

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	172	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DES SIGNES VITAUX À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro attribué à l'utilisateur inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie

Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
- ❖ **VALIDATIONVALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	173	NO DE L'HÔPITAL DE L'ÉCRAN DES SIGNES VITAUX À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont donnés à l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère de la santé et des services sociaux dans le fichier M02.
- Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	174	NO SÉQUENCE DES SIGNES VITAUX À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique un numéro séquentiel relatif à l'attribution des signes vitaux au service d'admission du centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Pour chaque nouvelle inscription d'une séquence de signes vitaux, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	175	DATE DE L'ÉVALUATION DES SIGNES VITAUX À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle une séquence de signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, etc.) a été mesurée au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La date la plus près de l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière. Il arrive que la première séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur à l'admission du centre hospitalier.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	176	HEURE DE L'ÉVALUATION DES SIGNES VITAUX À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'heure à laquelle une séquence de signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, etc.) a été mesurée au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
L'heure la plus près de l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière.

Il arrive que cette séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur à l'admission du centre hospitalier.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	177	GCS À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique le résultat d'une échelle au service d'admission du centre hospitalier, basé sur la somme de trois composantes, pour déterminer la classification des niveaux de coma. Les principales composantes sont : l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice.

Selon la nomenclature de Champion, Sacco et Copes «Trauma Scoring », l'échelle de Glasgow est un indice portant sur des évaluations entre 3 et 15, 3 étant un état comateux et 15 un état d'indépendance.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Cet indicateur se calcule automatiquement lorsque tous les champs nécessaires à l'obtention de son résultat sont saisis (Ouverture des yeux, Réponse verbale, Réponse motrice). La saisie manuelle est également permise.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Le 1^{er} résultat du Glasgow noté après l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être inscrit indépendamment s'il s'agit de celui du médecin ou de l'infirmière.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
1 à 15

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	178	PHI À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique la valeur de l'indice préhospitalier traumatique au service d'admission du centre hospitalier. Il est basé sur les valeurs de l'état de conscience, de la respiration, du pouls, de la tension artérielle systolique et de la lésion pénétrante. Les résultats sont utilisés pour comparer l'indice préhospitalier traumatique indiqué par les services ambulanciers.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Ce champ est calculé automatiquement lors de la saisie des éléments requis pour le calcul. Aucune saisie manuelle ne doit être faite. Le résultat s'affiche uniquement dans les tables et non à l'écran de saisie.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
0 à 24

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	179	RTS À L'ADMISSION

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ❖ FORMAT | Numérique Longueur : 2 |
| ❖ DÉFINITION | Ce champ représente une échelle physiologique de gravité des traumatismes nécessaire en épidémiologie. Il est basé sur les valeurs de L'Échelle de Coma Glasgow, de la pression sanguine systolique et de la respiration au service d'admission du centre hospitalier. |
| ❖ DESCRIPTION | Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. |
| ❖ PRÉCISIONS | Consigne à la saisie
Ce champ est calculé automatiquement lors de la saisie des éléments requis pour le calcul. Aucune saisie manuelle ne doit être faite. Le résultat s'affiche uniquement dans les tables et non à l'écran de saisie. |
| ❖ VALIDATION | Non disponible pour l'instant. |
| ❖ REQUIS PAR | |
| ❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES | |
| ❖ TRANSMISSION | |
| ❖ VALEURS PERMISES | 0 à 12 |

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	180	ÉTAT DE CONSCIENCE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'état général d'éveil et de réaction aux stimuli internes (ou externes) qui permet à la personne d'être en relation avec son environnement au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
L'état de conscience le plus près de l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être considérée, indépendamment qu'il soit inscrit par le médecin ou l'infirmière.
- Il arrive que cette séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'usager à l'admission du centre hospitalier.
- Pour un usager sédationné, cocher Sous sédation. Le Glasgow retrouvé est en lien avec cet état.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
- Alerte**
État qui se caractérise par l'éveil et l'autonomie de l'usager qui lui permet de tenir un discours cohérent et logique avec son environnement.
- Somnolent**
État intermédiaire entre la veille et le sommeil caractérisé par une tendance irrésistible à l'assoupissement si la personne n'est pas stimulée.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	180	ÉTAT DE CONSCIENCE À L'ADMISSION

Sous sédation

Apaisement par les sédatifs ou par les médicaments provoquant une légère dépression du système nerveux central qui maintient l'utilisateur éveillé et relativement plus calme.

Confus

Condition durant laquelle un usager répond de manière inopportune à son environnement et est désorienté par rapport aux notions d'endroit, de temps ou de personne.

Confus avant l'accident

Condition durant laquelle un usager répond de manière inopportune à son environnement et est désorienté par rapport aux notions d'endroit, de temps ou de personne lorsque cette condition était présente avant le traumatisme.

Stimulation verbale

Indique une réponse ou non suite à un stimulus à la parole.

Stimulation douleur

Indique une réponse ou non suite à un stimulus par pression, par pincement, par piqûre, etc.

Pas de réaction

Indique l'absence de réponse aux stimuli.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	181	POULS À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6,2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la valeur numérique des battements rythmés perçus à la palpation d'une artère superficielle, déterminés par le passage de l'ondée systolique. Il s'agit du nombre de battements par minute au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
Le pouls le plus près de l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être considéré, indépendamment qu'il soit inscrit par le médecin ou l'infirmière.
- Il arrive que cette séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur à l'admission du centre hospitalier.
- Le pouls est considéré « Régulier » à moins d'une indication contraire telle que « Irrégulier » ou « IRR ».
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	182	POULS RÉGULIER À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ caractérise le pouls au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Un usager qui présente un pouls constant sans aucune variation du rythme, est considéré régulier.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Il faut indiquer le pouls comme étant « Régulier » à moins d'une indication contraire telle que « Irrégulier » ou « IRR ».
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	183	POULS IRRÉGULIER À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ caractérise le pouls au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Un usager qui présente une variation du rythme, le pouls est considéré irrégulier.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	184	RESP. À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6,2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la mesure du nombre de respiration par minute d'un usager prise au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

La respiration la plus près de l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière.

Il arrive que cette séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'usager à l'admission du centre hospitalier.

La respiration peut être prise de façon spontanée ou être assistée mécaniquement.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	185	TYPE DE RESPIRATION À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le type ou la caractéristique de la respiration au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
Le type de respiration le plus près de l'arrivée au service d'admission du centre hospitalier doit être considéré, indépendamment qu'il soit inscrit par le médecin ou l'infirmière.
- Il arrive que cette séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur à l'urgence.
- Pour un usager qui arrive au service d'admission du centre hospitalier intubé et sous respirateur, cochez F.R.<10 ou Intubation. C'est un usager appelé curarisé. L'état de conscience et le Glasgow retrouvés sont en lien avec cet état.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
- Normale**
Il s'agit de la mesure du nombre de battements cardiaques par minute lorsque le rythme est régulier et stable.
- Difficile / Superficielle**
Il s'agit de la mesure du nombre de battements cardiaques par minute lorsque la respiration s'effectue difficilement, que le rythme respiratoire est lent ou qu'il s'effectue superficiellement ou rapidement.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	185	TYPE DE RESPIRATION À L'ADMISSION

F.R. < 10 ou Intubation

Il s'agit de la mesure du nombre de battements cardiaques par minute lorsque la respiration se situe sous 10 battements par minute ou lorsqu'un usager est ventilé mécaniquement.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	186	T.A.S À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6,2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la systole, c'est-à-dire au moment de la contraction cardiaque au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La tension artérielle systolique la plus près de l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être considérée, indépendamment qu'elle soit inscrite par le médecin ou l'infirmière.

Il arrive que cette séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'utilisateur à l'admission du centre hospitalier.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
0 à 300.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	187	T.A.D À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6,2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la valeur de la pression existant dans le système artériel au moment de la diastole, c'est-à-dire entre deux contractions cardiaques au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consignes à la saisie
La tension artérielle diastolique la plus près de l'arrivée à l'admission du centre hospitalier doit être considérée, indépendamment qu'il soit inscrit par le médecin ou l'infirmière.

Il arrive que cette séquence soit incomplète par manque de renseignements. Il est possible de la compléter en autant que celle-ci soit prise en deçà de huit heures après l'arrivée de l'usager à l'admission du centre hospitalier.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
0 à 300.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	188	OUVERTURE DES YEUX À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ définit l'ouverture des yeux, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
L'indicateur doit être documenté et précisé tel quel.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 4 – Spontanée
 - 3 – À la voix
 - 2 – À la douleur
 - 1 – Aucune

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	189	RÉPONSE VERBALE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ définit la réponse verbale, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- Des propos incohérents et un langage inapproprié sont des synonymes.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
L'indicateur doit être documenté et précisé tel quel.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
5 – Orientée
4 – Confuse
3 – Langage inapproprié
2 – Sons incompréhensibles
1 – Aucune

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	190	RÉPONSE MOTRICE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ définit la réponse motrice, un des indicateurs servant à calculer le Glasgow Coma Scale (GCS) au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
L'indicateur doit être documenté et précisé tel quel.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 6 – Obéit aux commandes
 - 5 – Localise la douleur
 - 4 – Retrait à la douleur
 - 3 – Flexion à la douleur
 - 2 – Extension à la douleur
 - 1 – Aucune

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	191	GRANDEUR DE LA PUPILLE GAUCHE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le qualificatif de la grandeur de la pupille gauche au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Lorsque la mention PERLA (pupilles égales réagissant à la lumière) est indiquée, la grandeur est qualifiée de normale.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Normale
Indique que la grandeur de la pupille n'est ni dilatée ni contractée.

Dilatée
Indique que le diamètre de la pupille est augmenté.

Contractée
Indique que le diamètre de la pupille est diminué.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	192	GRANDEUR DE LA PUPILLE GAUCHE (mm) À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6,2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la mesure en millimètres (mm) de la pupille gauche au service d'admission du centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	193	RÉACTION DE LA PUPILLE GAUCHE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la réaction à la lumière de la pupille gauche au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Normale
Indique que la réaction de la pupille à la lumière est normale. La mention «PERLA » (pupilles égales réagissant à la lumière) est aussi considéré normale.

Lente
Indique que la réaction de la pupille à la lumière est lente.

Sans réaction
Indique l'absence de réaction de la pupille à la lumière (synonyme : fixe).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	194	GRANDEUR DE LA PUPILLE DROITE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le qualificatif de la grandeur de la pupille droite au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consigne à la saisie
Lorsque la mention PERLA (pupilles égales réagissant à la lumière) est indiquée, la grandeur est qualifiée de normale.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
Normale
Indique que la grandeur de la pupille n'est pas dilatée ni contractée.

Dilatée
Indique que le diamètre de la pupille est augmenté.

Contractée
Indique que le diamètre de la pupille est diminué.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	195	GRANDEUR DE LA PUPILLE DROITE (mm) À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6,2
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la mesure en millimètres (mm) de la pupille droite au service d'admission du centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	196	RÉACTION DE LA PUPILLE DROITE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la réaction à la lumière de la pupille droite au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Normale
Indique que la réaction de la pupille à la lumière est normale. La mention «PERLA » (pupilles égales réagissant à la lumière) est aussi considéré normale.

Lente
Indique que la réaction de la pupille à la lumière est lente.

Sans réaction
Indique l'absence de réaction de la pupille à la lumière (synonyme : fixe).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	197	TEMPÉRATURE À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3,2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la température du corps de l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES** 0 et 41 degrés Celsius.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.8	Évaluation des soins à l'admission à l'hôpital
Élément	198	PRESSION INTRACRÂNIENNE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6,2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la valeur numérique de la pression exercée par le liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-arachnoïdien (espace situé entre le crâne et le cerveau) mesurée à l'aide d'appareillage spécialisé au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
Cette valeur ne peut être mesurée qu'à l'admission du centre hospitalier puisque l'appareillage peut être installé en salle d'opération ou aux soins intensifs
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	199	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DES UNITÉS DE SOINS

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro attribué à l'utilisateur inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	200	NO DE L'HÔPITAL DE L'ÉCRAN DES UNITÉS DE SOINS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont donnés à l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère de la santé et des services sociaux dans le fichier M02.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	201	NO SÉQUENCE DES UNITÉS DE SOINS

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription d'unités de soins au service d'admission du centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée. À chaque inscription d'une séquence d'unités de soins, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	202	UNITÉS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'unité physique où est hospitalisé l'utilisateur.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et pour l'inscription des soins intensifs de la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Les centres hospitaliers qui ne possèdent pas d'unité de soins intensifs et/ou d'unité de traumatologie ne doivent pas cocher ces cases. Cependant, si les mêmes lits sont déterminés pour désigner les soins intensifs, ils peuvent être considérés comme des lits de soins intensifs.

La case «soins spécialisés » doit être utilisée lorsque les autres valeurs permises ne peuvent être indiquées.

Le bloc opératoire n'est pas considéré comme une unité de soins. Lorsque l'utilisateur y est amené, laisser comme unités de soins celle où l'utilisateur se trouvait avant d'être opéré.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Soins intensifs
Indique l'unité où l'ensemble des soins destinés à rétablir les fonctions vitales (respiration, circulation, nutrition, excrétion, équilibre ionique, etc.) momentanément perturbées à la suite d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une opération.

Soins intermédiaires
Lieu de soins non destiné à l'anesthésie et où le corps de l'utilisateur est normalement soumis au contact direct avec l'appareillage électromédical.

Traumatologie
Lieu de soins destiné aux usagers victimes des traumatismes physiques et au traitement des usagers ayant subi de graves blessures, généralement au cours d'un accident.

Soins spécialisés
Lieu de soins destiné aux usagers qui ne requièrent pas de soins sur une unité de soins intensifs, de soins intermédiaires ou de traumatologie.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	203	PRÉCISER DE L'UNITÉ DE SOINS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 25
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise l'unité de soins spécialisés sur laquelle séjourne l'usager.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et facultative pour la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	204	DATE DE L'ADMISSION

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date de l'admission à l'unité de soins du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et pour l'inscription des soins intensifs de la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie L'utilisateur peut provenir du service d'urgence du centre hospitalier ou d'une autre unité de soins. Pour un usager dirigé vers le bloc opératoire au départ du service d'urgence du centre hospitalier, inscrire la date d'arrivée au bloc opératoire comme date d'admission à l'unité de soins.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	205	HEURE D'ARRIVÉE À L'UNITÉ DE SOINS

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur arrive à l'unité de soins.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et pour l'inscription des soins intensifs de la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
L'utilisateur peut provenir du service d'urgence du centre hospitalier ou d'une autre unité de soins.

