

# CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2012

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

**CADRE NORMATIF**

**DU**

**SYSTÈME MED-ÉCHO**

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2012

## **NOTE**

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

# Table générale des matières

Introduction

Mise à jour

Chapitre 1                      Présentations

Chapitre 2                      Information générale

Chapitre 3                      Description des éléments

Chapitre 4                      Validation

Chapitre 5                      Tables pour la validation des données

Chapitre 6                      Transmission des données au MSSS

Chapitre 7                      Rapports médico-hospitaliers et références

## INTRODUCTION

---

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

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

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

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

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

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

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

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

## MISE À JOUR

---

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

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

## MISE À JOUR

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

## MISE À JOUR

---

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

## MISE À JOUR

---

		3.38.1	Cause immédiate du décès
2006-04-01	Nouvelle division	2.5	Précisions aux fournisseurs
2006-04-01	Ajout d'éléments	3.9.2	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 <sup>1</sup>	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 Service Traitement Tumeur
2006-04-01	Modification de validations	4.2B à 4.2E 4.2H 4.2I 4.3A 4.6C 4.10B 4.12C 4.14B 4.14I 4.16B à 4.16E 4.16H 4.19A à 4.19D 4.22D 4.23D	Autres diagnostics Autres diagnostics Autres diagnostics Code de cause extérieure d'accident Date et heure de sortie Diagnostic principal Mortinaissance Nouveau-né Nouveau-né Service Service Service Tumeur Type de soins et de code de l'installation Type d'admission
2006-04-01	Remplacement de la table de validation 5.1 par 5.1.1	5.1.1	Table de validation des diagnostics
2006-04-01	Remplacement de la table de validation 5.3 par 5.3.1	5.3.1	Table de validation des traitements
2006-04-01	Ajout au domaine de valeur de la validation selon le sexe	5.1.1 5.3.1	Table de validation des diagnostics Table de validation des traitements
2006-04-01	Ajout table de titres diagnostics	5.1.2	Table de titres des diagnostics
2006-04-01	Ajout table de titres de catégories	5.1.3	Table de titres des catégories
2006-04-01	Ajout table de titres de chapitres et regroupements	5.1.4	Table de titres des chapitres et regroupements
2006-04-01	Ajout table de titres traitements	5.3.2	Table de titres des traitements
2006-04-01	Ajout table de titres de rubriques	5.3.3	Table de titres des traitements

## MISE À JOUR

2006-04-01	Ajout table de titres de section, groupes et regroupements	5.3.4	Table de titres des sections, groupes et regroupements
2006-04-01	Ajout de tables de validation des attributs	5.3.5 5.3.7 5.3.9	Table de validation attribut situation Table de validation attribut lieu Table de validation attribut étendue
2006-04-01	Ajout de tables de description des attributs	5.3.6 5.3.8 5.3.10	Table de description attribut situation Table de description attribut lieu Table de description attribut étendue
2006-04-01	Suppression des tables de description courtes de diagnostics et de traitements	5.9 5.10	Description courte des diagnostics Description courte des traitements
2006-04-01	Modifications du chapitre 6 sur la transmission des données	6	
2006-04-01	Suppression chapitre 8 et ajout des références au chapitre 7	8.1 à 8.3	Chapitre 8
2007-04-01	Ajouts	2.5 F et G	Précisions aux fournisseurs
2007-04-01	Nouvelles validations	4.2M 4.4B 4.10N 4.16O	Autres diagnostics Code géographique Diagnostic principal Service
2007-04-01	Modification de validations	3.32.2	Diagnostics (autres diagnostics)
2007-04-01	Précisions à certaines validations	3.15 4.2J 4.9C 4.10J	Lieu de naissance Autres diagnostics Décès Diagnostic principal
2007-04-01	Concordance de validations avec 4.2 et 4.16 avec le chapitre 3	4.10M à 4.10T 4.26	Diagnostic principal NAM
2007-04-01	Introduction de la notion « avertissement »	4.4 4.8 4.19 4.26 4.24B	Code géographique Date d'inscription à l'urgence Tumeur NAM Autres validations de dates
2007-04-01	Précisions sur la périodicité	5.1  5.3	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 <sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 4.10V et W 4.16P à R 4.25B Âge 4.27A à D 4.19G Tumeur 4.20A Code et type de destination 4.21A et B Code et type de provenance 5.8 Provenance/destination
2008-04-01	Modification de validations	3.30 Diagnostic principal 4.28 C, D Abrégé du nouveau-né et celui de la mère et F
2008-04-01	Nouveau format de table	4.2 H et L 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
2009-04-01	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
2009-04-01	Modification de validations	4.10B Diagnostic principal 4.14K Nouveau-né 4.15A Responsabilité de paiement 4.19D et G Tumeur
2010-04-01	Nouvelles validations	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	Modification de validations	3.22 Type de provenance (29 et 40) 3.29 Type de destination (29 et 40)
2010-04-01	Ajout d'un domaine de valeur	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
2010-04-01	Précision au texte	

