



CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2011

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2011

NOTE

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

Table générale des matières

Introduction

Mise à jour

Chapitre 1 Présentations

Chapitre 2 Information générale

Chapitre 3 Description des éléments

Chapitre 4 Validation

Chapitre 5 Tables pour la validation des données

Chapitre 6 Transmission des données au MSSS

Chapitre 7 Rapports médico-hospitaliers et références

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

MISE À JOUR

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

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION
97-11-11	Installation – Établissement	2.2 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

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

MISE À JOUR

3.37.5.3 Mode de diagnostic

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

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie

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

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

B EX CEPTION

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

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

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

C CHANGEMENT DE TYPE DE SOINS

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

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie

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

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

D CODIFICATION

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

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

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.5 Précisions aux fournisseurs

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

B. À compter du 1^{er} avril 2006, le cadre normatif du système MED-ÉCHO fera l'objet de mise à jour annuelle : ajouts de codes, retraits de codes, ajouts de nouveaux éléments, modifications aux validations, etc.

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

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

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

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.5 Précisions aux fournisseurs

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

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

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

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

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.2 Nom de l'utilisateur

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.3 Prénom de l'utilisateur

ÉLÉMENT Prénom de l'utilisateur

FORMAT 15 – alphabétique.

DÉFINITION Prénom de l'utilisateur à la naissance.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire.

PRÉCISIONS

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

Exemple : Jean-François se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

ÉLÉMENT	Type de destination
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser le type de lieu vers lequel est dirigé l'utilisateur après son hospitalisation.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire.</p> <p>Les valeurs permises sont :</p> <ul style="list-style-type: none">01 : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques ;03 : centre d'hébergement et de soins de longue durée ;09 : centre hospitalier de soins (physiques et psychiatriques) de courte durée, hors province ;10 : centre d'hébergement et de soins (physiques et psychiatriques) de longue durée, hors province ;13 : centre de réadaptation ;17 : CLSC (incluant les dispensaires) ;21 : domicile ;29 : soins <i>post-mortem</i> ;30 : maison funéraire ou autre CH pour prélèvement d'organes ;31 : départ sans autorisation ;33 : médecine de jour ;34 : maison funéraire après prélèvement d'organes ;40 : ressources non institutionnelles ;60 : maison des naissances.
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">1) Le type de destination doit correspondre au « code de l'installation de destination » contenu dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO;2) Pour les détenus fédéraux ou provinciaux, inscrire la valeur 21 (domicile) ;3) La valeur 17 (CLSC) s'applique à un usager qui quitte pour son domicile, mais qui doit recevoir des services assurés par un CLSC. À cet effet, une note ou un formulaire de demande de services avec un CLSC figure au dossier de l'utilisateur, note ou formulaire précisant la raison pour laquelle le CLSC doit intervenir ainsi que le service requis. Que le service soit effectivement rendu ou non par le CLSC;

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

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

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'usager 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_, Z37.6_, Z37.7_.4) Quand il s'agit de soins <i>post mortem</i> (voir la description du code 29 à la division 3.7), le diagnostic principal doit correspondre à un code commençant par Z52 ou Z999.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.1 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 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 3.37 Tumeur

ÉLÉMENT Tumeur

DÉFINITION Code de diagnostic de la CIM-10-CA compris entre C00 et D09 inclusivement, entre D32 et D33 et entre D37 et D48.

DESCRIPTION En présence d'au moins un diagnostic de tumeur et **seulement** dans ce cas, les informations du bloc « tumeur » sont obligatoires. Ce bloc comprend cinq informations :

- 1 : nom du père ;
- 2 : prénom du père ;
- 3 : nom de la mère à la naissance ;
- 4 : prénom de la mère ;
- 5 : code de la tumeur.