Pour un usager dirigé vers le bloc opératoire au départ du service d'urgence du centre hospitalier, inscrire l'heure d'arrivée au bloc opératoire comme heure d'arrivée à l'unité de soins.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	206	DATE DE DÉPART DE L'UNITÉ DE SOINS

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur quitte l'unité de soins.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et pour l'inscription des soins intensifs de la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie L'utilisateur peut être dirigé vers une autre unité de soins.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	207	HEURE DU DÉPART DE L'UNITÉ DE SOINS

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur quitte l'unité de soins.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et pour l'inscription des soins intensifs de la version abrégée.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie L'utilisateur peut être dirigé vers une autre unité de soins.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	208	NO SÉQUENCE DE LA VENTILATION MÉCANIQUE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de la ventilation mécanique au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Pour chaque nouvelle inscription d'une séquence de ventilation mécanique, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	209	DATE DU DÉBUT DE LA VENTILATION MÉCANIQUE

❖	FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖	DÉFINITION	Ce champ indique la date où la ventilation mécanique est débutée. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.		
❖	DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée. La date de début de la ventilation mécanique correspond au branchement physique de l'utilisateur à l'appareil et au moment où il est complètement incapable de respirer par lui-même.		
❖	PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Pour l'utilisateur qui provient d'un autre centre hospitalier, qui est déjà sous respirateur, la date de début de la ventilation mécanique correspond à la date où il a été installé sous respirateur au premier centre hospitalier. Pour l'utilisateur qui est placé sous respirateur lors de son séjour à l'urgence, la date de début de la ventilation mécanique correspond à la date où il a été installé sous respirateur lors de son séjour à l'urgence.		
❖	VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖	REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖	SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖	TRANSMISSION			
❖	VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	210	HEURE DU DÉBUT DE LA VENTILATION MÉCANIQUE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'heure où la ventilation mécanique est débutée. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

L'heure du début de la ventilation mécanique correspond au branchement physique de l'utilisateur à l'appareil et au moment où il est complètement incapable de respirer par lui-même.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consigne à la saisie
Pour l'utilisateur qui provient d'un autre centre hospitalier, qui est déjà sous respirateur, l'heure de début de la ventilation mécanique correspond à l'heure où il a été installé sous respirateur au premier centre hospitalier.

Pour l'utilisateur qui est placé sous respirateur lors de son séjour à l'urgence, l'heure de début de la ventilation mécanique correspond à l'heure où il a été installé sous respirateur lors de son séjour à l'urgence.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	211	DATE D'ARRÊT

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date où la ventilation mécanique est cessée. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée. La date d'arrêt de la ventilation mécanique correspond au débranchement physique de l'utilisateur à l'appareil et au moment où il est complètement capable de respirer par lui-même (ou décédé).		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Dans le cas d'un processus de sevrage du respirateur, considérer la dernière séquence de débranchement comme étant la date d'arrêt. Pour les usagers transférés vers un autre centre hospitalier sous ventilation mécanique, inscrire la date de départ du centre hospitalier comme date d'arrêt. Dans le cas où un usager est déclaré cliniquement décédé et qu'il y aura un don d'organes, inscrire comme date d'arrêt du ventilateur mécanique la date du départ du centre hospitalier.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.9	Traitements à l'admission à l'hôpital
Élément	212	HEURE D'ARRÊT DE LA VENTILATION MÉCANIQUE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 6	Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure où la ventilation mécanique est cessée. La ventilation mécanique se définit comme étant une respiration assistée mécaniquement (respirateur) dont l'utilisateur est totalement dépendant.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée. L'heure d'arrêt de la ventilation mécanique correspond au débranchement physique de l'utilisateur à l'appareil et correspond au moment où il est complètement capable de respirer par lui-même (ou décédé).		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Dans le cas d'un processus de sevrage du respirateur, considérer la dernière séquence de débranchement comme l'heure d'arrêt. Pour les utilisateurs transférés vers un autre centre hospitalier sous ventilation mécanique, inscrire l'heure de départ du centre hospitalier comme heure d'arrêt. Dans le cas où un utilisateur est déclaré cliniquement décédé et qu'il y aura un don d'organes, inscrire comme heure d'arrêt du ventilateur mécanique l'heure du départ du centre hospitalier.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	213	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DES TRAITEMENTS

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro attribué à l'utilisateur inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	214	NO DE L'HÔPITAL DE L'ÉCRAN DES TRAITEMENTS

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ❖ FORMAT | Alphanumérique Longueur : 9 |
| ❖ DÉFINITION | Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont donnés à l'usager au service d'admission du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux. |
| ❖ DESCRIPTION | <p>Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.</p> <p>Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère de la santé et des services sociaux dans le fichier M02.</p> <p>Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.</p> |
| ❖ PRÉCISIONS | |
| ❖ VALIDATION | Non disponible pour l'instant. |
| ❖ REQUIS PAR | Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS. |
| ❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES | |
| ❖ TRANSMISSION | |
| ❖ VALEURS PERMISES | |

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	215	NO SÉQUENCE DES TRAITEMENTS

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ❖ FORMAT | Numérique Longueur : 3 |
| ❖ DÉFINITION | Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de traitement au service d'admission du centre hospitalier. |
| ❖ DESCRIPTION | <p>Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.</p> <p>Pour chaque inscription de traitements, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.</p> |
| ❖ PRÉCISIONS | |
| ❖ VALIDATION | Non disponible pour l'instant. |
| ❖ REQUIS PAR | Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS. |
| ❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES | |
| ❖ TRANSMISSION | |
| ❖ VALEURS PERMISES | |

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	216	DATE DU TRAITEMENT À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit : (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle un traitement est effectué au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Inscrire la date du début de l'anesthésie si l'intervention est effectuée au bloc opératoire. Inscrire la date du début de l'intervention pour les autres cas. Si plusieurs interventions sont faites dans un même temps opératoire, répéter la date pour chacune des interventions.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	217	HEURE DU TRAITEMENT À L'ADMISSION

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure où un traitement est effectué au service d'admission du centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Inscrire l'heure du début de l'anesthésie si l'intervention est effectuée au bloc opératoire. Inscrire l'heure du début de l'intervention pour les autres cas. Si plusieurs interventions sont faites dans un même temps opératoire, répéter l'heure pour chacune des interventions.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	218	CODE DE TRAITEMENT À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 10
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le code des traitements médicaux et/ou chirurgicaux au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.
- Les traitements sont effectués par le médecin, le chirurgien et/ou le radiologiste pendant l'admission et sont codés selon la Classification canadienne des interventions en santé.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
Plusieurs codes peuvent être inscrits pour un même usager.
- Inscrire la traction cutanée qui est installée au service d'urgence du centre hospitalier et qui est révisée à l'admission.
- La source de référence pour inscrire des traitements effectués à l'intérieur et à l'extérieur de la salle d'opération est MED-ÉCHO. Cependant, un centre hospitalier peut décider d'en inscrire davantage.
- Les traitements et/ou examens effectués à l'extérieur du centre hospitalier, en cours d'hospitalisation, doivent être inscrits. Le lieu "Autre" doit être inscrit.
- Tous les traitements sont à inscrire même ceux qui ne sont pas en lien avec le traumatisme.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	219	INTERVENTIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES À L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 60
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la description des actes thérapeutiques, des traitements médicaux et chirurgicaux qui sont réalisés au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.

Pour chaque inscription du code, la description est générée automatiquement par l'application locale.

Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	220	CODE D'ATTRIBUT DE SITUATION DE L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la description plus en détail des interventions qui constituent des « répétitions/reprises », des « abandons en cours d'intervention », des « changements », des « retards » ou des « planifications », par exemple.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	221	CODE D'ATTRIBUT DE LIEU DE L'ADMISSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'identification des détails et des données anatomiques supplémentaires relatifs par exemple à la latéralité (par exemple, (G)gauche, (D)droit, (B) bilatéral).
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	222	CODE D'ATTRIBUT D'ÉTENDUE DE L'ADMISSION

❖	FORMAT	Alphanumérique Longueur : 2
❖	DÉFINITION	Ce champ indique, si nécessaire, une mesure quantitative relative à l'intervention (par exemple, longueur de la lacération réparée, nombre de structures anatomiques atteintes).
❖	DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.
❖	PRÉCISIONS	
❖	VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖	REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖	SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖	TRANSMISSION	
❖	VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	223	LIEU

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le lieu physique où sont effectués les traitements médicaux et/ou chirurgicaux au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Bloc opératoire

Le bloc opératoire est une salle stérile où s'effectuent des actes médicaux et/ou chirurgicaux. Des solutions anesthésiques sont souvent requises et plusieurs intervenants sont impliqués dans ce processus. Les actes opératoires qui sont effectués dans cette salle requièrent une surveillance particulière qui empêche sa tenue à la chambre de l'utilisateur.

Autre

Il s'agit de toute salle qui ne nécessite pas de surveillance particulière. Il peut s'agir de la chambre de l'utilisateur, d'une salle ou d'une clinique spécialisée.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	224	DATE DE DÉPART DU BLOC OPÉRATOIRE

❖	FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖	DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a quitté le bloc opératoire.		
❖	DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et facultative pour la version abrégée.		
❖	PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Inscrire la date où l'utilisateur quitte le bloc opératoire.		
❖	VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖	REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖	SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖	TRANSMISSION			
❖	VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	225	HEURE DU DÉPART DU BLOC OPÉRATOIRE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur a quitté le bloc opératoire.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et facultative pour la version abrégée.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Inscrire l'heure où l'utilisateur quitte le bloc opératoire.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	226	PHYSIOTHÉRAPIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant en physiothérapie au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	227	DATE D'ÉVALUATION DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant en physiothérapie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Physiothérapie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES	:		

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	228	DATE DU TRAITEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un intervenant en physiothérapie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Physiothérapie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date du traitement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	229	ERGOTHÉRAPIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant en ergothérapie au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	230	DATE D'ÉVALUATION DE L'ERGOTHÉRAPIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant en ergothérapie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Ergothérapie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	231	DATE DU TRAITEMENT D'ERGOTHÉRAPIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un intervenant en ergothérapie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Ergothérapie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date de traitement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	232	PSYCHOLOGIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant en psychologie au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	233	DATE D'ÉVALUATION DE LA PSYCHOLOGIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant en psychologie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Psychologie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	234	DATE DU TRAITEMENT DE PSYCHOLOGIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un intervenant en psychologie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Psychologie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date de traitement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	235	AUDIOLOGIE-ORTHOPHONIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant en audiologie ou en orthophonie au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	236	DATE D'ÉVALUATION D'AUDIOLOGIE / ORTHOPHONIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant en audiologie ou en orthophonie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Audiologie-orthophonie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	237	DATE DU TRAITEMENT D'AUDIOLOGIE / ORTHOPHONIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un intervenant en audiologie ou en orthophonie au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Audiologie-orthophonie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date de traitement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			
:			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	238	SERVICE SOCIAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant en service social au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	239	DATE D'ÉVALUATION DU SERVICE SOCIAL

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant en service social au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Service social » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	240	DATE DU TRAITEMENT DU SERVICE SOCIAL

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un intervenant en service social au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Service social » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date du traitement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	241	DIÉTÉTIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant en diététique au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	242	DATE D'ÉVALUATION DE DIÉTÉTIQUE

- ❖ **FORMAT**
Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
- ❖ **DÉFINITION**
Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant en diététique au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**
Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consigne à la saisie
La case « Diététique » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.
- ❖ **VALIDATION**
Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR**
Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	243	DATE DU TRAITEMENT DE DIÉTÉTIQUE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un intervenant en diététique au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Diététique » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date du traitement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	244	ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un membre de l'équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, infirmière de liaison, etc.) au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	245	DATE D'ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant de l'équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, infirmière de liaison, etc.) au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Équipe multidisciplinaire » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	246	DATE DU TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un membre de l'équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, infirmière de liaison, etc.) au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Équipe multidisciplinaire » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date de traitement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	247	AUTRE DES INTERVENTIONS PARAMÉDICALES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	248	DATE D'ÉVALUATION D'UN AUTRE INTERVENANT

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire au service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Autre » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date d'évaluation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	249	DATE DU TRAITEMENT AUTRE

- ❖ **FORMAT**
Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
- ❖ **DÉFINITION**
Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**
Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consigne à la saisie
La case « Autre » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date de traitement.
- ❖ **VALIDATION**
Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR**
Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	250	PRÉCISER (AUTRE) INTERVENTIONS PARAMÉDICALES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 25
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la précision du type d'intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire qui a traité et/ou évalué un usager au service d'admission du centre hospitalier. Il suffit d'inscrire le nom de la spécialité concernée.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
La case « Autre » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la spécialité concernée.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	251	AUTRE 2 DES INTERVENTIONS PARAMÉDICALES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 25
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été évalué et/ou traité par un deuxième intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	252	DATE D'ÉVALUATION D'UN AUTRE INTERVENANT

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué par un deuxième intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
La case « Autre 2 » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date de l'évaluation.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	253	DATE DU TRAITEMENT AUTRE INTERVENANT 2

❖ FORMAT	Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été traité par un deuxième intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire au service d'admission du centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Autre 2 » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date de traitement.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.10	Traitements à l'admission à l'hôpital (suite)
Élément	254	PRÉCISER (AUTRE 2) INTERVENTIONS PARAMÉDICALES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 25
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la précision du type du deuxième intervenant autre que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie, l'audiologie, l'orthophonie, le service social, la diététique ou l'équipe multidisciplinaire qui a été traité et/ou évalué un l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier. Il suffit d'inscrire le nom de la spécialité concernée.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
La case « Autre 2 » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la spécialité concernée.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	255	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DES COMPLICATIONS

<<

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 9
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le numéro attribué à l'usager inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée. Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	256	NO DE L'HÔPITAL DE L'ÉCRAN DES COMPLICATIONS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont donnés à l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère de la santé et des services sociaux dans le fichier M02.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	257	INSUFFISANCE RÉNALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication insuffisance rénale.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'insuffisance rénale se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre des traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	258	DATE DE LA COMPLICATION INSUFFISANCE RÉNALE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication insuffisance rénale.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'insuffisance rénale se développe durant l'hospitalisation. La case « Insuffisance rénale » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	259	CHOC

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication choc. Le choc se définit par une tension artérielle systolique inférieure à 90 et un pouls supérieur à 120.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
Cette valeur est indiquée seulement lorsque le choc se développe durant l'hospitalisation.
- Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.
- Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.
- Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.
- Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	260	DATE DE LA COMPLICATION CHOC

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication choc.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Choc» doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque le choc se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	261	HEURE DE LA COMPLICATION CHOC

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure d'apparition de la complication choc.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et facultative pour la version abrégée.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Choc» doit être cochée afin de permettre l'inscription de l'heure. Cette valeur est indiquée seulement lorsque le choc se développe durant l'hospitalisation.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	262	ARRÊT CARDIAQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication arrêt cardiaque.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'arrêt cardiaque se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	263	DATE DE LA COMPLICATION ARRÊT CARDIAQUE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication arrêt cardiaque.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Arrêt cardiaque » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'arrêt cardiaque se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	264	HEURE DE LA COMPLICATION ARRÊT CARDIAQUE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'heure d'apparition de la complication arrêt cardiaque.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et facultative pour la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
La case « Arrêt cardiaque » doit être cochée afin de permettre l'inscription de l'heure.

Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'arrêt cardiaque se développe durant l'hospitalisation.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	265	INFARCTUS DU MYOCARDE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication infarctus du myocarde .
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'infarctus du myocarde se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	266	DATE DE LA COMPLICATION INFARCTUS DU MYOCARDE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication infarctus du myocarde.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Infarctus du myocarde » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'infarctus du myocarde se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	267	HEURE DE LA COMPLICATION INFARCTUS DU MYOCARDE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'heure d'apparition de la complication infarctus du myocarde.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée et facultative pour la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Infarctus du myocarde » doit être cochée afin de permettre l'inscription de l'heure.

Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'infarctus du myocarde se développe durant l'hospitalisation.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	268	COAGULOPATHIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication coagulopathie.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- Pour citer quelques exemples :
- une thrombocytopénie
 - une coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD)
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
Cette valeur est indiquée seulement lorsque la coagulopathie se développe durant l'hospitalisation.
- Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.
- Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.
- Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.
- Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	269	DATE DE LA COMPLICATION COAGULOPATHIE

❖ FORMAT	Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication coagulopathie.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Coagulopathie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque la coagulopathie se développe durant l'hospitalisation.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	270	POUMON DE CHOC

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication poumon de choc.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- Pour citer un exemple : syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (ARDS)
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
Cette valeur est indiquée seulement lorsque le poumon de choc se développe durant l'hospitalisation.
- Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.
- Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.
- Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.
- Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	271	DATE DE LA COMPLICATION POU MON DE CHOC

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication poumon de choc.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case «Poumon de choc» doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque le poumon de choc se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	272	EMBOLIE PULMONAIRE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication embolie pulmonaire.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'embolie pulmonaire se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	273	DATE DE LA COMPLICATION EMBOLIE PULMONAIRE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication embolie pulmonaire.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Embolie pulmonaire » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'embolie pulmonaire se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	274	INFECTION DE LA PLAIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication infection de la plaie.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'infection de la plaie se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	275	DATE DE LA COMPLICATION INFECTION PLAIE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication infection de la plaie.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Infection de la plaie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'infection de la plaie se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	276	INFECTION URINAIRE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication infection urinaire.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'infection urinaire se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	277	DATE DE LA COMPLICATION INFECTION URINAIRE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication infection urinaire.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Infection urinaire » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'infection urinaire se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	278	PNEUMONIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication pneumonie.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Est aussi un synonyme de pneumonie : surinfection pulmonaire
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque la pneumonie se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	279	DATE DE LA COMPLICATION PNEUMONIE

❖ FORMAT	Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication pneumonie.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Pneumonie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque la pneumonie se développe durant l'hospitalisation.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	280	ABCÈS INTRA-ABDOMINAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication abcès intra-abdominal.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'abcès intra-abdominal se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	281	DATE DE LA COMPLICATION ABCÈS INTRA-ABDOMINAL

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication abcès intra-abdominal.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Abcès intra-abdominal » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'abcès intra-abdominal se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	282	AUTRE ABCÈS (PRÉCISER)

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication d'un autre abcès.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'autre abcès se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	283	DATE DE LA COMPLICATION AUTRE ABCÈS

❖ FORMAT	Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication d'un autre abcès.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Autre abcès (Préciser) » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'autre abcès se développe durant l'hospitalisation.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	284	PRÉCISER AUTRE ABCÈS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 25
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la précision de la complication autre abcès.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consigne à la saisie
La case « Autre abcès (Préciser) » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la précision.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	285	EMPYÈME

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication empyème.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'empyème se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	286	DATE DE LA COMPLICATION EMPYÈME

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication empyème.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Empyème » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque l'empyème se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	287	SEPTICÉMIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication septicémie.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Cette valeur est indiquée seulement lorsque la septicémie se développe durant l'hospitalisation.

Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	288	DATE DE LA COMPLICATION SEPTICÉMIE

- ❖ **FORMAT**
Date Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
- ❖ **DÉFINITION**
Ce champ indique la date d'apparition de la complication septicémie.
- ❖ **DESCRIPTION**
Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consignes à la saisie
La case « Septicémie » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date.

Cette valeur est indiquée seulement lorsque la septicémie se développe durant l'hospitalisation.
- ❖ **VALIDATION**
Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR**
Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	289	SYNDROME PSEUDO-SEPTICÉMIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication syndrome pseudo-septicémique.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
Cette valeur est indiquée seulement lorsque le syndrome pseudo-septicémique se développe durant l'hospitalisation.
- Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.
- Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.
- Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.
- Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	290	DATE DE LA COMPLICATION SYNDROME PSEUDO-SEPTICÉMIQUE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication syndrome pseudo-septicémique.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Syndrome pseudo-septicémique» doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque la septicémie se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	291	SEPTICÉMIE FONGIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de la complication septicémie fongique.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- Pour citer un exemple : septicémie à champignons
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
Cette valeur est indiquée seulement lorsque la septicémie fongique se développe durant l'hospitalisation.
- Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.
- Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.
- Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.
- Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	292	DATE DE LA COMPLICATION SEPTICÉMIE FONGIQUE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication septicémie fongique.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie La case « Septicémie fongique » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date. Cette valeur est indiquée seulement lorsque la septicémie fongique se développe durant l'hospitalisation.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	293	NO SÉQUENCE DE COMPLICATIONS

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ❖ FORMAT | Numérique Longueur : 3 |
| ❖ DÉFINITION | Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de complications lorsque celle-ci ne figure pas parmi la liste définie des complications à cocher. |
| ❖ DESCRIPTION | <p>Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.</p> <p>À chaque inscription de complications, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.</p> |
| ❖ PRÉCISIONS | |
| ❖ VALIDATION | Non disponible pour l'instant. |
| ❖ REQUIS PAR | Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS. |
| ❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES | |
| ❖ TRANSMISSION | |
| ❖ VALEURS PERMISES | |

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	294	CODE CIM-10-CA (COMPLICATION)

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 5,2
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le code de la complication lorsque celle-ci ne figure pas parmi la liste définie des complications à cocher.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Les codes sont classifiés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ième} révision, Canada, (CIM-10-CA).
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire.

Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant.

Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible.

Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes.

Ne pas inscrire un code de complication si celle-ci correspond à une complication incluse dans la liste prédéfinie des complications à cocher.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	295	PRÉCISER DE LA DESCRIPTION DU CODE DE COMPLICATION

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 60
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la description du code de la complication autre lorsque celle-ci ne figure pas parmi la liste définie des complications à cocher.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée. Pour chaque inscription du code CIM-10-CA, la description est générée automatiquement par l'application locale. Les codes sont classifiés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ième} révision, Canada, (CIM-10-CA).
❖ PRÉCISIONS	Consignes à la saisie Pour les complications notées au dossier il est nécessaire de toujours valider avec le médecin traitant. Les complications à saisir doivent être inscrites sur la feuille sommaire. Pour les complications opératoires, seul le code identifiant la complication est inscrit car il est plus précis. Les codes T80 à T88 peuvent être utilisés seulement si aucun autre code n'est possible. Toutes les complications doivent être inscrites même celles qui ne sont pas en lien avec le traumatisme. Elles doivent survenir pendant le séjour au centre hospitalier qui enregistre l'utilisateur au registre de traumatismes. Ne pas inscrire un code de complication si celle-ci correspond à une complication incluse dans la liste prédéfinie des complications à cocher. Saisir les thrombophlébites dans la section «Autre complication» avec le code CIM-10-CA approprié. Ne plus les associer avec les coagulopathies. (Nouvelles directives 1^{er} avril 2006).
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	295	PRÉCISER DE LA DESCRIPTION DU CODE DE COMPLICATION

❖ SOURCES DE DONNÉES
EXTERNES

❖ TRANSMISSION

❖ VALEURS PERMISES

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.11	Soins à l'hôpital, complications
Élément	296	DATE DE LA COMPLICATION AUTRE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 8 Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date d'apparition de la complication «Autre» lorsque celle-ci ne figure pas parmi la liste définie des complications à cocher.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Cette valeur est indiquée seulement lorsque la complication « Autre » se développe durant l'hospitalisation.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	297	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DU DÉPART DE L'HÔPITAL

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 9
❖ DÉFINITION	Ce champ indique le numéro attribué à l'usager inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée. Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques. Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	298	NO DE L'HÔPITAL DE L'ÉCRAN DU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont donnés à l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère de la santé et des services sociaux dans le fichier M02.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	299	DATE DE DÉPART DE L'HÔPITAL

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur quitte le service d'admission du centre hospitalier.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La date de départ à inscrire correspond à la date de fin des soins aigus, et ce, même si l'utilisateur n'a pas quitté physiquement le centre hospitalier.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	300	STATUT

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'état de l'utilisateur au moment du départ du service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Décédé

Le décès est considéré comme une cessation définitive de tout signe de vie se produisant à tout moment après la naissance vivante.

Vivant

L'utilisateur quitte le centre hospitalier en présentant des signes vitaux.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	301	DÉCÉDÉ AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ indique que l'utilisateur est décédé au moment du départ du service d'admission du centre hospitalier.

Le décès est considéré comme une cessation définitive de tout signe de vie se produisant à tout moment après la naissance vivante.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	302	HEURE DU DÉCÈS

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6 (HH/MM/SS)
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'heure du décès de l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription de l'heure du décès.

Ce champ indique l'heure à laquelle le décès a été constaté par un médecin.

Pour les dons d'organes, comme des décisions sont prises jusqu'à plusieurs jours après le constat de décès, l'heure de décès à considérer est l'heure de départ.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	303	AUTOPSIE AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique qu'une autopsie est pratiquée sur le corps de l'usager décédé.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription de l'autopsie.

Cette précision se retrouve sur le formulaire du bulletin de la déclaration de décès (SP-3).

Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, il faut adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie. Toutefois, le médecin traitant pourra préciser s'il y a eu une autopsie dans ses observations médicales ou dans ses notes évolutives.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	304	NUMÉRO DE L'AUTOPSIE AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 12
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro de l'autopsie.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription du numéro.

Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'utilisateur, il faut adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie.

Il est possible de retracer le numéro du rapport d'autopsie du coroner lorsque le coroner a fait une demande écrite pour obtenir des renseignements au dossier de l'utilisateur.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	305	CAS CORONER AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que le coroner est mandaté pour effectuer une investigation afin d'identifier les causes et les circonstances du décès d'un usager. Une autopsie peut être pratiquée sur le corps. Si elle est effectuée hors du centre hospitalier, le rapport est accessible au Bureau du coroner, sur demande.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription du cas de coroner.

Cette précision se retrouve sur le formulaire du bulletin de la déclaration de décès (SP-3).

Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'usager, il faut adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	306	NUMÉRO DU RAPPORT D'AUTOPSIE DU CORONER AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 12
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro du rapport d'autopsie du coroner.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription du numéro.

Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'utilisateur, il faut adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie.

Il est possible de retracer le numéro du rapport d'autopsie du coroner lorsque le coroner a fait une demande écrite pour obtenir des renseignements au dossier de l'utilisateur.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	307	CAUSES DU DÉCÈS SUR LE CERTIFICAT AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 40
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la maladie ou l'affection morbide ayant provoqué le décès. La cause de décès est établie par le médecin et est inscrite sur le formulaire du bulletin de décès (SP-3).
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la cause du décès sur le certificat.

Cette précision se retrouve sur le formulaire du bulletin de la déclaration de décès (SP-3). En l'absence de ce formulaire, inscrire les causes de décès notées par le médecin traitant dans ses observations médicales ou dans ses notes évolutives.

Lorsque plusieurs diagnostics sont identifiés sur le formulaire de décès, inscrire la cause principale en premier.

Pour un cas de coroner dont le rapport d'autopsie est absent du dossier de l'utilisateur, il faut adresser une demande au Bureau du coroner afin d'en obtenir une copie.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	308	DON D'ORGANES À L'HÔPITAL AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que le prélèvement pour don d'organes a été effectué au centre hospitalier où est décédé l'utilisateur.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription du don d'organes à l'hôpital.

Pour considérer un don d'organes à l'hôpital, celui-ci doit être relié à un organe vital et l'utilisateur doit être maintenu en vie artificiellement. Les prélèvements de tissus ne sont pas définis comme des dons d'organes (Ex. : cornée).
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	309	TRANSFERT POUR DON D'ORGANES AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a été transféré dans un autre centre hospitalier pour que soit prélevé le(s) organe(s).
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription du transfert pour don d'organes.

Le code et le nom de l'hôpital où s'effectue le prélèvement d'organes doivent être inscrits.

Pour considérer un transfert pour don d'organes, celui-ci doit être relié à un organe vital et l'utilisateur doit être maintenu en vie artificiellement. Les prélèvements de tissus ne sont pas définis comme des dons d'organes (Ex. : cornée).
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	310	CODE DE L'INSTALLATION DU TRANSFERT DON D'ORGANES AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation où est effectué le prélèvement d'organes. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère dans le fichier M02.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription du code lors d'un transfert pour don d'organes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	311	NOM DE L'INSTALLATION DU TRANSFERT DON D'ORGANES AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 55
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où est effectué le prélèvement d'organes.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère dans le fichier M02.

Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
La case « Décédé » doit être cochée afin de permettre l'inscription du nom lors d'un transfert pour don d'organes.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	312	VIVANT

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur est vivant au moment du départ du service d'admission du centre hospitalier. Vivant signifie que l'utilisateur quitte le centre hospitalier en présentant des signes vitaux.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Retour à la maison sans aide**
Signifie que l'utilisateur est parfaitement autonome et qu'il n'a besoin d'aucun suivi particulier.
 - Retour à la maison avec aide**
L'utilisateur quitte pour son domicile suite à une entente de services avec un CLSC. À cet effet, une note ou un formulaire d'entente de services figure au dossier de l'utilisateur et indique qu'un suivi de la demande de services sera fait par le CLSC et que des services lui seront éventuellement rendus.
 - Transfert**
L'utilisateur est transféré lorsqu'il est orienté vers un autre centre hospitalier.
 - Soins de longue durée dans le même hôpital**
L'utilisateur est orienté vers les soins de longue durée du même centre hospitalier.
 - Départ contre avis médical**
L'utilisateur quitte le centre hospitalier sans avoir obtenu l'autorisation médicale.
 - Inconnu**
L'utilisateur quitte le centre hospitalier mais aucune destination n'est précisée.
 - Autre**
L'utilisateur quitte le centre hospitalier vers un type de destination qui ne figure pas parmi les choix cités précédemment.
 - En attente de réadaptation**
L'utilisateur est orienté vers une ressource dans l'attente d'une admission dans un centre de réadaptation.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	313	TRANSFERT

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ❖ FORMAT | Alphanumérique Longueur : 1 |
| ❖ DÉFINITION | Ce champ indique le type de centre hospitalier vers lequel l'utilisateur est orienté à sa sortie du service d'admission du centre hospitalier afin de recevoir les soins appropriés à sa condition. |
| ❖ DESCRIPTION | <p>Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.</p> <p>Le code et le nom du centre hospitalier où est dirigé l'utilisateur doivent être inscrits.</p> |
| ❖ PRÉCISIONS | <p>Consignes à la saisie
 La case « Vivant » doit être cochée afin de permettre l'inscription du transfert.</p> <p>Un usager est considéré transféré lorsqu'il est orienté vers un centre hospitalier différent de celui où il a reçu des soins.</p> <p>La destination «Transfert, Centre de réadaptation» est à inscrire lorsque l'utilisateur quitte le service d'admission du centre hospitalier pour recevoir des traitements de réadaptation. Cette destination n'est pas seulement utilisée pour les établissements de réadaptation mais pour toutes les catégories d'établissements qui offrent des services de réadaptation.</p> <p>La destination d'un usager provenant d'un CHSLD qui retourne à son lieu d'origine est «Transfert, Centre hospitalier de longue durée».</p> <p>Le centre d'accueil / hébergement (CAH) ne doit plus être utilisé (1^{er} avril 2004)</p> |
| ❖ VALIDATION | Non disponible pour l'instant. |
| ❖ REQUIS PAR | Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS. |
| ❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES | |
| ❖ TRANSMISSION | |

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	313	TRANSFERT

❖ VALEURS PERMISES

Autre hôpital de soins aigus (CHCD)

Un centre hospitalier de soins de courte durée a pour mission d'offrir des services diagnostics et des soins médicaux généraux et spécialisés dans les secteurs de la santé physique ou de la santé mentale.

