différente de 34 (maison funéraire après prélèvement d'organe).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.23 Type d'admission

Avec une valeur 5 (admission d'un nouveau-né) donnée à « type d'admission » :

- 23A** on doit avoir la valeur 1 (nouveau-né) dans « nouveau-né » ;
- 23B** la « date de naissance » doit être identique à la « date d'admission » ;
- 23C** le « numéro de dossier médical de la mère » doit être inscrit et différer du « numéro de dossier médical » de l'usager ;
- 23D** le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostics » doit correspondre à un des codes d'enfant né vivant à l'hôpital (codes Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_) ;
- 23E** la « durée de gestation » doit être inscrite ;
- 23F** la « masse à la naissance » doit être inscrite également.

SEXE

- 23G** Si la valeur 4 (admission en obstétrique) est donnée à « type d'admission », la seule valeur qu'on peut retrouver à « sexe » est F (féminin).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.24 Autres validations de dates

- 24A** Avec une valeur 0 (pas un nouveau-né) à la rubrique « nouveau-né », la valeur « date de naissance » doit être inférieure ou égale à la valeur « date d'admission ».
- 24B** **AVERTISSEMENT** - Si l'utilisateur n'est ni un nouveau-né valeur 0 à « nouveau-né », ni un touriste (« code géographique » différent de ceux qui sont compris entre 00080 et 00093), les positions 3 à 8 de la « date de naissance » (AAMMDD) doivent être identiques aux positions 5, 6, 7, 8, 9 et 10 du « numéro d'assurance maladie » sauf pour un usager de sexe féminin où il faut ajouter 50 au mois de naissance (position 7 et 8 du « numéro d'assurance maladie »).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.25 Âge

- 25A** Si l'âge à l'admission est de moins de 29 jours, (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») une zone « masse à la naissance » doit être remplie.
- 25B** **AVERTISSEMENT** – Si l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») est de 29 jours et plus aucun diagnostic commençant par P__ ne doit être inscrit.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.26 NAM

NOM ET PRÉNOM

- 26A** **AVERTISSEMENT** – Les trois premiers caractères du NAM doivent être égaux aux trois premières lettres du nom de l'utilisateur, s'il est présent.
- 26B** **AVERTISSEMENT** – Le quatrième caractère du NAM doit être égal à la première lettre du prénom de l'utilisateur, s'il est présent.

DATE DE NAISSANCE

- 26C** **AVERTISSEMENT** – Les cinquième et sixième caractères du NAM doivent être égaux à l'année de naissance de l'utilisateur.
- 26D** **AVERTISSEMENT** – Les septième et huitième caractères du NAM doivent être égaux au mois de naissance de l'utilisateur sauf pour un utilisateur de sexe féminin où il faut ajouter 50 au mois de naissance.
- 26E** **AVERTISSEMENT** – Les neuvième et dixième caractères du NAM doivent être égaux au jour de naissance de l'utilisateur.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.27 Numéro de dossier médical de la mère

- 27A** Si l'usager est un nouveau-né (valeur 1) et que le l'enfant est né au centre hospitalier (codes Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_) alors le « numéro du dossier de la mère » doit être inscrit ;

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.28 Abrégé du nouveau-né et celui de la mère

VALIDATIONS EN MODE LOCAL

Les validations suivantes doivent être appliquées en autonomie locale seulement

Dans le dossier correspondant au « numéro de dossier médical de la mère » inscrit dans l'abrégié du nouveau-né :

28A La seule valeur qu'on peut retrouver à « sexe » est F (féminin) ;

28B Il doit exister un épisode de soins.

Dans l'abrégié du nouveau-né :

28C La valeur inscrite dans « masse à la naissance » doit être identique à une des valeurs inscrites dans « masse à la naissance » du dossier correspondant au « numéro de dossier médical de la mère » inscrit dans l'abrégié du nouveau-né.

28D Si le type d'admission = 5 (né à l'installation), la date de naissance doit être égale ou supérieure à la date d'admission du dossier correspondant au « numéro de dossier médical de la mère » inscrit dans l'abrégié du nouveau-né.

Dans l'abrégié du nouveau-né et dans le dossier correspondant au « numéro de dossier médical de la mère » inscrit dans l'abrégié du nouveau-né :

28E Les valeurs inscrites dans « code postal de l'utilisateur » doivent être identiques.