## 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
2012-04-01	Nouvelle validation	4.2Q	Autres diagnostics
2012-04-01	Modification de validations	4.4 A et B	Code géographique
		4.2I,	Topographie de la tumeur
		4.10U,	
		4.16H	
		4.19A,C	
		et G	
2012-04-01	Précision au texte	3.26	Nombre de jours de congé temporaire
2012-04-01	Modification du libellé	3.16	Responsabilité de paiement (12)
		3.31.1	Code de service (42)
2012-04-01	Modification aux codes de spécialité du médecin	3.31.4	Spécialité du médecin (service)
		3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
		3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
		3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)

## MISE À JOUR

DATE	RAISON		CHAPITRE / DIVISION
2012-04-01	Codes de diagnostics à transmettre	3.37.5.1	Topographie de la tumeur
2012-04-01	Modification de la transmission	6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ Retrait du terme traitement principal
2012-04-01	Modification du format	3.9.2 3.9.3 3.37.1 3.37.2 3.37.3 3.37.4	Nom de l'utilisateur Prénom de l'utilisateur Nom du père Prénom du père Nom de la mère à la naissance Prénom de la mère

## 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	<p>Cette donnée est obligatoire sauf pour les :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— nouveau-nés ;</li><li>— non-résidents du Québec ;</li><li>— résidents du Québec de moins de trois mois;</li><li>— usagers dont les coûts des soins est assumé par un organisme fédéral ;</li></ul> <p>Le format du numéro d'assurance maladie est :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— alphabétique pour les positions 1 à 4 ;</li><li>— numérique pour les positions 5 à 10 et 12;</li><li>— alphanumérique pour la position 11.</li></ul>
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none"><li>1) La onzième position du NAM indique le caractère de distinction des jumeaux. Actuellement, la valeur est numérique (de 1 à 9). Cette valeur <b>pourrait devenir alphabétique</b> si plus de neuf jumeaux existaient pour un même NAM. Cette situation ne s'est pas encore présentée.</li><li>2) À l'exception des non-résidents du Québec, si un numéro d'assurance maladie est présent au dossier, celui-ci peut être transmis, même s'il n'est pas obligatoire.</li></ol>

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.2 Nom de l'utilisateur

---

ÉLÉMENT	Nom de l'utilisateur
FORMAT	30 – 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 20 – 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 3.13 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	<p>Cette information est obligatoire pour les résidents du Québec. Le format du code postal est le suivant :</p> <p>position 1 : G, H, J ou P (ou K pour Rapides-des-Joachims) ; position 2 : numérique ; position 3 : alphabétique ; position 4 : numérique ; position 5 : alphabétique ; position 6 : numérique.</p>
PRÉCISION	Pour les non-résidents du Québec, cette information n'est pas transmise.