Centre hospitalier de longue durée (CHLD)

Centre hospitalier où l'on offre, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de réadaptation et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.

Centre d'accueil / hébergement (CAH)

Centre hospitalier où l'on offre, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de réadaptation et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.

Centre de réadaptation

Centre hospitalier où l'on reçoit des personnes dont l'autonomie physique est diminuée au point qu'elles doivent recevoir des services intensifs de réadaptation pour une période définie. L'objectif visé est de rendre à l'utilisateur les capacités physiques ou professionnelles de travail qu'ils avaient avant la maladie ou l'accident.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	314	CODE DE L'INSTALLATION DU TRANSFERT AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation où est transféré l'usager au départ du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère dans le fichier M02.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Transfert » et l'un des choix de destinations suivants: « autre hôpital de soins aigus (CHCD) », « centre hospitalier de soins de longue durée (CHLD) », « centre d'accueil/hébergement (CAH) », « centre de réadaptation » doivent être cochés afin de permettre l'inscription du code lors d'un transfert vers un autre centre hospitalier.

Le centre d'accueil / hébergement (CAH) ne doit plus être utilisé (1^{er} avril 2004).
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	315	NOM DE L'INSTALLATION DU TRANSFERT AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 55
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où est transféré ou référé l'utilisateur à sa sortie du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère dans le fichier M02.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie

La case « Transfert » et l'un des choix de destinations suivants: « autre hôpital de soins aigus (CHCD) », « centre hospitalier de soins de longue durée (CHLD) », « centre d'accueil/hébergement (CAH) », « centre de réadaptation » doivent être cochés afin de permettre l'inscription du nom lors d'un transfert vers un autre centre hospitalier.

Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	316	AUTRE DESTINATION AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ est indiqué lorsque l'utilisateur quitte le service d'admission du centre hospitalier et que le type de destination ne figure pas parmi les choix possibles.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
La case « Vivant » doit être cochée afin de permettre l'inscription d'une autre destination.

La case "Autre" doit être cochée pour désigner tous les références externes des différents suivis comme ceux de la clientèle TCC. Indiquer le type de suivi dans la case "Préciser".
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	317	PRÉCISER LA DESTINATION AU DÉPART DE L'HÔPITAL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 20
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet de préciser la destination de l'utilisateur lorsque celui-ci quitte le service d'admission du centre hospitalier et que le type de destination ne figure pas parmi les choix possibles.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
Consigne à la saisie
La case « Autre » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la précision de la destination.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	318	EN ATTENTE DE RÉADAPTATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet de préciser que l'utilisateur est en attente d'hébergement dans un centre de réadaptation lors du départ du service d'admission du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Indique que l'utilisateur doit recevoir des services de réadaptation mais qu'aucune place n'est actuellement disponible dans un centre de réadaptation.

Le code et le nom du centre hospitalier où est dirigé l'utilisateur doivent être inscrits.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	319	CODE DE L'INSTALLATION EN ATTENTE POUR RÉADAPTATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le code inscrit au matricule de l'installation où est dirigé l'usager en attente de réadaptation au départ du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère dans le fichier M02.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
La case «En attente de réadaptation» doit être cochée afin de permettre l'inscription du code.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.12	Statut au moment du départ
Élément	320	NOM DE L'INSTALLATION EN ATTENTE POUR RÉADAPTATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 55
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le nom inscrit au matricule de l'installation où est dirigé l'utilisateur en attente de réadaptation au départ du centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Cette valeur est générée automatiquement lors de la saisie du code.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère dans le fichier M02.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
La case «En attente de réadaptation» doit être cochée afin de permettre l'inscription du nom.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	321	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DE LA DESCRIPTION DE LA BLESSURE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro attribué à l'usager inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	322	ISS

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le résultat du calcul de l'ISS (Indice severity score) communément appelé IGT (indice de gravité du traumatisme).
- ❖ **DESCRIPTION**
- Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- L'ISS représente la somme des carrés du code IAT (dernière position du code AIS) le plus élevé de chacune des trois régions du corps les plus traumatisées. La classification AIS (*The Abbreviated Injury Scale AIS*), 1990 revision, Association for the Advancement of Automotive Medicine, des Plaines, indique les codes de blessures traumatiques.
- Le résultat du calcul de l'ISS varie entre 1 et 75, 1 qualifiant le traumatisme de mineur.
- Les six régions du corps concernées par le calcul de l'ISS sont :
- 1- tête ou cou
 - 2- visage
 - 3- thorax
 - 4- organes abdominaux ou pelviens
 - 5- membres ou ceinture pelvienne
 - 6- externe
- ❖ **PRÉCISIONS**
- Consignes à la saisie**
- Le calcul de l'ISS est impossible lorsqu'il y a présence d'un seul code de blessure et que la dernière position du code AIS est 9. Une valeur arbitraire de zéro est attribuée.
- Tous les codes AIS doivent être saisis avant de calculer l'ISS.
- Lorsqu'il y a un décès à l'arrivée à l'urgence, coder toutes les blessures traumatiques décrites au dossier médical et celles inscrites sur le rapport de coroner. Un ISS à 75 n'est valable que s'il est obtenu par la présence des diagnostics notés au dossier.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	322	ISS

❖ **SOURCES DE DONNÉES
EXTERNES**

❖ **TRANSMISSION**

❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	323	LÉSION PÉNÉTRANTE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ permet l'identification de la région du corps atteinte lors d'un traumatisme pénétrant.

Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne résultant d'un traumatisme par balle, par arme blanche ou par tout autre objet pénétrant.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée.

Ce champ est une composante de la version abrégée, il n'existe pas dans la version détaillée.

La blessure pénétrante se caractérise par le type de blessure (balle, arme blanche, etc.) et non par la description de la blessure.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Au niveau des extrémités ou aucune
À inscrire lors de lésion pénétrante au niveau des extrémités ou lorsque le traumatisme n'a occasionné aucune lésion pénétrante.

Au niveau thorax, abdomen, dos, cou ou tête
À inscrire lors de lésion pénétrante au niveau du thorax, de l'abdomen, du dos, du cou ou de la tête.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	324	TÊTE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Tête» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Blessé**
À inscrire lors d'une blessure unique.
 - Par pénétration**
À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.
 - Blessures multiples**
À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	325	VISAGE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Visage» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Blessé
À inscrire lors d'une blessure unique.

Par pénétration
À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.

Blessures multiples
À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	326	COU

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Cou» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Blessé

À inscrire lors d'une blessure unique.

Par pénétration

À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.

Blessures multiples

À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	327	THORAX

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Thorax» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Blessé

À inscrire lors d'une blessure unique.

Par pénétration

À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.

Blessures multiples

À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	328	ABDOMEN ET ORGANES PELVIENS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Abdomen et organes pelviens» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Blessé

À inscrire lors d'une blessure unique.

Par pénétration

À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.

Blessures multiples

À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	329	COLONNE VERTÉBRALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Colonne vertébrale» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Blessé

À inscrire lors d'une blessure unique.

Par pénétration

À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.

Blessures multiples

À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	330	MEMBRES SUPÉRIEURS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Membres supérieurs» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Blessé
À inscrire lors d'une blessure unique.

Par pénétration
À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.

Blessures multiples
À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	331	MEMBRES INFÉRIEURS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région «Membres inférieurs» atteinte par le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Blessé
À inscrire lors d'une blessure unique.

Par pénétration
À inscrire lors de blessure par pénétration. Une lésion pénétrante est une blessure qui traverse la peau et qui atteint un organe sous-jacent tel que muscle, nerf ou organe interne par un traumatisme par balle, par arme blanche ou par un autre objet pénétrant.

Blessures multiples
À inscrire lors de blessures multiples (deux blessures et plus).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	332	BRÛLURES EXTERNES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ permet l'identification de la région du corps atteinte par le traumatisme. Il est précisé dans le cas de brûlures externes.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	333	NO SÉQUENCE DES BLESSURES

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de blessures.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Pour chaque inscription de blessures, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	334	CODE AIS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le code identifiant chacune des blessures qui ont été diagnostiquées et / ou traitées.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 1990 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consignes à la saisie
Plusieurs valeurs peuvent être inscrites pour un même usager.

Lorsqu'il y a un décès à l'arrivée à l'urgence, coder toutes les blessures traumatiques décrites au dossier médical et celles inscrites sur le rapport de coroner. Un ISS à 75 n'est valable que s'il est obtenu par la présence des diagnostics notés au dossier. (1^{er} avril 2005)
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	335	RÉGION DU CORPS DE LA BLESSURE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 40
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le système anatomique atteint par la blessure.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 1990 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.
- La nomenclature AIS est constituée de codes numériques à six positions. La région du corps est représentée par la première position de ce code. Les valeurs identifiées sont :
- 1-tête
 - 2- visage
 - 3- cou
 - 4- thorax
 - 5- abdomen
 - 6- colonne vertébrale
 - 7- membres supérieurs
 - 8- membres inférieurs
 - 9- non spécifiés
- Pour chaque inscription du code AIS, la région du corps est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	336	STRUCTURE ANATOMIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 40
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le site interne ou la surface de la localisation de la blessure.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.
- Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 1990 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.
- La nomenclature AIS est constituée de codes numériques à six positions. La structure anatomique est représentée par la deuxième position de ce code. Les valeurs identifiées sont :
- 1- Surface totale
 - 2- Vaisseaux
 - 3- Nerfs
 - 4- Organes (muscles et ligaments inclus)
 - 5- Squelette (articulations incluses)
 - 6- Tête – PDC
- Pour chaque inscription du code AIS, la structure anatomique est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	337	STRUCTURE ANATOMIQUE SPÉCIFIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 40
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la description particulière du site interne ou la surface de la localisation de la blessure.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Les blessures sont diagnostiquées par le médecin, le radiologiste et/ou le pathologiste et sont codées selon la nomenclature The Abbreviated Injury Scale (AIS), 1990 Revision Association for the Advancement of Automotive Medicine.

La nomenclature AIS est constituée de codes numériques à six positions. La structure anatomique spécifique est représentée par la troisième et la quatrième position de ce code. Les valeurs identifiées sont :

Surface totale

02	Peau	Abrasion
04		Contusion
06		Lacération
08		Avulsion
10	Amputation	
20	Brûlure	
30	Écrasement	
40	Avulsion du revêtement cutané	
50	Traumatisme – MRS	
60	Par pénétration	
90	Traumatismes, autre que mécanique	

Tête – PDC

02	Durée de la PDC
04, 06, 08	Niveau de conscience
10	Commotion

Colonne vertébrale

02	Cervicale
04	Dorsale
06	Lombaire

Vaisseaux, nerfs, organes, os et articulations

02

Pour chaque inscription du code AIS, la structure anatomique spécifique est générée automatiquement par l'application locale.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	337	STRUCTURE ANATOMIQUE SPÉCIFIQUE

❖ **PRÉCISIONS**

❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.

❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.

❖ **SOURCES DE DONNÉES
EXTERNES**

❖ **TRANSMISSION**

❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	338	STRUCTURE ANATOMIQUE SPÉCIFIQUE SUPPLÉMENTAIRE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 500
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique des précisions supplémentaires sur la blessure.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est facultative pour la version abrégée et la version détaillée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	339	DESCRIPTION ACCEPTÉE

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ❖ FORMAT | Alphanumérique Longueur : 1 |
| ❖ DÉFINITION | Ce champ indique que les informations inscrites (région du corps, structure anatomique et structure anatomique spécifique) ne nécessitent pas l'ajout de précisions supplémentaires. |
| ❖ DESCRIPTION | <p>Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.</p> <p>La case est cochée par défaut par l'application locale lors l'inscription du code AIS.</p> |
| ❖ PRÉCISIONS | |
| ❖ VALIDATION | Non disponible pour l'instant. |
| ❖ REQUIS PAR | Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS. |
| ❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES | |
| ❖ TRANSMISSION | |
| ❖ VALEURS PERMISES | |

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	340	DESCRIPTION MODIFIÉE

❖ FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ indique que les informations inscrites (région du corps, structure anatomique et structure anatomique spécifique) nécessitent l'ajout de précisions supplémentaires.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est facultative pour la version abrégée et la version détaillée.
❖ PRÉCISIONS	
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	341	CODE AIS À VÉRIFIER

❖	FORMAT	Alphanumérique Longueur : 1
❖	DÉFINITION	Ce champ indique que le code AIS inscrit pour la blessure nécessite une révision ultérieure.
❖	DESCRIPTION	Cette valeur est facultative pour la version abrégée et la version détaillée.
❖	PRÉCISIONS	
❖	VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖	REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖	SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖	TRANSMISSION	
❖	VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.13	Description de la blessure
Élément	342	CODE CIM-10-CA

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 7
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le code de la blessure.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version abrégée et la version détaillée.

Les codes sont classifiés selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ième} révision, Canada, (CIM-10-CA).

Jusqu'à cinq codes peuvent être utilisés pour définir une blessure pour un même usager.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	343	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro attribué à l'utilisateur inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie

Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	344	NO DE L'HÔPITAL DE L'ÉCRAN DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont donnés à l'utilisateur. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère de la santé et des services sociaux dans le fichier M02.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	345	NO SÉQUENCE D'ÉVALUATIONS RADIOLOGIQUES

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription d'évaluations radiologiques.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Pour chaque inscription d'évaluations radiologiques, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie (Cette information n'est plus à saisir à partir du 1^{er} avril 2004.)
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	346	ENDROIT DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le lieu physique où est situé l'utilisateur au moment de l'évaluation radiologique.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Toutes les formes d'évaluations radiologiques sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
(Cette information n'est plus à saisir à partir du 1^{er} avril 2004.)
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Urgence
Service ou unité d'un centre hospitalier où sont accueillis, nuit et jour, les usagers dont l'état nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate.