28F Les valeurs inscrites dans « durée de gestation » doivent être identiques.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.29 Diagnostic d'admission

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CHAPITRE 5 Tables de validation et de description de données

Division Table des matières

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

CHAPITRE 5 Tables

Division	5.1	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, Canada (CIM-10-CA)
----------	-----	---

NOM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^e révision, Canada (CIM-10-CA)
-----	---

DESCRIPTION	Cette division regroupe les informations relatives aux tables de validation et de titres de la CIM-10-CA.
-------------	---

PRÉCISIONS	Ces tables pourront faire l'objet de révisions fréquentes. Les tables de la CIM-10-CA sont distribuées par l'ICIS. Dans le respect des droits d'auteur et selon l'entente conclue entre le Québec et l'ICIS, la table de validation présentée dans le Cadre normatif MED-ÉCHO (5.1.1) a été adaptée aux exigences et particularités québécoises du système MED-ÉCHO et a préséance sur celle distribuée par l'ICIS.
------------	---

CHAPITRE 5 Tables

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

NOM	Table de validation des diagnostics de la CIM-10-CA
DESCRIPTION	La table de validation des diagnostics CIM-10-CA sert à la validation des diagnostics. Elle comprend aussi les codes de regroupement des diagnostics. Contenu de la table : 1) code du diagnostic (clé) ; 2) regroupement D1- (l'attribution est faite à l'aide du code de chapitre, clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ; 3) regroupement D2- (l'attribution est faite à l'aide du code de la catégorie (rubrique), clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ; 4) restriction par rapport au sexe ; 5) restriction par rapport à l'âge minimum ; 6) restriction par rapport à l'âge maximum ; 7) diagnostic principal valide ; 8) numéro du système de classification; 9) indicateur de fréquence.

PRÉCISIONS

- 1) Restriction par rapport au sexe :

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

- 2) Restriction par rapport à l'âge :

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

CHAPITRE 5 Tables

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

- 3) Diagnostic principal valide

Code	Restriction
Y	Code valide en principal
N	Non valide en principal

- 4) Le point qu'on retrouve après la troisième position des codes de la CIM-10-CA n'est pas présent dans la table de validation et dans le système MED-ÉCHO central.

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

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

- 7) Indicateur de fréquence

O	Diagnostic fréquent
N	Diagnostic non-fréquent

Cet indicateur est calculé et fourni par la banque de donnée centrale. Un diagnostic non-fréquent (N) doit faire l'objet d'un AVERTISSEMENT par l'application locale pour confirmer son utilisation.

CHAPITRE 5 Tables

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

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION		REMARQUE
		DE	À	
Diagnostic	X (7)	1	7	
Regroupement D1	X (2)	8	9	
Regroupement D2	X (7)	10	16	
Restriction : sexe	X (1)	17	17	
Restriction : âge minimum	X (3)	18	20	
Restriction : âge maximum	X (3)	21	23	
Diagnostic principal valide	X (1)	24	24	
Numéro du système de classification	X (4)	25	28	
Indicateur de fréquence	X (1)	29	30	

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.2 Table de titres des diagnostics de la CIM-10-CA

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

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des descriptions de diagnostics.

CARACTÈRE TECHNIQUE

La table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme :
ICD10CA_Code_Fra_Desc2006.txt.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.3 Table de titres des catégories de la CIM-10-CA

NOM	Table de titres des catégories de la CIM-10-CA
DESCRIPTION	Cette table sert à l'impression des titres de catégories.
PRÉCISION	Cette table contient des catégories à 3, 4 et cinq caractères. Chaque code possède une catégorie à 3 caractères. La catégorie à 3 caractères est la seule qui permette d'attribuer à chaque code un regroupement.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *ICD10CA_CAT1_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.4 Table de titres des chapitres et des regroupements de catégories de la CIM-10-CA

NOM Table de titres des chapitres et des regroupements de catégories de la CIM-10-CA

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres de chapitres et des titres de regroupements de catégories.

PRÉCISION La variable « code de chapitre ou de regroupement de catégories » est la clé pour faire le lien avec les variables « regroupement D1 » et « regroupement D2 » de la table de validation 5.1.1.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *ICD10CA_BLK_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.2 Morphologie des tumeurs

NOM Morphologie des tumeurs

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

Contenu de la table :

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

PRÉCISIONS

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.2 Morphologie des tumeurs

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

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

X = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3 Classification canadienne des interventions (CCI)

NOM Classification canadienne des interventions (CCI)

DESCRIPTION Cette division regroupe les informations relatives aux tables de validation et de titres de la CCI.