## 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	<p>Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>01 : MSSS sans accident ;</li><li>02 : MSSS avec accident ;</li><li>03 : CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail) ;</li><li>04 : MSSS sans accident et CSST ;</li><li>05 : MSSS avec accident et CSST ;</li><li>06 : MAAC (ministère des Affaires des anciens combattants) ;</li><li>07 : MSSS, MAAC ;</li><li>08 : Fédéral ;</li><li>09 : Non-Résident ;</li><li>10 : Non-Assuré ;</li><li>11 : Non-Assuré, MSSS ;</li><li>12 : Services non couverts - Résident du Québec.</li></ul>
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'usager 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'usager 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

---

<b>Remarque</b>	<p>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.</p> <p>La responsabilité en pareil cas incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux.</p>
07 : MSSS, MACC	<p>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.</p>
08 : Fédéral	<p>L'utilisateur ayant droit à des soins hospitaliers gratuits en vertu de l'une ou l'autre des lois canadiennes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Loi sur l'indemnisation des employés de l'État (SRC 1970, c. G-8) ;</li><li>- Loi sur la défense nationale (SRC 1970, c. N-4) ;</li><li>- Loi sur la gendarmerie du Canada (SRC 1970, c. R-9) ;</li><li>- Loi sur l'indemnisation des marins marchands (SRC 1970, c. M-11) ;</li><li>- Loi sur l'aéronautique (SRC c. A-3).</li></ul> <p>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.</p>
<b>Remarque</b>	<p>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).</p>

## 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 : Services non couverts - Résident du Québec
- 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 3.26 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'utilisateur correspond aux conditions énumérées dans la rubrique « définition ».
PRÉCISIONS	<p>1) Dans le cas d'un usager hospitalisé dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), le maximum de jours de congé temporaire consécutifs autorisé est de sept jours. Dans le cas d'un usager admis dans un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY), le maximum de jours de congé temporaire consécutifs autorisé est de quinze jours.</p> <p>Si l'absence se prolonge au-delà de ce maximum, on doit fermer le dossier.</p>

## 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 : psychiatrie ;	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 d'hospitalisation brève (UHB) ou 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 3.31.4 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 :

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

## CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.4 Spécialité du médecin (service)

---

### PRÉCISION

Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec le 25 novembre 2010 et de la liste des spécialités de l'Ordre des dentistes du Québec de 2010.

Les spécialités marquées d'une **étoile** n'apparaissent plus dans la liste des spécialités du Collège des médecins du Québec (CMQ,) mais sont laissées dans la liste des spécialités de MED-ÉCHO, car elles sont encore utilisées dans le bottin du CMQ.

## CHAPITRE 3 Description des éléments

### Division 3.33.3 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 :

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

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33.3 Spécialité du médecin (consultation)

---

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

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.7 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 :

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

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.7 Spécialité du médecin (traitement)

---

### PRÉCISION

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

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.9 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 :

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

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.9 Spécialité du médecin (anesthésie)

---

### PRÉCISION

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

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37 Tumeur

---

ÉLÉMENT Tumeur

DÉFINITION Code de diagnostic de la CIM-10-CA compris entre C00 et D09 inclusivement, entre D32 et D33 et entre D35.2 et D35.4 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.

## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.1 Nom du père

---

ÉLÉMENT	Nom du père à la naissance
FORMAT	30 – 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	20 – 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	30 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom à la naissance de la mère de l'utilisateur.
DESCRIPTION	<p>Avec un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.</p> <p>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.</p> <p>Exemple : Mc Mahon se transmet tel quel.</p>

## CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.37.4 Prénom de la mère

---

ÉLÉMENT Prénom de la mère

FORMAT 20 – 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 3.37.5.1 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<sup>e</sup> révision, Canada (CIM-10-CA)</i> indiquant le siège de la tumeur ou de la métastase.
DESCRIPTION	<p>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 :</p> <p>C00 à D09 ; D32 à D33 ; D35.2 à D35.4; D37 à D48.</p>