Admission
Service ou unité d'un centre hospitalier où sont accueillis les usagers pour lesquels l'état de ces derniers nécessite une hospitalisation ou un hébergement et qu'ils occupent un lit compris dans le nombre figurant au permis du centre hospitalier.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	347	RÉGION DU CORPS DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 50
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la région du corps pour laquelle une évaluation radiologique a été réalisée.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- Toutes les formes d'évaluations radiologiques sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
(Cette information n'est plus à saisir à partir du 1^{er} avril 2004.)
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
- 1- Abdomen et organes pelviens
 - 2- Colonne vertébrale
 - 3- Cou
 - 4- Externe, brûlures ou autres traumatismes
 - 5- Membres inférieurs
 - 6- Membres supérieurs
 - 7- Tête
 - 8- Thorax
 - 9- Visage

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	348	DATE DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle une évaluation radiologique a été réalisée.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Toutes les formes d'évaluations radiologiques sont considérées.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie (Cette information n'est plus à saisir à partir du 1^{er} avril 2004.)		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	349	HEURE DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle une évaluation radiologique a été réalisée.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Toutes les formes d'évaluations radiologiques sont considérées.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie (Cette information n'est plus à saisir à partir du 1^{er} avril 2004.)
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	350	RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le résultat de l'évaluation radiologique.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Toutes les formes d'évaluations radiologiques sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
(Cette information n'est plus à saisir à partir du 1^{er} avril 2004.)
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Normal
Indique qu'aucune lésion anatomique n'a été décelée par le radiologiste pendant l'évaluation radiologique.

Anormal
Indique qu'une lésion anatomique a été décelée par le radiologiste pendant l'évaluation radiologique.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	351	DÉTAILS DU RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION RADIOLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 25
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise des informations supplémentaires sur le résultat de l'évaluation radiologique.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Toutes les formes d'évaluations radiologiques sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
(Cette information n'est plus à saisir à partir du 1^{er} avril 2004.)
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	352	NO SÉQUENCE DE L'IMAGERIE MÉDICALE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription d'imageries médicales.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Pour chaque inscription d'une imagerie médicale, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	353	ENDROIT DE L'IMAGERIE MÉDICALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le lieu physique où est situé l'utilisateur au moment de l'imagerie médicale.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Toutes les formes d'imageries médicales sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie

Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Urgence

Service ou unité d'un centre hospitalier où sont accueillis, nuit et jour, les usagers dont l'état nécessite une intervention médicale ou chirurgicale immédiate.

Admission

Service ou unité d'un centre hospitalier où sont accueillis les usagers pour lesquels l'état de ces derniers nécessite une hospitalisation ou un hébergement et qu'ils occupent un lit compris dans le nombre figurant au permis du centre hospitalier.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	354	RÉGION DU CORPS DE L'IMAGERIE MÉDICALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 50
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la région du corps pour laquelle une imagerie médicale a été réalisée.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- Toutes les formes d'imageries médicales sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
- 1- Abdomen et organes pelviens
 - 2- Colonne vertébrale
 - 3- Cou
 - 4- Externe, brûlures ou autres traumatismes
 - 5- Membres inférieurs
 - 6- Membres supérieurs
 - 7- Tête
 - 8- Thorax
 - 9- Visage

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	355	DATE DEMANDÉE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle une imagerie médicale a été demandée.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Toutes les formes d'imageries médicales sont considérées.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	356	HEURE DEMANDÉE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle une imagerie médicale a été demandée.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Toutes les formes d'imageries médicales sont considérées.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	357	DATE COMPLÉTÉE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle une imagerie médicale a été réalisée.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Toutes les formes d'imageries médicales sont considérées.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	358	HEURE COMPLÉTÉE

❖ FORMAT	Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle une imagerie médicale a été réalisée.
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Toutes les formes d'imagerie médicales sont considérées.
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES	
❖ TRANSMISSION	
❖ VALEURS PERMISES	

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	359	RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION DE L'IMAGERIE MÉDICALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le résultat de l'imagerie médicale.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Toutes les formes d'imageries médicales sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Normal
Indique qu'aucune lésion anatomique n'a été décelée par le radiologiste pendant l'imagerie médicale.

Anormal
Indique qu'une lésion anatomique a été décelée par le radiologiste pendant l'imagerie médicale.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.14	Évaluation radiologique à l'urgence ou durant l'hospitalisation
Élément	360	DÉTAILS DU RÉSULTAT DE L'IMAGERIE MÉDICALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 25
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique des informations supplémentaires sur le résultat de l'imagerie médicale.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Toutes les formes d'imageries médicales sont considérées.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
Il existe des ententes de services entre certains centres hospitaliers quant à ces examens. Dans ces cas, les centres hospitaliers doivent les considérer comme étant effectués dans leur établissement.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	361	NO DU REGISTRE DE L'ÉCRAN DE L'ÉVALUATION NEUROLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro attribué à l'utilisateur inscrit au registre des traumatismes par le centre hospitalier.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Il permet de regrouper les informations sur la visite, l'hospitalisation, le traumatisme, la nature des blessures et des traitements, les résultats des évaluations radiologiques et neurologiques.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie

Chaque usager possède un numéro de registre unique par traumatisme. Il peut cependant avoir plus d'un numéro de registre s'il est hospitalisé suite à des traumatismes différents.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	362	NO DE L'HÔPITAL DE L'ÉCRAN DE L'ÉVALUATION NEUROLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 9
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le numéro de matricule de l'installation où les soins sont donnés à l'utilisateur au service d'admission du centre hospitalier. Il est aussi utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le Ministère de la santé et des services sociaux.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Cette valeur est inscrite dans le répertoire des installations fourni par le Ministère de la santé et des services sociaux dans le fichier M02.

Cette valeur est générée automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	363	ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence de troubles neurologiques avant le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consignes à la saisie**
Pour citer quelques exemples d'antécédents neurologiques :
➤ accident cérébrovasculaire
➤ anévrisme cérébral
➤ thrombose cérébrale
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	364	PRÉCISER ANTÉCÉDENTS DES TROUBLES NEUROLOGIQUES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 100
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ décrit les troubles neurologiques de l'utilisateur survenus avant le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
La case « Antécédents neurologiques » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la précision.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	365	ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME CRÂNIEN

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence d'un traumatisme crânien survenu avant le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS** **Consigne à la saisie**
Pour citer quelques exemples de traumatismes crâniens :
➤ fracture du crâne
➤ hématome sous-dural
➤ commotion cérébrale
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	366	PRÉCISER ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME CRÂNIEN

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 100
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ décrit les traumatismes crâniens de l'utilisateur survenus avant le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie

La case « Antécédents de traumatisme crânien » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la précision.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	367	PARALYSIE ANTÉRIEURE À L'ACCIDENT

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence d'une paralysie survenue avant le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	368	TYPE DE PARALYSIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 20
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique le type de la paralysie survenue avant le traumatisme.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**

Consigne à la saisie
La case « Paralysie antérieure à l'accident » doit être cochée afin de permettre l'inscription du type.
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	369	DATE DE LA PARALYSIE ANTÉRIEURE À L'ACCIDENT

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date où est survenue la paralysie avant le traumatisme.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS	Consigne à la saisie La case « Paralysie antérieure à l'accident » doit être cochée afin de permettre l'inscription de la date.		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	370	FONCTION MÉM/AMNÉSIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique que l'utilisateur a, antérieurement au traumatisme, déjà souffert de troubles de mémoire et/ou mnésiques.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	371	DEGRÉ

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ❖ FORMAT | Alphanumérique Longueur : 1 |
| ❖ DÉFINITION | Ce champ indique le degré ou le niveau d'amnésie de l'utilisateur constaté antérieurement au traumatisme. |
| ❖ DESCRIPTION | <p>Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.</p> <p>Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.</p> |
| ❖ PRÉCISIONS | <p>Consigne à la saisie</p> <p>La case « Fonction mém/Amnésie » doit être cochée afin de permettre l'inscription du degré.</p> |
| ❖ VALIDATION | Non disponible pour l'instant. |
| ❖ REQUIS PAR | Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS. |
| ❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES | |
| ❖ TRANSMISSION | |
| ❖ VALEURS PERMISES | |

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	372	GOS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ présente le code de l'état général d'un usager victime d'un traumatisme crânien représenté sur une échelle de 1 à 5.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1- **La mort**

Cessation définitive de tout signe de vie se produisant à tout moment après la naissance vivante.
 - 2- **État végétatif persistant**

L'usager n'exhibe aucune fonction corticale évidente.
 - 3- **Incapacité Grave** (conscient mais handicapé)

L'usager dépend des autres pour l'appui quotidien dû à l'incapacité mentale ou physique ou à toutes les deux.
 - 4- **Incapacité Modérée** (neutralisé mais indépendant)

L'usager est indépendant en ce qui concerne la vie quotidienne. Les incapacités trouvées incluent des degrés variables de dysphasie, d'hémi-parésie ou d'ataxie, aussi bien que des déficits intellectuels, de mémoire et des changements de personnalité.
 - 5- **Bon Rétablissement**

Reprise des activités normales quoiqu'il puisse y avoir des déficits neurologiques ou psychologiques mineurs.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	373	SIGNE DE LÉSION DU SNC (SCANOGRAPHIE)

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique la présence d'une lésion au système nerveux central visible sur l'image de scanographie.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	374	NB D'ÉVALUATION DE L'ÉCHELLE NEUROCOMPORTEMENTALE RÉVISÉE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 3
❖ DÉFINITION	Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de l'échelle neurocomportementale révisée.	
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée. Pour chaque inscription d'une évaluation de l'échelle neurocomportementale révisée, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.	
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.	
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.	
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		
❖ VALEURS PERMISES		

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	375	DATE DE L'ÉVALUATION NEUROLOGIQUE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué neurologiquement (par une infirmière ou un médecin) afin d'établir une évaluation.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS			
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	376	HEURE DE L'ÉVALUATION NEUROLOGIQUE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 6 Gabarit (HH/MM/SS)
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur a été évalué neurologiquement (par une infirmière ou un médecin) afin d'établir une évaluation.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	377	DIMINUTION DE LA VIGILANCE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure l'état d'éveil de l'utilisateur, il est variable ou diminué.

L'utilisateur a de la difficulté à maintenir un niveau de vigilance adéquat.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune diminution de la vigilance.
 - Discret**

L'utilisateur baille souvent (3 fois ou plus) ou l'examineur doit le stimuler pour obtenir une réponse.
 - Moyen**

L'utilisateur a tendance à somnoler ou l'examineur doit fréquemment le stimuler pour le maintenir en état d'éveil.
 - Sévère**

L'utilisateur est dans un état de somnolence tel qu'il nécessite une stimulation constante pour réagir.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	378	HYPERACTIVITÉ, AGITATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure l'hyperactivité et l'agitation de l'utilisateur.

L'utilisateur se tortille, se balance les bras, marche de long en large, parle sans arrêt (logorrhée), a beaucoup de difficulté à se taire et à rester tranquille. Les mouvements souvent associés à l'énervement chez le sujet sain (pianotage, grattage, tics, etc.) ne sont pas considérés.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune hyperactivité ou agitation.
 - Discret**

L'utilisateur a de la difficulté à se taire, à rester tranquille, il bouge beaucoup, marche de long en large. Lorsqu'on lui demande, il parvient néanmoins à contrôler cette hyperactivité.
 - Moyen**

L'utilisateur a des périodes d'agitation fréquentes qu'il ne peut réprimer. Cette agitation nécessite une médication occasionnelle.
 - Sévère**

L'agitation de l'utilisateur nécessite une installation particulière (matelas par terre, contention) ou une médication permanente. Il arrache sondes et cathéters, donne des coups de pied, se tortille ou se balance, crie ou hurle.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	379	DÉSORIENTATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure la désorientation de l'utilisateur.

L'utilisateur commet des erreurs dans l'appréciation du temps, du lieu et dans l'identification de soi.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune désorientation dans le temps, le lieu ou l'identification de lui-même.
 - Discret**

L'utilisateur ne présente qu'une légère désorientation dans le temps c'est-à-dire qu'il obtient un résultat de 3 aux questions se rapportant au temps (questions 3-7), jour de la semaine, date, mois, année. La cotation s'effectue selon les critères de Benton (1983).
 - Moyen**

L'utilisateur obtient un score se situant entre 4 et 7 aux questions se rapportant au temps (questions 3-7), ou il n'est pas certain du lieu où il se trouve. La cotation s'effectue selon les critères de Benton (1983).
 - Sévère**

L'utilisateur obtient un score > 8 aux questions se rapportant au temps. Dans les cas les plus sévères, il confond une partie de son passé avec le présent, il est désorienté par rapport à la personne (question 1) et au lieu (question 2). La cotation s'effectue selon les critères de Benton (1983).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	380	TROUBLES DE L'ATTENTION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles de l'attention de l'utilisateur.

L'utilisateur est éveillé mais distrait, c'est-à-dire facilement attiré par des stimuli extérieurs ou internes. Pour cette raison, son comportement en conversation ou en cours d'activité n'est pas sélectif ni dirigé.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun trouble de l'attention.
 - Discret**

L'examineur doit parfois rediriger l'attention de l'utilisateur en répétant la question ou en le ramenant au thème abordé (pas plus de deux fois) au cours de l'entretien, ou l'utilisateur demande à quelques reprises de répéter la question, ou il rapporte des problèmes d'attention qui toutefois ne nuisent pas à ses activités.
 - Moyen**

L'utilisateur est facilement distrait par des stimuli externes ou internes. L'examineur doit fréquemment rediriger son attention au cours de la conversation et des activités cognitives. L'utilisateur rapporte des problèmes de concentration ou d'attention qui nuisent au déroulement de ses activités.
 - Sévère**

L'utilisateur est très distrait et incapable de maintenir son attention plus d'une minute ou deux sur la conversation en cours ou quelque activité que ce soit.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	381	TROUBLES D'ARTICULATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles d'articulation de l'utilisateur.

L'articulation de l'utilisateur est défectueuse; il existe des imprécisions phonétiques qui affectent l'intelligibilité du discours.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun trouble d'articulation.
 - Discret**

L'articulation de l'utilisateur est floue et imprécise mais le discours peut être compris sans trop de difficulté.
 - Moyen**

Le discours de l'utilisateur est difficilement compris et, à plusieurs reprises, l'examineur éprouve le besoin de le faire répéter.
 - Sévère**

Le discours de l'utilisateur est inintelligible.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	382	TROUBLES DE L'EXPRESSION ORALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles de l'expression orale.

L'expression orale peut être laborieuse, agrammatique et entrecoupée de pauses, elle peut comporter des périphrases et des circonlocutions (dus à un manque du mot), des paraphasies phonémiques (« épicerie » devient « éciperie »).
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun trouble de l'expression orale.
 - Discret**

L'utilisateur présente un manque de mot à quelques reprises utilisant par exemples des périphrases. Ceci n'affecte cependant pas la transmission du message oral.
 - Moyen**

L'utilisateur présente une aphasie d'expression ou un manque de mot évident. Il utilise des périphrases ou des circonlocutions pour essayer de transmettre un message oral et il présente des paraphasies phonémiques. L'efficacité du message oral est diminuée et l'examineur doit poser des questions pour comprendre ou vérifier l'exactitude du message que l'utilisateur a voulu transmettre. La validité des autres variables de l'Échelle à fort support verbal (tâches cognitives notamment) est alors sujette à caution.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	382	TROUBLES DE L'EXPRESSION ORALE

Sévère

L'usager est incapable de transmettre efficacement un message oral simple et/ou il ne peut pas communiquer oralement ses besoins et ses désirs reliés aux activités de la vie quotidienne, ceci en dehors de tout problème de compréhension orale ou de confusion mentale. La validité des autres variables de l'Échelle à fort support verbal (tâches cognitives notamment) est alors sujette à caution.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	383	TROUBLES DE LA COMPRÉHENSION ORALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles de la compréhension orale.