PRÉCISIONS Ces tables pourront faire l'objet de révisions fréquentes.

Les tables applicables à la CCI sont distribuées par l'ICIS. Dans le respect des droits d'auteur et selon l'entente conclue entre le Québec et l'ICIS, la table de validation présentée dans le Cadre normatif MED-ÉCHO (5.3.1) a été adaptée aux exigences et particularités québécoises du système MED-ÉCHO et a préséance sur celle distribuée par l'ICIS.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.1 Table de validation des interventions de la CCI

NOM	Table de validation des interventions de la CCI
DESCRIPTION	Cette table sert à la validation des codes d'interventions de la CCI. Elle comprend aussi les codes de regroupement d'interventions. Contenu de la table : 1) code de l'intervention (clé) ; 2) regroupement T1 (l'attribution est faite à l'aide du système corporel, clé avec la table de regroupement de l'ICIS) ; 3) regroupement T2 (l'attribution est faite à l'aide du site anatomique), clé avec la table de regroupement de l'ICIS) ; 4) restriction par rapport au sexe ; 5) restriction par rapport à l'âge minimum ; 6) restriction par rapport à l'âge maximum ; 7) Numéro du système de classification.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.1 Table de validation des interventions de la CCI

PRÉCISIONS

- 1) Restriction par rapport au sexe :

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

- 2) Restriction par rapport à l'âge :

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

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

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.1 Table de validation des interventions de la CCI

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

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

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.2 Table de titres des codes d'interventions de la CCI

NOM Table de titres des codes d'interventions de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres des codes d'interventions.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Code_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.3 Classification canadienne des interventions (CCI)

NOM Table de titres des rubriques de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres des rubriques.

PRÉCISION La rubrique correspond au code à cinq positions.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Rubric_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.4 Table de titres des sections, des groupes et des regroupements de la CCI

NOM Table de titres des sections, des groupes et des regroupements de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres des sections, des groupes et des regroupements de la CCI.

PRÉCISIONS La section correspond à la première position du code d'intervention. Le groupe correspond au trois premières positions du code d'intervention. Les regroupements comprennent plusieurs groupes à 3 positions. Il existe 2 niveaux de regroupements : le système corporel et le site anatomique. Ces regroupements constituent la clé de fusion avec les variables T1 et T2 de la table de validation 5.3.1.

EXEMPLE

Section 1	Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques
Groupe 1AA	Interventions thérapeutiques sur les méninges et la dure-mère crâniennes
Regroupement niveau 1	1AA-1BZ Interventions thérapeutiques sur le système nerveux
Regroupement niveau 2	1AA-1AZ Interventions thérapeutiques sur le cerveau et la moelle épinière
Regroupement niveau 2	1BA-1BZ Interventions thérapeutiques sur les nerfs

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Blz_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.5 Table de validation de l'attribut de situation de la CCI

NOM Table de validation de l'attribut de situation de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes d'attribut de situation.

PRÉCISIONS La table de validation d'attribut de situation est distribuée par l'ICIS. Cette table contient des validations selon le secteur de courte durée (1) et d'ambulatoire (A). Pour le système MED-ÉCHO, il y a lieu de retenir les enregistrements uniquement lorsque la variable « secteur » =1.

La validation doit être effectuée en lien avec le code d'intervention CCI. Certains attributs sont obligatoires. Lorsque c'est le cas, il n'y a pas de valeur à blanc dans la variable « attribut » pour ce code de la CCI. À l'inverse, lorsque l'attribut n'est pas obligatoire il existe une valeur à blanc.

Exemple :

Code d'intervention	Secteur	Attribut de situation	Identification de situation
1VA53LAPM	1	0	S31
1VA53LAPM	1	A	S31
1VA53LAPM	1	R	S31
1VA55DANW	1		S04
1VA55DANW	1	A	S04

Les variables « identification de situation » et « attribut de situation » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.6 de description de situation.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.5 Table de validation de l'attribut de situation de la CCI

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Status_Val2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.6 Table de description de l'attribut de situation de la CCI

NOM	Table de description de l'attribut de situation de la CCI
DESCRIPTION	Cette table sert à imprimer la description des codes d'attribut de situation.
PRÉCISION	Les variables « identification de situation » et « attribut de situation » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.5 de validation de l'attribut de situation.

CARACTÈRE TECHNIQUE

La table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Status_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.7 Table de validation de l'attribut de lieu de la CCI

NOM Table de validation de l'attribut de lieu de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes d'attribut de lieu.

