



CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2009

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2009

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

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

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 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">— nouveau-nés ;— non-résidents du Québec ;— résidents du Québec de moins de trois mois. <p>Le format du numéro d'assurance maladie est :</p> <ul style="list-style-type: none">— alphabétique pour les positions 1 à 4 ;— numérique pour les positions 5 à 10 et 12;— alphanumérique pour la position 11.
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">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 3.16 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">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 3.30 Diagnostic principal

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

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	<p>Les codes d'interventions associés au nombre d'interventions ayant la valeur 00 ne seront pas retenus pour l'attribution des DRG.</p> <p>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).</p> <p>La valeur 0 peut également être utilisée lorsque l'intervention a lieu à l'extérieur dans une autre installation (lieu de l'intervention=6).</p>

CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

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

CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.i Validation unitaire et validation de contexte

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Diagn. principal	Diagn. service	Domaine consult.	Durée gestation	État civil	Heure admission	Heure sortie	Masse naissance	Mode de diagnostic	Morphologie tumeur	Nom mère	Nom père	Nom usager	Nb. j. congé temp.	Nb. j. (service)	Nb. j. (soins int.)	Nb. mortinaissance	Nb. mortin. autopsiées	Nb. total consult.	No. Ass. maladie	No dossier médical	No dossier mère
Autopsie																						
Car. diagn. (autres diagn.)	10J																					
Car. diagn. (service)		16I																				
Cause décès	9A	9A																				
Code accident	10J	16I																				
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	
Date sortie																						
Diagnostic admission	26A	26A																				
Diagn. (autres diagn.)	2L 10DJNS	2FL 16GI N		2D				2E									2H 12C					
Diagn. principal		10AD LS 16N R		10G Q				10HR									12C					
Diagn. service	10ADL S 16NR	16G N		16D				16E									12C					
Domaine consult.																						
Durée gestation	10GQ	16D															12E					
État civil																						
Heure admission							6D															
Heure sortie																						
Masse naissance	10HR	16E															12D					
Mode de diagnostic																						
Morphologie tumeur																						
Nom mère																						
Nom père																						
Nom usager																						
Nb j. congé temp.																						
Nb j. (service)																						
Nb j (soins int.)																						
Nb mortinaissances	12C	12C		12E				12D										12B				
Nb mortin. autopsiées																	12B					
Nb total consult.																						
N° Ass. maladie																						

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.ii Index croisé des éléments validés

	Nouveau né	Période financière	Prénom mère	Prénom père	Prénom usager	Réf. service (autre diagn.)	Réf. service (consult.)	Réf. service (trait.)	Responsabilité paiement	Séjour total	Service (Bloc)	Sexe	Soins intensifs	Spéc. Med. (trait.)	Statut rés. (trait.)	Techn. Anesthésie	Topographie tumeur	Traitement	Tumeur	Type admission	Type décès	Type destination	Type provenance	Type séjour (service)	Type soins
Autopsie																					9E				
Car. diagn. (autres diagn.)																									
Car. diagn. (service)																									
Cause décès																						9D			
Code accident									3A																
Code de l'intervention																									
Code installation																							21A 22A	22A B	
Code inst. destination																						20A B 22B		22B	
Code inst. provenance																							21A B 22A		
Code géographique	4B								15A																
Code lieu																									
Code postal usager																									
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																									
Nom mère																									
Nom père																									
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.ii Index croisé des éléments validés

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

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 ».

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

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 4.10 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) en présence d'une valeur 29 (soins *post-mortem*) pour le « type de soins ».

Pour un accouchement normal :

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

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

MORTINAISSANCE

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 Diagnostic principal

TUMEUR

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

DIAGNOSTIC

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

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

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

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.12 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 4.16 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 ».

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CODE DU SERVICE

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

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

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

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

19B S'il s'agit d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur autre que bénigne (donc compris entre C00 et D09 ou entre D37 et D48), on doit retrouver l'identification de l'utilisateur, c'est-à-dire le nom et le prénom de l'utilisateur et, si possible, le nom et le prénom du père et le nom et le prénom de la mère à la naissance.

19C Tout code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur autre que bénigne (donc compris entre C00 et D09 ou entre D37 et D48) doit se retrouver dans le « diagnostic principal », un des « diagnostic (service) » ou un des « autres diagnostics ».

19D En présence d'un code commençant par C80 pour la « topographie de la tumeur », la valeur de la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit être égale à 3 ou à 6.

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

MODE DIAGNOSTIQUE

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

MORPHOLOGIE DE LA TUMEUR

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.27 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'abrégé 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'abrégé 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'abrégé 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'abrégé du nouveau-né.

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