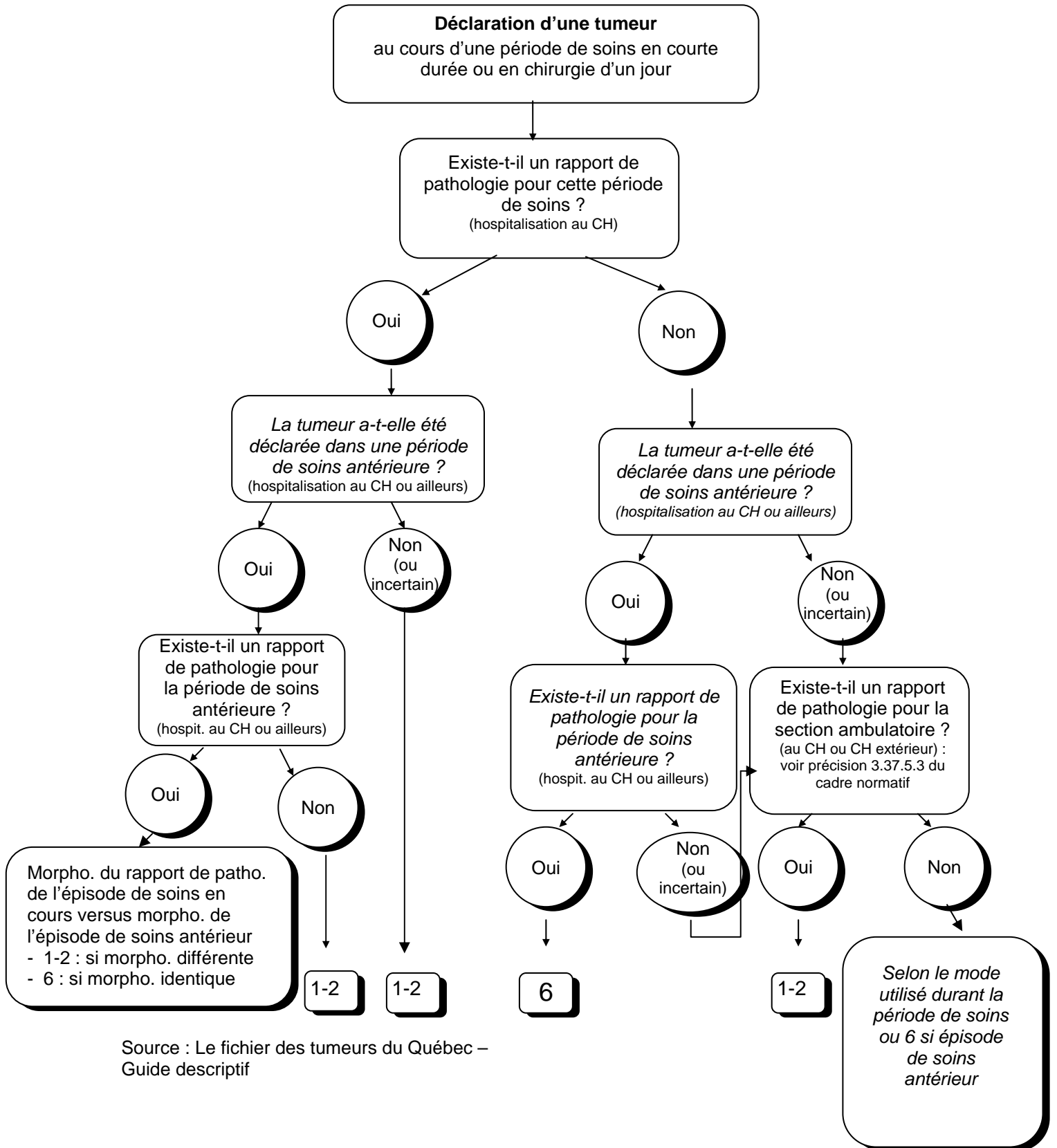
## CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.3 Mode de diagnostic

---

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

## Précision sur les modes de diagnostic 1 et 6



Source : Le fichier des tumeurs du Québec – Guide descriptif

## 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 <sup>è</sup> position pour les codes d'obstétrique (O10._ à O99._) d'un épisode de soins sauf pour les 6 <sup>è</sup> 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 <b>J44._</b> <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		2JQ
Code de l'intervention																								2G 18E
Code installation								22B	22A															
Code inst. destination							22B														20A			
Code inst. provenance							22A											21A						
Code géographique												4A C												
Code lieu				3B																				
Code postal usager										4AC														
Code service																		16K		16K				
Code unité (soins int.)																								
Consultation med.																								
Date accident					7A													7B		7C				
Date de l'intervention																		18D						18D
Date admission								21A				16K			7B	18D			8A B	24A	6ACDE			
Date inscription urg.																		8AB						
Date naissance												16K			7C			24A						
Date sortie								20A									18D	6ACDE						
Diagnostic admission					29A																			
Diagn. (autres diagn.)		2JK 16I		9A	2JQ	2G 18E																		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 diag.)	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												
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. mortinaiissance	Nb. mortin. autopsiées	Nb. total consult.	No. Ass. maladie	No dossier médical	No dossier mère
Nouveau-né	10EO 14BE	14BE 16B		14G				14F							14D			24B		14A 1 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.iii Index croisé des éléments validés