PRÉCISIONS La table de validation d'attribut de lieu est distribuée par l'ICIS. Cette table contient des validations selon le secteur de courte durée (1) et d'ambulatoire (A). Pour le système MED-ÉCHO, il y a lieu de retenir les enregistrements uniquement lorsque la variable « secteur » =1.

La validation doit être effectuée en lien avec le code d'intervention CCI. Certains attributs sont obligatoires. Lorsque c'est le cas, il n'y a pas de valeur à blanc dans la variable « attribut » pour ce code de la CCI. À l'inverse, lorsque l'attribut n'est pas obligatoire il existe une valeur à blanc.

Les variables « identification de lieu » et « attribut de lieu » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.8 de description de lieu.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Location_Val2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.8 Table de description de l'attribut de lieu de la CCI

NOM Table de description de l'attribut de lieu de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à imprimer la description des codes d'attribut de lieu.

PRÉCISION Les variables « identification de lieu » et « attribut de lieu » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.7 de validation de lieu.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Location_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.9 Table de validation de l'attribut d'étendue de la CCI

NOM Table de validation de l'attribut d'étendue de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes d'attribut d'étendue.

PRÉCISIONS La table de validation d'attribut d'étendue est distribuée par l'ICIS. Cette table contient des validations selon le secteur de courte durée (1) et d'ambulatoire (A). Pour le système MED-ÉCHO, il y a lieu de retenir les enregistrements uniquement lorsque la variable « secteur » =1.

La validation doit être effectuée en lien avec le code d'intervention CCI. Certains attributs sont obligatoires. Lorsque c'est le cas, il n'y a pas de valeur à blanc dans la variable « attribut » pour ce code de la CCI. À l'inverse, lorsque l'attribut n'est pas obligatoire il existe une valeur à blanc.

Les variables « identification d'étendue » et « attribut d'étendue » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.10 de description d'étendue.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Extent_Val2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.10 Table de description de l'attribut d'étendue de la CCI

NOM Table de description de l'attribut d'étendue de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à imprimer la description des codes d'attribut d'étendue.

PRÉCISION Les variables « identification d'étendue » et « attribut d'étendue » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.9 de validation d'étendue.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Extent_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.4 Code géographique

NOM Code géographique.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation du code géographique de l'utilisateur.

Contenu de la table :

- 1) code géographique ;
- 2) nom du lieu de résidence ;
- 3) numéro de la municipalité régionale de comté (MRC) ;
- 4) numéro de la région sociosanitaire.

PRÉCISIONS

- 1) Pour les usagers dont le lieu de résidence permanente est situé hors du Québec, les codes suivants devront être utilisés :

Région socio-sanitaire	Municipalité régionale de comté	Code géographique hors province	Nom du lieu de résidence
99	998	00080	Alberta
		00081	Colombie-Britannique
		00082	Île-du-Prince-Édouard
		00083	Manitoba
		00084	Nouveau-Brunswick
		00085	Nouvelle-Écosse
		00086	Ontario
		00087	Saskatchewan
		00088	Terre-Neuve
		00089	Territoires du Nord-Ouest
		00090	Yukon
		00091	États-Unis
		00092	Autres pays
		00093	Nunavut

- 2) Cette table est sujette à de nombreux ajouts ou modifications au cours d'une année. Aussi, une nouvelle table est disponible au début de chaque année financière.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.4 Code géographique

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur disquette.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION		REMARQUE
			DE	À	
05	Espace réservé	X	1	1	"
10	Code géographique	X (5)	2	6	
15	Espace réservé	X (3)	7	9	"b"
20	Nom du lieu de résidence	X (58)	10	67	
25	Espace réservé	X (3)	68	70	"b"
30	Numéro de la municipalité régionale de comté	X (3)	71	73	
35	Espace réservé	X (2)	74	75	"b"
40	Numéro de la région sociosanitaire	9 (2)	76	77	
45	Espace réservé	X	78	78	b
50	Espace réservé	X (8)	79	86	b

X = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.5 Service

NOM Service.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression du nom du service. Le contenu devrait être :

- 1) le code du service ;
- 2) le nom du service.