L'utilisateur a de la difficulté à comprendre oralement les formules linguistiques simples ou complexes.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun trouble de la compréhension orale.
 - Discret**

L'utilisateur n'est pas aphasique mais a quelques difficultés à suivre des instructions comprenant plusieurs étapes ou présentées sous une forme syntaxique complexe.
 - Moyen**

L'utilisateur présente une aphasie sensorielle évidente. La validité des variables à support verbal de l'Échelle (tâche cognitives notamment) est sujette à caution.
 - Sévère**

L'utilisateur présente des troubles massifs de la compréhension du langage oral, qui sont évidents dès qu'on essaie d'entrer en contact avec lui. L'utilisateur ne peut répondre même à des ordres simples et ceci, en dehors de toute atteinte de la vigilance ou de l'ouïe.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	384	TROUBLES DE LA MÉMOIRE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles de la mémoire.

L'utilisateur présente des difficultés à se rappeler des événements quotidiens récents, à se rappeler qu'il doit exécuter des actions particulières à un moment donné, à acquérir et à retenir des informations nouvelles bien que le rappel immédiat d'informations simples (évalué à l'aide du rappel immédiat d'objets) puisse être intact.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Absent
L'utilisateur ne présente aucun trouble de la mémoire.

Discret
L'utilisateur rapporte des difficultés occasionnelles à se rappeler de choses qu'il doit faire dans un avenir rapproché; il est lent à se rappeler d'événements personnels récents; à la fin des questions de l'entretien (environ 20 minutes plus tard), il oublie l'un des cinq objets présentés en section III ou un proverbe présenté en section VII.

Moyen
L'utilisateur éprouve, à plusieurs reprises, des difficultés à se rappeler des événements récents de sa vie quotidienne. Il a aussi des difficultés à se rappeler les choses à faire : celles-ci sont assez importantes pour nécessiter l'utilisation de moyens mnémotechniques. Il oublie un objet et deux proverbes ou plusieurs objets (2-4) et un proverbe, ou les deux proverbes.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	384	TROUBLES DE LA MÉMOIRE

Sévère

L'usager oublie au fur et à mesure les événements de sa vie quotidienne; il ne se rappelle d'aucun objet ni proverbe.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	385	RALENTISSEMENT MOTEUR

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le ralentissement moteur.

La parole, les mouvements des extrémités et la motricité globale du corps de l'usager sont ralentis, en l'absence de dysarthrie ou de faiblesse motrice.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'usager ne présente aucun ralentissement moteur.
 - Discret**

L'usager présente un léger ralentissement de la parole et/ou des gestes.
 - Moyen**

Les mouvements et la parole sont nettement ralentis, mais l'usager demeure relativement fonctionnel; ses mouvements ne sont pas interrompus.
 - Sévère**

Les mouvements et la parole sont extrêmement lents, provoquant un sentiment d'impatience chez l'examineur.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	386	PRÉOCCUPATIONS SOMATIQUES EXAGÉRÉES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les préoccupations somatiques exagérées.

L'utilisateur se plaint de façon exagérée de symptômes somatiques (maux de tête, étourdissements, gêne visuelle) et de son état de santé général.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune préoccupation somatique exagérée.
 - Discret**

Lorsqu'on interroge l'utilisateur, sur sa santé, il verbalise des plaintes somatiques exagérées par rapport à son traumatisme.
 - Moyen**

Sans qu'on interroge l'utilisateur, il se plaint de troubles somatiques exagérés et/ou décrit leurs manifestations avec un excès de détails (décrivant par exemple le type de douleur, sa fréquence, sa localisation).
 - Sévère**

L'utilisateur revient constamment sur une ou des plaintes somatiques. Il y a un écart important entre les plaintes et la gravité des troubles tels que perçus par l'examineur.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	387	TROUBLES D'AUTOCRITIQUE

❖ FORMAT	Alphanumérique	Longueur : 1
❖ DÉFINITION	Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles d'autocritique. L'usager ne semble pas conscient de ses incapacités ou les sous-estime: il peut, par exemple, nier des séquelles de son accident, surestimer ses capacités physiques ou psychologiques et sous-estimer les changements survenus dans sa personnalité par rapport à l'opinion des cliniciens et de l'entourage familial. Il n'a pas conscience de comportements embarrassants, puérils ou désinhibés qu'il peut présenter et de leur impact sur autrui. Il peut présenter une apparence physique négligée et en être inconscient ou indifférent. Il éprouve de la difficulté à percevoir ses erreurs et à les corriger. Les projets d'avenir ne tiennent pas compte de son état.	
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.	
❖ PRÉCISIONS		
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.	
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.	
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES		
❖ TRANSMISSION		
❖ VALEURS PERMISES		
Absent L'usager ne présente aucun trouble d'autocritique.		
Discret L'usager sous-estime ou ne reconnaît pas des incapacités légères qui perturbent peu ses activités.		
Moyen L'usager a une conscience superficielle d'incapacités qui ont un impact sur sa vie quotidienne.		

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	387	TROUBLES D'AUTOCRITIQUE

Sévère

L'utilisateur semble inconscient d'incapacités qui ont un impact sur ses activités, ce qui peut entraîner une résistance aux traitements. Il évalue de façon extrêmement irréaliste la durée ou l'importance de sa réadaptation; ne se rend pas compte ou ne se préoccupe pas de l'impact de ses paroles ou de ses actions sur autrui.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	388	HALLUCINATIONS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure si l'utilisateur présente des hallucinations.
- L'utilisateur éprouve des perceptions sans objet. Cet item réfère aux phénomènes visuels, auditifs ou tactiles et peut être coté d'après les propos de l'utilisateur lui-même, ou d'après l'observation de son comportement par l'examineur.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
- Absent**
L'utilisateur ne présente aucune hallucination.
- Discret**
L'utilisateur voit ou entend des choses étranges mais sait qu'elles ne sont pas réelles.
- Moyen**
L'utilisateur a des hallucinations (donc des phénomènes qu'il croit réels), mais après discussion avec l'examineur, il accepte qu'il s'agisse de phénomènes irréels.
- Sévère**
L'utilisateur adhère à ses hallucinations quels que soient les propos de l'examineur.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	389	CONTENU DE PENSÉE INHABITUEL

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le contenu de pensée inhabituel.

Le contenu de la pensée est curieux, bizarre. Les pensées de l'utilisateur peuvent être organisées mais les idées ou les sujets abordés sont bizarres.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun trouble de contenu de la pensée.
 - Discret**

L'utilisateur émet, à l'occasion, une réflexion insolite, étrange par rapport au sujet abordé.
 - Moyen**

L'utilisateur émet à plusieurs reprises des idées étranges.
 - Sévère**

L'utilisateur élabore des fabulations (productions imaginaires de l'esprit) ou sa pensée est délirante (présence d'une idée fausse, persistante, qui n'a pas de lien avec les sujets abordés par l'examineur).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	390	ANXIÉTÉ

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le niveau d'anxiété.
- L'utilisateur est soucieux, inquiet, préoccupé de façon excessive par le présent ou le futur. Son visage et ses attitudes peuvent exprimer un état de tension (physionomie tendue, tendance à se ronger les ongles, regards inquiets, etc.) et même de panique.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
- Absent**
L'utilisateur ne présente aucune anxiété.
- Discret**
L'utilisateur exprime verbalement ou physiquement des peurs, des inquiétudes ou des préoccupations, sans que celles-ci n'interfèrent avec ses activités quotidiennes.
- Moyen**
L'anxiété interfère avec les activités quotidiennes; cette anxiété peut avoir nécessité une médication qui s'avère efficace, ou en nécessiterait une.
- Sévère**
Les activités de l'utilisateur sont peu efficaces en raison de son anxiété, qu'il reçoive ou non un traitement. Il peut présenter des accès de panique.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	391	HUMEUR DÉPRESSIVE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure l'humeur dépressive.

L'utilisateur est triste, découragé, pessimiste. Il exprime des sentiments de dévalorisation et une perte de capacité de plaisir.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune humeur dépressive.
 - Discret**

L'utilisateur apparaît triste, par exemple lorsqu'on évoque l'accident; à l'occasion, il verbalise des sentiments de tristesse et de découragement.
 - Moyen**

L'humeur dépressive est plus importante et entraîne une perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités qui en étaient sources auparavant. Ce trouble de l'humeur l'empêche de développer de nouveaux intérêts. L'utilisateur pleure facilement, présente des crises de découragement ou un sentiment d'incurabilité. Rien ne le déride. L'humeur dépressive peut avoir nécessité une médication qui s'avère efficace ou nécessiterait une médication.
 - Sévère**

L'utilisateur exprime des idées suicidaires, et/ou a fait une récente tentative de suicide. Sa vie émotive est complètement envahie par l'humeur dépressive le rendant non disponible à toute activité et à toute demande de l'extérieur.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	392	SENTIMENTS DE CULPABILITÉ

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le sentiment de culpabilité.

L'utilisateur exprime des sentiments de blâme personnel, éprouve de la honte, exprime des remords vis-à-vis de son comportement passé.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun sentiment de culpabilité.
 - Discret**

L'utilisateur s'interroge sur son comportement passé, en rapport ou non avec l'accident mais sans que ceci ne le perturbe de façon manifeste au cours de l'entretien. Il ne parle pas spontanément de ce sentiment de culpabilité mais acquiesce lorsqu'on lui pose la question.
 - Moyen**

L'utilisateur exprime spontanément des sentiments de blâme, de remord, de honte et ce sentiment perturbe son comportement. Toutefois, il réagit bien aux interventions de support de l'examineur.
 - Sévère**

L'utilisateur est envahi par des sentiments de culpabilité qui l'empêchent d'aborder tout autre sujet. Cette culpabilité a un effet paralysant sur sa conduite au cours de l'entretien.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	393	LABILITÉ DE L'HUMEUR

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure la labilité de l'humeur.

L'usager présente des changements soudains de l'humeur qui sont disproportionnés par rapport à la situation.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'usager ne présente aucune labilité de l'humeur.
 - Discret**

L'usager rapporte des changements rapides de l'humeur, au cours de l'entretien, il présente des fluctuations rapides de l'humeur, sans que celles-ci soient de forte intensité (par exemple, il change de ton, cesse de sourire brusquement, ou, au contraire, se met à être gai sans raison au milieu d'une phrase...).
 - Moyen**

L'usager présente un changement remarquable (c'est-à-dire d'intensité prononcée) disproportionné et soudain de l'humeur au cours de l'entretien (par exemple, passer de la colère au rire).
 - Sévère**

L'humeur est caractérisée par de fréquents changements brusques, remarquables et disproportionnés.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	394	DIMINUTION DE L'AFFECTIVITÉ

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure la diminution de l'affectivité.

L'utilisateur présente une réduction de l'intensité normale des émotions, une indifférence.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune diminution de l'affectivité.
 - Discret**

L'utilisateur exprime peu de modulations, de variations dans l'expression des émotions; à l'occasion, on observe une indifférence inattendue par rapport à un sujet abordé.
 - Moyen**

Seuls des événements très personnels ou très violents déclenchent des réactions émotionnelles observables.
 - Sévère**

L'expression faciale de l'utilisateur est constamment neutre (absence de variation) et celui-ci parle d'une voix monotone, quel que soit le sujet de conversation. L'utilisateur peut être loquace et paraître totalement indifférent.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	395	IRRITABILITÉ

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le niveau d'irritabilité.

L'utilisateur est très vulnérable à la tension psychologique, que celle-ci soit provoquée par des stimuli physiques (bruits, lumière, etc.) ou par l'environnement social. Cette vulnérabilité peut l'amener à se soustraire aux stimuli et/ou à présenter des difficultés de contrôle émotionnel.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune irritabilité.
 - Discret**

Lorsqu'on lui demande, l'utilisateur reconnaît être plus vulnérable qu'avant l'accident. Il supporte mal les contrariétés, les frustrations ou les stimulations sensorielles intenses (téléphone, etc.). Cette irritabilité a peu d'effet sur sa vie quotidienne et se manifeste peu durant l'entretien.
 - Moyen**

La vulnérabilité à la tension s'exprime clairement durant l'entretien mais l'utilisateur arrive à contrôler ses réactions émotionnelles. À son avis, cette irritabilité a un impact sur sa vie quotidienne (activités et relations).
 - Sévère**

L'irritation de l'utilisateur est telle que ses activités et ses relations humaines sont altérées en permanence.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	396	DÉSINHIBITION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure l'inhibition.

L'utilisateur présente des troubles de contrôle de son comportement. Il fait des commentaires ou des gestes inappropriés en regard de la situation ou des règles sociales habituelles. Les commentaires ou gestes sont impulsifs, à caractère sexuel ou agressif ou ne respectent pas les règles sociales habituelles (par exemple une trop grande familiarité au cours de l'entretien).
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune désinhibition.
 - Discret**

L'utilisateur tient des propos un peu suggestifs sur le plan sexuel ou est trop familier durant l'entretien : ceci s'exprime plutôt par des paroles que par des gestes et ne survient pas de façon continue.
 - Moyen**

L'utilisateur se comporte de façon impulsive dans l'expression de sa colère, de ses désirs ou de ses fantasmes sexuels sans tenir compte des normes sociales: ce problème représente un certain handicap dans sa vie sociale. Ces comportements inadéquats n'iront pas jusqu'à la violence physique, mais entraîneront une réaction négative de l'entourage, une intervention pour les arrêter.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	396	DÉSINHIBITION

Sévère

L'utilisateur passe à l'acte, c'est-à-dire essaie d'embrasser, de saisir ou de frapper autrui. Il se masturbe, a des comportements boulimiques ou scatologiques. Ces comportements se manifestent devant l'examineur ou sont rapportés par l'utilisateur.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	397	EXCITATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le niveau d'excitation.

L'usager présente une exaltation de l'humeur. Dans les formes sévères, le comportement de l'usager évoque un état hypomaniaque.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'usager ne présente aucune excitation.
 - Discret**

L'usager montre une expression démesurée d'insouciance et de gaieté par rapport à sa situation.
 - Moyen**

L'usager présente souvent des rires injustifiés, mal à propos durant l'entretien.
 - Sévère**

L'humeur est exagérément euphorique de façon continue. L'usager ne se fait aucun souci pour son avenir et se satisfait de sa situation actuelle, même s'il présente de graves séquelles. Il pense que tout ira bien pour lui dans l'avenir qu'elle que soit la gravité de son état.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	398	HOSTILITÉ

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le niveau d'hostilité.

L'utilisateur exprime de l'animosité, de l'opposition, il est belliqueux envers autrui, défiant envers l'autorité rendant difficile la participation à l'entretien.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION**
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune hostilité.
 - Discret**

L'utilisateur accepte de se soumettre à l'évaluation, tout en exprimant un certain mécontentement face aux tâches ou à la situation.
 - Moyen**

L'utilisateur exprime clairement des propos hostiles ou méprisants envers l'examineur ou d'autres personnes. L'examineur doit lui expliquer fréquemment l'utilité de l'entretien pour surmonter son animosité.
 - Sévère**

L'utilisateur refuse de participer à toute forme d'évaluation. L'entretien doit être abrégé ou interrompu du fait de l'hostilité de l'utilisateur.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	399	MÉFIANCE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le niveau de méfiance.