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

# CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

## CHAPITRE 4 Validation

### Division 4.2 Autres diagnostics

---

#### RÉFÉRENCE SERVICE

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

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

#### DIAGNOSTIC

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

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

## CHAPITRE 4 Validation

### Division 4.2 Autres diagnostics

---

#### TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 2I** Les trois premiers « autres diagnostics » correspondant à des codes de tumeur différents (compris entre C00 et D09 ou entre D32 et D33 ou entre D35.2 à D35.4 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 ».
- 2Q** **AVERTISSEMENT** - Si le code de diagnostic correspond à un code de cause externe de traumatisme (valeur est comprise entre V01 et Y89), celui-ci ne doit pas être égal au code de diagnostic de l'élément « code de cause extérieure d'accident ».

#### CARACTÉRISTIQUE DU DIAGNOSTIC

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

#### TUMEUR

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

## CHAPITRE 4 Validation

### Division 4.4 Code géographique

---

- 4A** Si le code géographique est un code du Québec (autre que les codes compris entre 00080 et 00093), le code postal de l'utilisateur doit débiter par G, H, J ou P (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 ») ou s'il s'agit d'un usager dont le coût des soins est assumé par un organisme fédéral (valeur 8 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 4.10 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 D35.2 et D35.4 ou entre D37 et D48) doit obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur ».

## 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 D35.2 à D35.4 ou entre D37 et D48), ils doivent figurer dans « topographie de la tumeur ».

### CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

### CODE DU SERVICE

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

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

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

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

## CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

---

### TUMEUR

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

## CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

---

### TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

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

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

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

En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur bénigne du système nerveux central (de D32 à D33 et D35.2 à D35.4), 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 D35.2 à D35.4 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 C86 ou égal à C96.7;

**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 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 6.2 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<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> services enregistrés ont une valeur 3 pour le « type de séjour »; la somme des valeurs « nombre de jours » (1 + 25) est inscrite au 10<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> service, puisqu'il s'agit du dernier service enregistré dans cette catégorie, mais le « diagnostic (service) » du 1<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> service correspond à un « diagnostic (service) » pour un service regroupé dans le 1<sup>er</sup> service ; il sera donc entré comme « autre diagnostic » pour ne pas être perdu. Quant au « diagnostic (service) » du 7<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> service dans le tableau de la p. 5)
- le service dont le « type de séjour » a une valeur 3, le cas échéant ; (le 10<sup>e</sup> service dans le tableau de la p.5).
- les autres services selon l'ordre décroissant des valeurs « nombre de jours » (les 6<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> services dans le tableau de la p. 5)

Les diagnostics non transmis sont conservés comme « autres diagnostics ». (diagnostics des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> services du tableau) et les doubles sont éliminés par les regroupements. (voir le tableau de la p.5 (diagnostics des 5<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> 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, entre D35.2 et D35.4 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 neufs premières consultations doivent être transmises.

#### 4) Traitement

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

- 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 D35.2 à D35.4 ou D37 à D48) codé en « diagnostic (service) » ;
- Les métastases (C77 à C79) codées en « diagnostic (service) » ;
- Le site primaire du cancer (codes de C00 à C76 ou C80 à C96 ou D00 à D09 ou D32 à D33 ou D35.2 à D35.4 ou D37 à D48) codé en « autres diagnostics » ;

## CHAPITRE 6 Transmission des données

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

---

- les « diagnostics ( service ) » dont la valeur de « type de séjour » est différente de 3 ;
- les « autres diagnostics » ;
- 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. Instal.	Code de serv. MSSS	Nb de Jours	Type de séjour	Diagnost ic	Code de serv. MSSS	Priorité de transmission
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					
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.