PRÉCISIONS

- 1) Cette table n'est pas fournie par le système MED-ECHO. Elle est créée par l'utilisateur qui doit se référer aux informations fournies à la division 3.31.
- 2) Lorsqu'il y a modification ou ajout de codes de service, MED-ÉCHO avise les centres hospitaliers au moyen du cadre normatif ou par lettre.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.6 Spécialité du médecin

NOM Spécialité du médecin.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression du nom de la spécialité du médecin. Le contenu devrait être :

- 1) code de spécialité ;
- 2) nom de la spécialité.

PRÉCISIONS 1) Cette table n'est plus fournie par le système MED-ÉCHO. Elle est créée par l'utilisateur qui doit se référer aux informations fournies à la division 3.31.4, « spécialité du médecin (service) », 3.33.3, « spécialité du médecin (consultation médicale) », 3.35.7, « spécialité du médecin (traitement) », et 3.35.9, « spécialité du médecin (anesthésie) ».

2) MED-ÉCHO vérifie auprès du Collège des médecins du Québec si de nouvelles spécialités médicales sont ajoutées à leur tableau des spécialités. Si oui, MED-ÉCHO avise les centres hospitaliers au moyen du cadre normatif ou par lettre.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.7 Domaine de consultation

NOM Domaine de consultation.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression du nom du domaine de consultation. Le contenu devrait être :

- 1) le code du domaine consulté ;
- 2) la description du domaine.

PRÉCISIONS

- 1) Cette table n'est pas fournie par le système MED-ÉCHO. Elle est créée par l'utilisateur qui choisit parmi les valeurs fournies à la division 3.33.2 « domaine de consultation ».
- 2) Lorsqu'il y a modification ou ajout de codes de domaine, MED-ÉCHO avise les centres hospitaliers au moyen du cadre normatif ou par lettre.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.8 Provenance/destination

NOM Provenance/destination.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes et des types de provenance et destination des usagers.

Contenu de la table :

- code de l'installation ;
- type de provenance/destination ;
- date de début du type de provenance/destination ;
- date de fin du type de provenance/destination ;
- code de la région sociosanitaire de l'installation (RSS) ;
- code de la municipalité régionale de comté de l'installation (MRC) ;
- nom de l'installation ;

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.8 Provenance/destination

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	DE	À	REMARQUE
Code de l'installation	9 (8)	1	8	
Type de provenance/destination	9 (2)	9	10	
Date de début du type de provenance/destination;	X (10)	11	20	
Date de fin du type de provenance/destination	X (10)	21	30	
Code de la région de l'installation	X (2)	31	32	
Code de la MRC de l'installation	X (3)	33	35	
Nom de l'installation	X (70)	36	105	

X = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.9 Code postal/code municipal (à six positions)

NOM	Code postal/code municipal à (six positions).
DESCRIPTION	Cette table permet de trouver le code postal de l'usager, la ou les municipalités qui ont ce code, le nom, le code et le statut de cette ou de ces municipalités (ville, village, territoire organisé, etc.). Elle permet également de trouver le CLSC correspondant à cette ou ces municipalités.
PRÉCISIONS	Le tri se fait par code postal à six positions (CP6) et par code municipal (MUN). Le code municipal correspond au code géographique excluant les lieux de résidence hors Québec. La table contient environ 190 000 enregistrements (15 Mo).

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.9 Code postal/code municipal (à six positions)

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur disquette.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE	À	REMARQUE
	CP6	A (6)	1	6	Code postal 6 positions
	MUN	9 (5)	7	11	Code municipal
	NOM MUN	A (60)	12	71	Nom de la municipalité
	CLSC	9 (5)	72	76	Territoire CLSC de la municipalité (si MUCL1=1) ou du code postal
	STATUT	A (2)	77	78	Statut juridique de la municipalité
	MUN1	9 (1)	79	79	0 : si le code postal est lié à plusieurs municipalités 1 : si le code postal est lié à une seule municipalité

A = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.9 Code postal/code municipal (à six positions)

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur disquette.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE	À	REMARQUE
	CLSC 1	9 (1)	80	80	0 : si le code postal est lié à plusieurs CLSC 1 : si le code postal est lié à un seul CLSC
	MUCL1	9 (1)	81	81	0 : si la municipalité est liée à plusieurs CLSC 1 : si la municipalité est liée à un seul CLSC

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.10 Code postal/code municipal (comprimés)

NOM	Code postal/code municipal (comprimés).
DESCRIPTION	Cette table permet de trouver un code postal réduit à trois, quatre, ou cinq caractères, la ou les municipalités qui ont ce code, le code, le nom et le statut correspondant à cette ou à ces municipalités. Elle permet également de trouver le CLSC.
PRECISIONS	Le tri se fait par code postal comprimé (CPC) et par code municipal (MUN.). Le code municipal correspond au code géographique excluant les lieux de résidence hors Québec. La table contient environ 28 000 enregistrements (2 Mo).