L'usager est soupçonneux, il croit que les autres nourrissent à son égard des intentions malveillantes ou discriminatoires.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'usager ne présente aucune méfiance.
 - Discret**

L'usager est porté à vérifier auprès d'une deuxième personne, l'information reçue d'une première, ce qu'il fera aussi avec l'évaluateur. Il peut être porté à exprimer sa méfiance en questionnant la pertinence de l'évaluation en tout ou en partie.
 - Moyen**

L'usager exprime souvent des doutes quant à l'adéquacité des soins qu'il reçoit : ceci peut concerner aussi l'évaluateur.
 - Sévère**

L'usager est convaincu que son entourage veut lui nuire d'une façon ou d'une autre (par exemple, il accuse l'équipe soignante et l'évaluateur d'actes malveillants).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	400	REPLI SUR SOI

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le repli sur l'utilisateur.

L'utilisateur n'établit pas de lui-même des relations avec autrui, il n'engage aucune conversation, il s'isole et se tient à l'écart.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun repli sur lui-même.
 - Discret**

L'utilisateur ne cherche pas spontanément à établir le contact avec l'examineur. Il répond brièvement aux questions (i.e. fournit des éléments d'information). Il a besoin de l'aide de l'interlocuteur pour maintenir le contact.
 - Moyen**

L'utilisateur répond seulement « oui » ou « non » aux questions qu'on lui pose et le contact visuel est pauvre. Malgré l'aide de l'autre, il maintient le contact au minimum.
 - Sévère**

Malgré les questions, l'utilisateur reste silencieux, sans que ceci ne traduise de l'hostilité. Le contact visuel est quasi absent.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	401	DÉSORGANISATION DES CONCEPTS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure le niveau de désorganisation des concepts.

L'utilisateur présente une diminution des capacités de raisonnement, d'abstraction, de généralisation. Les processus de pensée sont confus et présentent des ruptures. Les pensées ne s'enchaînent pas logiquement. Il peut y avoir des digressions dans la conversation.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

Absent

L'utilisateur ne présente aucune désorganisation des concepts.

Discret

Devant les réponses de l'utilisateur concernant l'interprétation des proverbes, l'identification des similarités et la résolution du problème arithmétique, ou devant les réponses plus élaborées que nécessitent les questions sur l'évaluation de ses problèmes actuels et de ses projets futurs, l'examineur conserve un doute sur la réelle capacité de l'utilisateur à effectuer des opérations mentales plus ou moins complexes et à organiser ses pensées. L'utilisateur fait plus de deux erreurs non corrigées au compte à rebours, sans rupture de la séquence.

Moyen

L'utilisateur ne peut interpréter les proverbes ni réussir aucune similarité ou le problème arithmétique et il manifeste une désorganisation évidente et importante à l'épreuve du compte à rebours, avec rupture de la séquence (par exemple : 100, 93, 42, 88...); il existe une tendance aux digressions dans le discours ou une atteinte de l'organisation des idées, sans que ceci ne rende le discours incompréhensible.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	401	DÉSORGANISATION DES CONCEPTS

Sévère

L'utilisateur est incapable d'établir des liens logiques entre différentes informations fournies, son discours contient beaucoup de digressions ou sa logique le rend pratiquement incompréhensible; il émet fréquemment des réponses sans lien avec les questions posées sans que ceci ne soit dû à un problème de compréhension orale.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	402	TROUBLES DE FLEXIBILITÉ DE LA PENSÉE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles de flexibilité de la pensée.
- L'utilisateur présente une difficulté d'adaptation dans une situation qui requiert un changement de stratégie. Face à un obstacle ou à un contretemps, l'utilisateur éprouve de la difficulté à réévaluer une situation dans laquelle il s'est engagé en vue de découvrir et d'utiliser une nouvelle solution plausible et réalisable.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.
- Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
- Absent**
L'utilisateur ne présente aucun trouble de flexibilité de la pensée.
- Discret**
Aux questions de la section VIII, l'utilisateur propose péniblement une troisième solution, difficile à actualiser et qui n'apparaît pas très réalisable.
- Moyen**
L'utilisateur trouve une deuxième solution plausible au problème présenté; cependant si on lui demande une troisième solution, il s'en trouve incapable.
- Sévère**
L'utilisateur ne trouve aucune solution plausible et réalisable.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	403	TROUBLES DE LA CAPACITÉ DE PLANIFICATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure les troubles de la capacité de planification.

L'utilisateur présente des difficultés à déterminer ou à organiser des étapes et des éléments en vue de concrétiser une intention ou d'atteindre un but.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucun trouble de la capacité de planification.
 - Discret**

L'utilisateur est capable d'élaborer un plan réaliste, à condition d'être guidé par l'évaluateur.
 - Moyen**

L'utilisateur ne présente qu'une stratégie très vague pour atteindre son objectif ou il oublie une étape importante à franchir pour l'atteindre; ceci se manifeste à la tâche «préparation d'un café » ou « réparation d'un pneu crevé ».
 - Sévère**

L'utilisateur est incapable de formuler quelque stratégie que ce soit orientée vers son but.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	404	DIMINUTION DE L'INITIATIVE ET DE LA MOTIVATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure la diminution de l'initiative et de la motivation.

L'utilisateur n'a pas de désir, de projets, il ne s'engage pas de lui-même dans de nouvelles activités, il a besoin de stimulation extérieure pour agir et abandonne les activités sans les maintenir par manque d'intérêt.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune diminution de l'initiative et de la motivation.
 - Discret**

L'utilisateur relate qu'il a tendance à rester sans rien faire dans ses moments libres.
 - Moyen**

L'utilisateur a besoin de stimulations verbales pour accomplir des activités et ne s'engage pas facilement dans des activités nouvelles; ceci peut se manifester dans les tâches cognitives.
 - Sévère**

L'utilisateur n'a aucun projet personnel, il est très apathique, c'est-à-dire qu'il ne fait rien à moins d'être constamment incité. Au cours de l'entretien, il doit être stimulé à commencer et à poursuivre les tâches cognitives.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	405	FATIGABILITÉ MENTALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de l'échelle neurocomportementale révisée. Il mesure la fatigabilité mentale.

L'utilisateur se fatigue rapidement au cours d'activités cognitives.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - Absent**

L'utilisateur ne présente aucune fatigabilité mentale.
 - Discret**

L'utilisateur relate qu'il se fatigue rapidement au cours d'activités telles que la lecture, l'écoute de la télévision; il se fatigue au cours des activités cognitives mais sans que cela l'empêche de fonctionner normalement. À la fin de l'entretien, il exprime son état de fatigue.
 - Moyen**

L'utilisateur abandonne une tâche cognitive proposée par l'examineur parce que cela représente, de l'avis de celui-ci, un trop gros effort ou une trop grande fatigue pour lui.
 - Sévère**

La fatigue empêche l'utilisateur d'initier ou de terminer la plupart des tâches cognitives ou l'état de fatigue est tel qu'il ne peut se soumettre à l'entretien complet.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	406	NB D'ÉVALUATION DE LA MESURE DE L'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE

- ❖ **FORMAT** Numérique Longueur : 3
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ indique un numéro séquentiel attribué lors de l'inscription de l'indépendance fonctionnelle.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.

Pour chaque inscription de la mesure de l'indépendance fonctionnelle, un nouveau numéro est généré automatiquement par l'application locale.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	407	DATE DE L'ÉVALUATION DE L'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE

❖ FORMAT	Date	Longueur : 8	Gabarit (AAAA/MM/JJ)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique la date à laquelle l'utilisateur a été évalué fonctionnellement (par une infirmière ou un médecin) afin d'établir son évaluation.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS			
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	408	HEURE DE L'ÉVALUATION DE L'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE

❖ FORMAT	Numérique	Longueur : 6	Gabarit (HH/MM/SS)
❖ DÉFINITION	Ce champ indique l'heure à laquelle l'utilisateur a été évalué fonctionnellement (par une infirmière ou un médecin) afin d'établir son évaluation.		
❖ DESCRIPTION	Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée. Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.		
❖ PRÉCISIONS			
❖ VALIDATION	Non disponible pour l'instant.		
❖ REQUIS PAR	Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.		
❖ SOURCES DE DONNÉES EXTERNES			
❖ TRANSMISSION			
❖ VALEURS PERMISES			

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	409	ALIMENTATION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à se servir des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche ; mâcher ; avaler, une fois que le repas est préparé.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % de l'activité, ou bien ne peut ingurgiter (manger ou boire) un repas complet par la bouche. Utilise, alors, un autre mode d'alimentation (parentérale ou gastrostomie) qu'il ne s'administre pas seul.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur effectue seul de 25 à 49 % de l'activité.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur effectue seul de 50 à 74 % de l'activité.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur effectue seul 75 % et plus de l'activité.
 - 5 Supervision**

L'utilisateur requiert supervision (présence, suggestion, stimulation) ou arrangement (mise en place d'une orthèse); ou requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, beurrer les tartines ou verser les liquides.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	409	ALIMENTATION

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur utilise une aide technique ou une adaptation; par exemple, une paille, un couteau spécial, une cuillère-fourchette; ou requiert des aliments à consistance modifiée ou une diète molle; ou le fait avec un risque acceptable. Si le repas doit être ingurgité en partie par d'autres moyens, tel que voie parentérale ou gastrostomie, l'utilisateur se l'administre sans aide.

7 Indépendance complète

L'utilisateur mange à une table ou sur un plateau en prenant d'une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, le tout présenté selon les habitudes du milieu; utilise des ustensiles réguliers : couteau, fourchette, cuillère pour porter à la bouche les aliments qu'il mâche et avale.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	410	SOINS DE L'APPARENCE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à effectuer les soins de la bouche ; se coiffer ; se laver les mains et le visage ; se raser ou se maquiller.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**
L'utilisateur effectue moins de 25 % de l'activité.
 - 2 Aide maximale**
L'utilisateur effectue seul de 25 à 49 % de l'activité.
 - 3 Aide moyenne**
L'utilisateur effectue seul de 50 à 74 % de l'activité.
 - 4 Aide minimale**
L'utilisateur effectue seul 75 % et plus de l'activité.
 - 5 Supervision**
L'utilisateur requiert la supervision (présence, suggestion, stimulation) ou arrangement (mise en place d'une orthèse, préparation des articles de toilette comme l'application du dentifrice sur la brosse, l'ouverture préalable des articles de maquillage).
 - 6 Indépendance modifiée**
L'utilisateur utilise un équipement spécialisé (incluant prothèse et orthèse) ou met plus de temps que la normale; ou le fait avec un risque acceptable.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	410	SOINS DE L'APPARENCE

7 Indépendance complète

L'utilisateur se brosse les dents ou nettoie ses prothèses dentaires, se coiffe, se lave les mains et le visage, se rase ou se maquille, incluant la préparation de ces activités (ne pas tenir compte du rasage ou du maquillage, si ce type d'activité n'est pas habituel chez l'utilisateur).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	411	TOILETTE PERSONNELLE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à se laver du cou jusqu'aux pieds (à l'exclusion du dos), soit dans une baignoire, sous la douche, soit par bain d'éponge au lit de façon sécuritaire.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % de l'activité.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur effectue seul de 25 à 49 % de l'activité.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur effectue seul de 50 à 74 % de l'activité.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur effectue seul 75 % et plus de l'activité.
 - 5 Supervision**

L'utilisateur requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou arrangement (mise en place d'un équipement spécial pour le bain et préparation initiale de l'eau ou des articles de toilette nécessaires).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	411	TOILETTE PERSONNELLE

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur utilise un équipement spécialisé (incluant prothèse et orthèse) ou met plus de temps que la normale; ou le fait avec un risque acceptable.

7 Indépendance complète

L'utilisateur se lave et se sèche le corps.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	412	HABILLAGE – HAUT DU CORPS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à s'habiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une prothèse ou orthèse pour le haut du corps, selon le cas.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % des tâches d'habillage ou n'est pas habillé.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur effectue seul de 25 à 49 % des tâches d'habillage.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur effectue seul de 50 à 74 % des tâches d'habillage.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur effectue seul 75 % et plus des tâches d'habillage.
 - 5 Supervision**

L'utilisateur requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou arrangement (mise en place d'une orthèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).
 - 6 Indépendance modifiée**

L'utilisateur requiert une adaptation pour attacher ses vêtements telle que le velcro, une aide technique incluant prothèse ou orthèse; ou prend plus de temps que la normale.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	412	HABILLAGE – HAUT DU CORPS

7 Indépendance complète

L'utilisateur s'habille et se déshabille en prenant les vêtements de leur place habituelle (tiroir, placard, etc.); peut mettre et attacher un soutien-gorge; enfiler un vêtement par-dessus la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, manipuler les fermetures éclair, les boutons et les boutons-pression; met en place et enlève une prothèse ou orthèse, selon le cas.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	413	HABILLAGE – BAS DU CORPS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à s'habiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une prothèse ou orthèse, selon le cas.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**
L'utilisateur effectue moins de 25 % des tâches d'habillage ou n'est pas habillé.
 - 2 Aide maximale**
L'utilisateur effectue seul de 25 à 49 % des tâches d'habillage.
 - 3 Aide moyenne**
L'utilisateur effectue seul de 50 à 74 % des tâches d'habillage.
 - 4 Aide minimale**
L'utilisateur effectue seul 75 % et plus des tâches d'habillage.
 - 5 Supervision**
L'utilisateur requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou arrangement (mise en place d'une orthèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).
 - 6 Indépendance modifiée**
L'utilisateur requiert une adaptation pour attacher les vêtements, telle que le velcro, ou une aide technique incluant prothèse ou orthèse; ou prend plus de temps que la normale.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	413	HABILLAGE – BAS DU CORPS

7 Indépendance complète

L'utilisateur s'habille et se déshabille en prenant les vêtements de leur place habituelle (tiroir, placard, etc.); peut mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, une ceinture, des bas, des chaussettes et des chaussures; peut manipuler des fermetures éclair, des boutons et des boutons-pression; peut mettre en place et enlever une prothèse ou orthèse, selon le cas.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	414	UTILISATION DES TOILETTES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à l'hygiène périnéale et à l'ajustement des vêtements avant et après utilisation des toilettes ou d'un bassin de lit, dans des conditions sécuritaires.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % de la tâche.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur effectue seul de 25 à 49 % de la tâche d'utilisation des toilettes.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur effectue seul de 50 à 74 % de la tâche d'utilisation des toilettes.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur effectue seul 75 % et plus de la tâche d'utilisation des toilettes.
 - 5 Supervision**

L'utilisateur requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou arrangement (installation d'aide technique, ouverture des sachets).
 - 6 Indépendance modifiée**

L'utilisateur requiert un équipement spécialisé, incluant prothèse ou orthèse, ou fait l'activité avec un risque acceptable, ou prend plus de temps que la normale.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	414	UTILISATION DES TOILETTES

7 Indépendance complète

L'usager se nettoie seul après miction ou défécation, met en place serviettes hygiéniques ou tampons; ajuste les vêtements avant et après utilisations des toilettes.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	415	CONTRÔLE DE LA VESSIE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à un contrôle complet et volontaire de la vessie, et l'utilisation de l'équipement ou des moyens nécessaires au contrôle vésical.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

Malgré une assistance, l'utilisateur se mouille fréquemment, presque chaque jour, et doit porter en permanence des serviettes absorbantes ou des couches, qu'il y ait un système de stomie ou une sonde en place. La personne effectue moins de 25 % des tâches de contrôle vésical.
 - 2 Aide maximale**

Malgré une assistance, l'utilisateur se mouille fréquemment, presque chaque jour; doit utiliser des couches ou d'autres moyens absorbants, qu'il y ait ou non une sonde ou une poche iléo-colique en place. L'utilisateur effectue seul de 25 à 49 % des tâches de contrôle vésical.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur requiert une assistance modérée pour l'entretien d'un système collecteur externe; la personne effectue de 50 à 74 % des tâches de contrôle vésical; ou peut avoir des incontinences occasionnelles mais moins d'une fois par jour.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur requiert une assistance minimale pour l'entretien d'un système collecteur externe, la personne effectue 75 % et plus des tâches de contrôle vésical; ou peut avoir une incontinence occasionnelle mais moins d'une fois par semaine.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	415	CONTRÔLE DE LA VESSIE

5 Supervision

L'usager requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou l'arrangement (disposition, vidange) du matériel servant à maintenir un mode de miction correct, ou pour entretenir un système collecteur externe; ou bien, en raison du délai nécessaire pour obtenir un bassin de lit ou atteindre les toilettes, la personne peut avoir une incontinence occasionnelle, mais moins d'une fois par mois.