PRÉCISION

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.1 Topographie de la tumeur

ÉLÉMENT	Topographie de la tumeur
FORMAT	7– alphanumérique.
DÉFINITION	Code de la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> indiquant le siège de la tumeur ou de la métastase.
DESCRIPTION	<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 ; D37 à D48.</p>

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.2 Morphologie de la tumeur

ÉLÉMENT	Morphologie de la tumeur		
FORMAT	6 – numérique.		
DÉFINITION	Précision sur le type histologique de la tumeur (quatre premiers chiffres) codé d'après la <i>Classification internationale des maladies-Oncologie</i> (3 ^e édition), le comportement évolutif de celle-ci (cinquième chiffre) et le grade de différenciation de la tumeur maligne (6 ^e chiffre). Le 6 ^e chiffre peut aussi indiquer le type de cellules dans le cas de lymphome et de leucémie.		
DESCRIPTION	<p>Donnée obligatoire pour chaque code de topographie inscrit. Les valeurs possibles sont :</p> <ol style="list-style-type: none">1) les quatre premiers chiffres du code qui précisent le type histologique de la tumeur et qui doit figurer dans la table de validation des codes de morphologie tumeur fournie par MED-ÉCHO (division 5.2) ;2) un cinquième chiffre qui renseigne sur le comportement évolutif de la tumeur :<ul style="list-style-type: none">0 : tumeur bénigne ;1 : évolution incertaine (tumeur bénigne ou maligne) ;2 : carcinome <i>in situ</i> ;3 : tumeur maligne primitive ;6 : tumeur maligne métastatique ;9 : tumeur maligne, origine incertaine (tumeur primitive ou métastatique).3) un sixième chiffre qui renseigne sur le grade de différenciation de la tumeur maligne ou sur le type de cellules dans le cas de lymphome ou leucémie. <p>Code de grade :</p> <table><tr><td>9</td><td>Grade ou différenciation non déterminé(e), non cité(e) ou inapplicable</td></tr></table>	9	Grade ou différenciation non déterminé(e), non cité(e) ou inapplicable
9	Grade ou différenciation non déterminé(e), non cité(e) ou inapplicable		

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.2 Morphologie de la tumeur

Types de cellules des lymphomes et leucémies :

9 Type de cellule non déterminé, non cité ou inapplicable

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

DIVISION CONTENU

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

CHAPITRE 4 Validation

Division

Table des matières

DIVISION CONTENU

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.i Validation unitaire et validation de contexte

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

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

Les validations de cette division sont de type avertissement.

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

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

CHAPITRE 4 Validation

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

	Diagn. principal	Diagn. service	Domaine consult.	Durée gestation	État civil	Heure admission	Heure sortie	Masse naissance	Mode de diagnostic	Morphologie tumeur	Nom usager	Nb. j. congé temp.	Nb. j. (service)	Nb. j. (soins int.)	Nb. mortinaissance	Nb. mortin. autopsiées	Nb. total consult.	No. Ass. maladie	No dossier médical	No dossier mère
Autopsie																				
Car.diagn. (autres diag)	10J																			
Car. diagn. (service)		16I																		
Cause décès	9A	9A																		
Code accident	10J	16I 16J																		
Code de l'intervention	10I 18E	16F 18E																		
Code installation																				
Code inst. destination																				
Code inst. provenance																				
Code géographique																		4B 15A 24B		
Code lieu																				
Code postal usager																				
Code service																				
Code unité (soins int.)																				
Consultation med.																	5A			
Date accident																				
Date de l'intervention																				
Date admission					11 A			25A												
Date inscription urg.																				
Date naissance					11 A			25A										24B 26CDE		
Date sortie																				
Diagnostic admission																				
Diagn. (autres 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 I 27A
Période financière																				
Prénom mère																				
Prénom père																				
Prénom usager																		26B		
Réf. service (autre diagn.)																				
Réf. service (consult.)																				
Réf. service (trait.)																				
Responsabilité paiement																		15A		
Séjour total												13 A	16 A	17 A						
Service													16 A							
Sexe															12A			26D		
Soins intensifs																				
Spec. med. (trait.)																				
Statut rés. (trait.)																				
Techn. Anesthésie																				
Topographie tumeur	10U 19C	16H 19C								19AD G										
Traitement	10T																			
Tumeur																				
Type admission	10FMP 23D	16C 23D		23E				23F											23C	23C
Type décès																				
Type destination									19F											
Type provenance																				
Type séjour (service)																				
Type soins	10B																			