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.10 Code postal/code municipal (comprimés)

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur disquette.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE À		REMARQUE
	CPC	A (6)	1	6	Code postal comprimé
	MUN	9 (5)	7	11	Code municipal
	NOMMUN	A (60)	12	71	Nom de la municipalité
	CLSC	9 (5)	72	76	Territoire CLSC de la municipalité
	STATUT	A (2)	77	78	Statut juridique de la municipalité
	MUCL1	9 (1)	79	79	0 : Si la municipalité est liée à plusieurs CLSC 1 : Si la municipalité est liée à un seul CLSC

A = Alphabétique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.11 Période financière

NOM Période financière.

DESCRIPTION Cette table sert à déterminer et à valider le numéro de la période financière par rapport à la date de sortie d'un usager de l'installation.

Le contenu de cette table devrait être :

- 1) l'année de la période ;
- 2) le numéro de la période ;
- 3) la date initiale de la période ;
- 4) la date finale de la période.

PRÉCISION Cette table n'est pas fournie par le système MED-ÉCHO ; elle est créée par l'utilisateur à partir des dates initiales et finales des périodes fournies dans le manuel *Normes et pratiques de gestion*, Tome II, répertoire.

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
6.1	Guide de transmission des données
6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.1 Guide de transmission des données

Le guide vise à informer les fournisseurs de service ou les centres hospitaliers détenant leurs propres systèmes informatiques des modalités techniques exigées lors des transmissions des fichiers de transactions d'abrévés par le système MED-ÉCHO. Il n'est pas à l'intention des utilisateurs du système MED-ÉCHO; le contenu de ce chapitre concerne les responsables des systèmes informatiques qui transmettent ou viennent chercher des fichiers pour MED-ÉCHO.

L'ensemble des communications entre les centres hospitaliers et la RAMQ est basé sur les technologies qui sont décrites dans les sections du guide. Le processus de transmission, les particularités relatives à la sécurité, les particularités administratives, les modalités de transmission (envoi et réception), les précisions techniques pour les fichiers de résultat de validation, la description des fichiers XML et la correction des erreurs dans le cadre du système MED-ÉCHO y sont documentés.

Pour obtenir le guide ou pour toutes questions portant sur les divers sujets abordés dans ce chapitre, veuillez communiquer avec le pilote du système MED-ÉCHO.

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

A REGROUPEMENT DES DONNÉES SUR LES SERVICES

Les données sur les services sont entrées dans l'ordre chronologique de leur fréquentation par l'utilisateur. Elles sont ensuite envoyées à la RAMQ après avoir été traitées de la façon suivante :

- les codes de service de l'installation sont remplacés par ceux de MED-ÉCHO ;
- Les services dont le « type de séjour » a la valeur 3 sont regroupés et le dernier service enregistré portant cette valeur doit cumuler le total des valeurs « nombre de jours » attribuées à chaque service de cette catégorie.
Ex. : Dans le tableau de la page (5), les 4^e et 10^e services enregistrés ont une valeur 3 pour le « type de séjour »; la somme des valeurs « nombre de jours » (1 + 25) est inscrite au 10^e service sous la rubrique « nombre de jours » des données regroupées;
- Les services ayant le même code du Ministère et auxquels on a attribué la valeur 0 pour le « type de séjour » sont également regroupés. On additionne les valeurs « nombre de jours » pour ces services et la somme est attribuée au dernier service enregistré.

Ex. : Dans le tableau de la page (5), les 8^e et 9^e services enregistrés ont un code 07 du Ministère et une valeur 0 pour le « type de séjour » ; la somme des valeurs de « nombre de jours » (10 + 2) est attribué au 9^e service, puisqu'il s'agit du dernier service enregistré dans cette catégorie.

EXCEPTION : Si le « diagnostic (service) » d'un des services est le « diagnostic principal », c'est à ce service qu'on doit attribuer la somme des valeurs « nombre de jours », même s'il n'est pas le dernier service de ce type à être inscrit.