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

	Nouveau né	Période financière	Prénom usager	Ref. service (autre diagn.)	Ref. service (consult.)	Ref. 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				22H 22E 22B
Type provenance	14J																						22A
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 D37 et D48), , doivent obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur», à moins que tous les espaces du bloc « code de tumeur » ne soient occupés en priorité par le « diagnostic principal » et des « diagnostics (service) ».

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CARACTÉRISTIQUE DU DIAGNOSTIC

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

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 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 Z 999 en présence d'une valeur 29 (soins *post-mortem*) pour le « type de soins ».

Pour un accouchement normal :

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

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

MORTINAISSANCE

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 Diagnostic principal

TUMEUR

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

DIAGNOSTIC

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

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

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

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.13 Nombre de jours de congé temporaire

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

NOMBRE DE JOURS

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

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

DIAGNOSTIC

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

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

- 16P** **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par P__, l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») doit être inférieur à 29 jours.

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

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

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CODE DU SERVICE

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

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

MODE DIAGNOSTIQUE

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

MORPHOLOGIE DE LA TUMEUR

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.20 Code et type de destination

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

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

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

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

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

* Valeur à transmettre à la banque centrale

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.22 Type de soins et code de l'installation

TYPE DE SOINS ET CODE DE L'INSTALLATION

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

TYPE DE SOINS

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

CHAPITRE 5 Tables

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

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

DESCRIPTION La table de validation des diagnostics CIM-10-CA sert à la validation des diagnostics. Elle comprend aussi les codes de regroupement des diagnostics.

Contenu de la table :

- 1) code du diagnostic (clé) ;
- 2) regroupement D1- (l'attribution est faite à l'aide du code de chapitre, clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ;
- 3) regroupement D2- (l'attribution est faite à l'aide du code de la catégorie (rubrique), clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ;
- 4) restriction par rapport au sexe ;
- 5) restriction par rapport à l'âge minimum ;
- 6) restriction par rapport à l'âge maximum ;
- 7) diagnostic principal valide ;
- 8) numéro du système de classification ;
- 9) indicateur de fréquence.

PRÉCISIONS

- 1) Restriction par rapport au sexe :

Code	Restriction
-------------	--------------------

A Aucune

M Restreint aux hommes (sexe masculin seulement)

F Restreint aux femmes (sexe féminin seulement)

G Sexe féminin et « autre » seulement

N Sexe masculin et « autre » seulement

- 2) Restriction par rapport à l'âge :

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

CHAPITRE 5 Tables

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

3) Diagnostic principal valide

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

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

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

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

7) Indicateur de fréquence

O Diagnostic	fréquent
N Diagnostic	non-fréquent

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

CHAPITRE 5 Tables

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

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

A REGROUPEMENT DES DONNÉES SUR LES SERVICES

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

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

B PRIORITÉ DANS LA TRANSMISSION DE CERTAINES INFORMATIONS

1) Services

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

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

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

2) Autres diagnostics

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

3) Consultation médicale

Les neuf premières consultations doivent être transmises.

4) Traitement

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

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

5) Soins intensifs

Les trois premiers séjours sont transmis.

6) Code de tumeur

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

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

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

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

7) Masse à la naissance

Les trois premières masses enregistrées sont transmises.

8) Référence service

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

Exemple de regroupement des séjours/services

Installation						Regroupement				
No Début	Nb de jours	Type de séjour	Diagnostic Code de serv. 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 26 3		G81.99	07	2
11	2006.02.28	3	0	I49.9	85	85 3	0	I49.9 *	85	non transmis

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