Ex. : Dans le tableau de la page (5), les 1^{er}, 2^e et 7^e services ont un code 24 du Ministère et une valeur 0 pour le « type de séjour » ; la somme des valeurs de « nombre de jours » (2 + 2 + 1) aurait normalement dû être attribuée au 7^e service, puisqu'il s'agit du dernier service enregistré dans cette catégorie, mais le « diagnostic (service) » du 1^{er} service est le « diagnostic principal »; c'est donc à ce service qu'on attribue la somme des valeurs « nombre de jours » ;

- Les « diagnostics (service) » qui pourraient être perdus à cause du regroupement sont conservés dans « autres diagnostics ». Les valeurs de cette rubrique renvoient alors aux services tels qu'ils ont été regroupés, les doubles étant éliminés.

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

Ex. : Dans l'exemple qui précède, le code F03 du 2^e service correspond à un « diagnostic (service) » pour un service regroupé dans le 1^{er} service ; il sera donc entré comme « autre diagnostic » pour ne pas être perdu. Quant au « diagnostic (service) » du 7^e service qui est en double, il sera tout simplement éliminé.

B PRIORITÉ DANS LA TRANSMISSION DE CERTAINES INFORMATIONS

1) Services

Un maximum de quatre services sont transmis dans l'ordre suivant :

- le service dont le « diagnostic (service) » correspond au « diagnostic principal » (le 1^{er} service dans le tableau de la p. 5)
- le service dont le « type de séjour » a une valeur 3, le cas échéant ; (le 10^e service dans le tableau de la p.5).
- les autres services selon l'ordre décroissant des valeurs « nombre de jours » (les 6^e et 9^e services dans le tableau de la p. 5)

Les diagnostics non transmis sont conservés comme « autres diagnostics ». (diagnostics des 2^e , 3^e , 4^e et 11^e services du tableau) et les doubles sont éliminés par les regroupements. (voir le tableau de la p.5 (diagnostics des 5^e, 7^e et 8^e services du tableau).

2) Autres diagnostics

Un maximum de vingt-cinq « autres diagnostics » différents sont transmis dans l'ordre suivant :

- les « diagnostics (service) » qui ont été reportés dans « autres diagnostics » ;
- les diagnostics ayant la valeur 1, (complication), 2 (infection) et A (cause externe à l'origine d'un traumatisme) pour « caractéristique du diagnostic (autres diagnostics) » ;
- les codes de diagnostics correspondant à des tumeurs (c'est-à-dire ceux qui sont compris entre C00 et D09 inclusivement, entre D32 et D33 et entre D37 et D48 inclusivement);
- la cause de décès
- les autres diagnostics selon leur ordre chronologique.
- Le diagnostic commençant par U98 doit être transmis en dernier
- Les diagnostics ayant la valeur 9 (à l'usage du C.H.) pour « caractéristique du diagnostic (autres diagnostics) » ne doivent pas être transmis

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

3) Consultation médicale

Les neuf premières consultations doivent être transmises.

4) Traitement

Un maximum de vingt traitements sont transmis dans l'ordre suivant :

- le traitement principal ;
- les autres traitements selon l'ordre de présentation ;
- Les traitements ayant la valeur 00 dans «nombre d'interventions» doivent être transmis en dernier.

5) Soins intensifs

Les trois premiers séjours sont transmis.

6) Code de tumeur

Un maximum de trois codes de tumeur sont transmis dans l'ordre suivant :

- les tumeurs d'origine différentes, c'est-à-dire dont les codes de « topographie de la tumeur » diffèrent ;
- les tumeurs ayant une même origine, mais dont les codes de « morphologie de la tumeur » diffèrent.

Dans les deux cas, la priorité de transmission des diagnostics sera établie de la façon suivante :

- le « diagnostic principal » ;
- Le site primaire du cancer (codes de C00 à C76 ou C80 à C96 ou D00 à D09 ou D32 à D33 ou D37 à D48) codé en « diagnostic (service) » ou « autres diagnostics » ;
- les « diagnostics (service) » dont la valeur de « type de séjour » est différente de 3 ;
- les « autres diagnostics » ;

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

- le « diagnostic (service) » dont la valeur de « type de séjour » est 3.

7) Masse à la naissance

Les trois premières masses enregistrées sont transmises.

8) Référence service

La «référence service» pour « autres diagnostics », « consultation médicale » et « traitement » (voir les divisions 3.32.1, - 3.33.1 et 3.35.1) doit être réajustée en fonction des regroupements des services transmis à la RAMQ.

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

Exemple de regroupement des séjours/services

Installation							Regroupement				
No	Début	Nb de jours	Type de séjour	Diagnostic	Code de serv. Install.	Code de serv. MSSS	Nb de Jours	Type de séjour	Diagnos tic	Code de serv. MSSS	Priorité de transmissi on
1	2006.01.01	2	0	K22.9 P	94	24	5	0	K22.9 P	24	1
2	2006.01.03	2	0	F03 *	96	24					
3	2006.01.05	7	0	K35.9 *	97	19					
4	2006.01.12	1	3	G37.9 *	89	89					
5	2006.01.13	3	0	K35.9 -	98	19					
6	2006.01.16	4	0	I30.9	92	19	14	0	I30.9	19	3
7	2006.01.21	1	0	F03 -	96	24					
8	2006.01.22	10	0	I30.9 -	44	07					
9	2006.02.01	2	0	K22.9	43	07	12	0	K22.9	07	4
10	2006.02.03	25	3	G81.99	43	07	26	3	G81.99	07	2
11	2006.02.28	3	0	I49.9	85	85	3	0	I49.9 *	85	non transmis

NOTES : P = « Diagnostic principal ».
 * = « Diagnostics (service) » à transférer dans « autres diagnostics ».
 - = « Diagnostic (service) » qui ne sont pas retenus.

CHAPITRE 7 Rapports médico-hospitaliers et références

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
7.1	Liste des rapports
7.2	Liste des manuels de références

CHAPITRE 7 Rapports médico-hospitaliers et références

Division 7.1 Liste des rapports

Le lecteur trouvera, dans la présente section, une liste de rapports médico-hospitaliers qui devront être produits localement puisque ceux-ci ne seront plus disponibles dans le système central MED-ÉCHO.

Les rapports statistiques, index, listes et registres de base que chaque installation doit produire et conserver doivent être conformes aux prescriptions des normes en archives médicales, pour les centres hospitaliers.

Pour les définitions et les calculs nécessaires à ces rapports, vous en référer au manuel PRODUCTION MED-ÉCHO. Une copie de ce manuel est disponible, pour consultation, au service des archives médicales de chaque installation.

LISTE DES RAPPORTS

Sommaire des types de destination des usagers

Sommaire des types de provenance des usagers

Registre des transferts (destination des usagers)

Registre des transferts (provenance des usagers)

Statistique générale

Index service

Liste des décès

Index diagnostic

Index infection

Index complication

Index médecin

Index traitement

Fréquence des diagnostics de service et séjour selon le sexe

Données sur les diagnostics (CIM-10-CA) principal et associés selon le séjour et le sexe (ordre de catégorie)

Données sur les diagnostics (CIM-10-CA) principal et associés selon le séjour et le sexe (tri selon la fréquence du diagnostic)

Fréquence des interventions (CCI) selon le sexe

Nombre de départs et jours d'hospitalisation selon le lieu de résidence des usagers (RSSS-DSC et municipalité)

CHAPITRE 7 Rapports médico-hospitaliers et références

Division 7.1 Liste des rapports

Liste des dossiers des nouveau-nés selon la masse avec données sur le séjour et le décès

Morphologie des tumeurs

Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le sexe

Sommaire des départs par sexe, selon le regroupement D1 du diagnostic principal

Sommaire des interventions selon le regroupement T1 et le sexe

Sommaire des départs et séjour moyen par sexe selon le type d'admission

Sommaire des départs selon le diagnostic principal (regroupements choisis)

Sommaire des départs par service et département clinique pour les soins de courte durée seulement

Sommaire des départs par service et département clinique selon les types de soins

Sommaire des départs selon les jours d'hospitalisation pour l'ensemble des types de soins

CHAPITRE 7 Rapports médico-hospitaliers et références

Division 7.2 Liste des manuels de références

Collège des médecins du Québec. *Tenue du dossier – Guide concernant la tenue du dossier par le médecin dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les CLSC*, Montréal, Collège des médecins du Québec, novembre 1996, 23 pages.

Gouvernement du Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1999.

Ministère des affaires sociales. *Normes en archives médicales pour les centres hospitaliers de courte durée*, Québec, Ministère des affaires sociales, novembre 1984, 18 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux. *Normes et pratiques de gestion - Manuel de gestion financière*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, mai 1999, 698 pages.

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

Classification canadienne des interventions.

MED-ÉCHO. *Productions MED-ÉCHO*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, novembre 1987, 123 pages.

Classification internationale des maladies – Oncologie, 2^e édition.