6 Indépendance modifiée

L'usager requiert un urinal, un bassin de lit ou une chaise d'aisance, une couche, une serviette absorbante, une sonde, un collecteur urinaire ou une dérivation urinaire; ou utilise des médicaments pour le contrôle vésical. Si une sonde est utilisée, la personne installe ou irrigue la sonde sans aide; nettoie, stérilise et arrange l'équipement pour irrigation sans aide. Si la personne utilise un système collecteur, elle assemble et met en place le système collecteur ou la poche iléale sans l'aide d'une autre personne; vide, met en place, enlève et nettoie le sac collecteur placé le long du membre inférieur; ou vide et nettoie les poches iléo-coliques. Aucune incontinence.

7 Indépendance complète

L'usager contrôle complètement la vessie, de façon adéquate; n'est jamais incontinent.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	416	CONTRÔLE DES INTESTINS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à un contrôle complet et volontaire de la défécation et l'utilisation de l'équipement ou des moyens nécessaires à la défécation.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

Malgré une assistance, l'utilisateur se souille fréquemment presque chaque jour et doit porter en permanence des serviettes absorbantes ou de couches, qu'il y ait ou non un système de stomie en place. L'utilisateur effectue moins de 25 % des tâches de contrôle de la défécation.
 - 2 Aide maximale**

Malgré une assistance, l'utilisateur se souille fréquemment, presque chaque jour; doit porter des couches ou d'autres moyens absorbants, qu'il y ait ou non une stomie en place. La personne effectue de 25 à 49 % des tâches de la défécation.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur requiert une assistance modérée pour conserver un rythme correct de défécation, en utilisant suppositoire, lavement ou aide technique; ou la personne peut avoir une incontinence fécale occasionnelle, mais moins d'une fois par jour. L'utilisateur effectue de 50 à 74 % des tâches de contrôle de la défécation.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	416	CONTRÔLE DES INTESTINS

4 Aide minimale

L'utilisateur requiert une assistance minimale pour conserver un rythme correct de défécation, en utilisant suppositoires, lavement ou aide technique; ou peut avoir une incontinence fécale occasionnelle mais moins d'une fois par semaine. L'utilisateur effectue 75 % et plus des tâches de contrôle des intestins.

5 Supervision

L'utilisateur requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant, ou pour entretenir un système de stomie; ou la personne peut avoir une incontinence fécale occasionnelle, mais moins d'une fois par mois.

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur requiert un bassin de lit, une chaise d'aisance, une stimulation digitale, des émoullients, des suppositoires, des laxatifs, des lavements, ou d'autres médications de façon régulière. Si la personne a une colostomie, elle en assure l'entretien. Aucune incontinence.

7 Indépendance complète

L'utilisateur contrôle complètement la défécation; n'est jamais incontinent.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	417	LIT; CHAISE; FAUTEUIL ROULANT

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à tous les aspects du transfert vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et l'inverse ; ou si la marche est le mode typique de locomotion, le passage du lit, de la chaise à la position debout et vice-versa.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 **Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % des tâches de transfert.
 - 2 **Aide maximale**

L'utilisateur effectue de 25 à 49 % des tâches de transfert.
 - 3 **Aide moyenne**

L'utilisateur effectue de 50 à 74 % des tâches de transfert.
 - 4 **Aide minimale**

L'utilisateur effectue 75 % et plus des tâches de transfert.
 - 5 **Supervision**

L'utilisateur requiert une supervision (présence, encouragement, suggestion) ou un arrangement de l'équipement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation des cale-pieds, etc.).

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	417	LIT; CHAISE; FAUTEUIL ROULANT

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur requiert une adaptation ou une aide technique (incluant prothèse ou orthèse) telle que planche de transfert, soulève malade, barre d'appui, trapèze, chaise ou siège spécial, cannes ou béquilles; prend plus de temps que la normale ou le fait avec un risque acceptable.

7 Indépendance complète

Si l'utilisateur marche : s'approche, s'assoit et se relève en position debout à partir d'une chaise normale; se transfère du lit à la chaise; accomplit ces gestes en toute sécurité.

Si l'utilisateur est en fauteuil roulant : approche du lit ou de la chaise, bloque les freins, lève les appuis pieds, enlève l'appui-bras (si nécessaire) et effectue le transfert aller-retour soit par pivotement en position debout, soit par glissement. Exécute ces gestes en toute sécurité.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	418	TOILETTES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à faire l'action de s'asseoir et de se relever du siège des toilettes.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 **Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % des tâches de transfert.
 - 2 **Aide maximale**

L'utilisateur effectue de 25 à 49 % des tâches des transferts.
 - 3 **Aide moyenne**

L'utilisateur effectue de 50 à 74 % des tâches de transfert.
 - 4 **Aide minimale**

L'utilisateur effectue 75 % et plus des tâches de transfert.
 - 5 **Supervision**

L'utilisateur requiert une supervision (présence, encouragement, suggestion) ou un arrangement de l'équipement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation des cale-pieds, etc.).
 - 6 **Indépendance modifiée**

L'utilisateur requiert une adaptation ou une aide technique incluant prothèse ou orthèse) telle une planche de transfert, une barre d'appui, un soulève malade ou un siège spécial; prend plus de temps que la normale ou fait le transfert avec un risque acceptable.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	418	TOILETTES

7 Indépendance complète

Si l'usager marche; s'approche, s'assoit et se relève d'un siège de toilette standard; accomplit ces gestes en toute sécurité.

Si l'usager est en fauteuil roulant : approche de la toilette, bloque les freins, lève les appuis pieds, enlève les appuis-bras (si nécessaire) et effectue le transfert aller-retour soit par pivotement en position debout, soit par glissement. Exécute ces gestes en toute sécurité.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	419	BAIGNOIRE; DOUCHE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION** Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à entrer et à sortir de la baignoire ou de la douche.
- ❖ **DESCRIPTION** Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**
L'utilisateur effectue moins de 25 % des tâches de transfert.
 - 2 Aide maximale**
L'utilisateur effectue 25 à 49 % des tâches de transfert.
 - 3 Aide moyenne**
L'utilisateur effectue de 50 à 74 % des tâches de transfert.
 - 4 Aide minimale**
L'utilisateur effectue 75 % et plus des tâches de transfert.
 - 5 Supervision**
L'utilisateur requiert une supervision (présence, encouragement, suggestion) ou un arrangement de l'équipement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation des cale-pieds, etc.).
 - 6 Indépendance modifiée**
L'utilisateur requiert une adaptation ou une aide technique (incluant orthèse ou prothèse) telle planche de transfert, soulève malade ou siège spécial; prend plus de temps que la normale ou fait le transfert avec un risque acceptable.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	419	BAIGNOIRE; DOUCHE

7 Indépendance complète

Si l'usager marche : s'approche, entre et sort de la baignoire ou de la douche, accomplit ces gestes en toute sécurité.

Si l'usager est en fauteuil roulant : approche de la baignoire ou de la douche, bloque les freins, lève les appuis pieds, enlève les appuis-bras (si nécessaire) et effectue le transfert aller-retour soit par pivotement en position debout, soit par glissement. Exécute ces gestes en toute sécurité.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	420	MARCHE / FAUTEUIL ROULANT

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à marcher une fois en position debout ou utiliser un fauteuil roulant une fois en position assise, en terrain plat. Indiquer le mode de locomotion le plus fréquent.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % de l'effort de locomotion ou requiert l'assistance de 2 personnes : ou ne marche pas, ou ne déplace le fauteuil roulant que sur un minimum de 15 mètres.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur effectue de 25 à 49 % de l'effort de locomotion pour parcourir au moins 15 mètres. Requiert l'aide d'une seule personne.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur effectue 50 à 74 % de l'effort de locomotion pour parcourir au moins 45 mètres.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur effectue 75 % et plus de l'effort de locomotion pour parcourir au moins 45 mètres.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	420	MARCHE / FAUTEUIL ROULANT

5 Supervision

Marche : l'utilisateur requiert une supervision (présence, encouragement, suggestion) pour parcourir au moins 45 mètres.

Fauteuil roulant : l'utilisateur requiert une supervision (présence, encouragement, suggestion) pour parcourir au moins 45 mètres en fauteuil roulant.

Exception : locomotion à la maison

L'utilisateur marche seulement de courtes distances (un minimum de 15 mètres) avec ou sans aide technique; prend parfois plus de temps que la normale ou se déplace seul avec un risque acceptable; ou manœuvre un fauteuil roulant manuel ou motorisé seulement sur de courtes distances (un minimum de 15 mètres).

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur marche un minimum de 45 mètres, mais requiert une orthèse ou une prothèse, une chaussure spéciale : une canne, des béquilles ou un déambulateur (marchette); prend plus de temps que la normale ou marche avec un risque acceptable.

Si l'utilisateur ne marche pas, manœuvre un fauteuil roulant manuel ou motorisé sur une distance minimum de 45 mètres : tourne, manœuvre le fauteuil jusqu'à une table, un lit, un siège de toilette; peut négocier une pente de 3 % au moins; peut manœuvrer le fauteuil sur une moquette et des seuils de portes.

7 Indépendance complète

L'utilisateur marche un minimum de 45 mètres sans aide technique : n'utilise pas de fauteuil roulant; accomplit cette activité en toute sécurité.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	421	ESCALIERS

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à monter et descendre 12 à 14 marches (une volée) à l'intérieur.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur effectue moins de 25 % ou plus de l'effort ou requiert l'aide de 2 personnes; ou ne peut monter ou descendre les escaliers; ou doit être porté.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur effectuer seul de 25 à 49 % de l'effort de montée et descente de 4 à 6 marches. Requiert l'assistance d'une seule personne.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur effectue 50 à 74 % de l'effort de montée et descente d'une volée de marches.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur effectue 75 % et plus de l'effort de montée et descente d'une volée de marches.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	421	ESCALIERS

5 Supervision

L'utilisateur requiert une supervision (présence, encouragement, suggestion) pour monter ou descendre une volée de marches.

Exception : locomotive à la maison

L'utilisateur monte ou descend seul 4 à 6 marches avec ou sans appareil : peut prendre plus de temps que la normale, ou fait l'activité avec un risque acceptable.

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur monte et descend au moins une volée de marches, en utilisant un appui latéral, une rampe; ou une canne, ou un support portatif; prend plus de temps que la normale, ou fait l'activité avec un risque acceptable.

7 Indépendance complète

L'utilisateur monte et descend au moins une volée (12 à 14 marches) sans se servir d'aucun type de rampe ou de support; accomplit cette activité en toute sécurité.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	422	COMPRÉHENSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à la compréhension d'une communication visuelle ou auditive, par exemple : écriture, langue des signes, gestes.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur comprend les directives et les conversations concernant les besoins de base quotidiens moins de 25 % du temps; ou ne comprend pas, ou ne répond pas de façon appropriée ou consistante à des questions ou des phrases simples, malgré l'aide fournie.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur comprend les directives et les conversations concernant les besoins de base quotidiens moins de 25 à 49 % du temps; peut comprendre seulement des questions ou des phrases simples, requiert de l'aide plus de la moitié du temps.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur comprend les directives et les conversations concernant les besoins de base quotidiens de 50 à 74 % du temps.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur comprend les directives et les conversations concernant les besoins de base quotidiens de 75 à 90 % du temps.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	422	COMPRÉHENSION

5 Supervision

L'utilisateur comprend les directives et les conversations concernant les besoins de base quotidiens plus de 90 % du temps; a besoin d'aide, il faut parler plus lentement, répéter, insister sur certains mots ou certaines phrases, attendre, joindre des gestes aux paroles ou des indices visuels, moins de 10 % du temps.

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur comprend les directives et les conversations complexes ou abstraites dans la plupart des cas ou avec une légère difficulté : n'a pas besoin d'assistance : peut avoir besoin d'un appareil auditif ou visuel, ou tout autre aide technique; ou prend plus de temps que la normale pour comprendre l'information.

7 Indépendance complète

L'utilisateur comprend les directives complexe ou abstraite, comprend sa langue maternelle parlée ou écrite.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	423	EXPRESSION

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à une expression claire du langage verbal et non verbal, c'est-à-dire un discours intelligible ou l'expression claire du langage par l'utilisation de la parole, de l'écriture ou d'un outil de communication.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur exprime ses besoins de base quotidiens et ses idées moins de 25 % du temps; ou n'exprime aucun besoin essentiel de façon appropriée ou consistante, malgré l'aide fournie.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur exprime ses besoins de base quotidiens et ses idées moins de 25 à 49 % du temps; peut utiliser des mots simples ou des gestes; a besoin d'assistance plus de la moitié du temps.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur exprime ses besoins de base quotidiens et ses idées de 50 à 74 % du temps.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur exprime ses besoins de base quotidiens et ses idées de 75 à 90 % du temps.
 - 5 Supervision**

L'utilisateur exprime ses besoins de base quotidiens et ses idées, plus de 90 % du temps; a besoin d'assistance (ex. : répétition fréquente) moins de 10 % du temps pour être compris.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	423	EXPRESSION

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur exprime des idées complexes ou abstraites, dans la plupart des situations, avec une légère difficulté: aucune assistance n'est requise; peut avoir besoin d'un système ou d'une aide facilitant la communication.

7 Indépendance complète

L'utilisateur exprime des idées complexes ou abstraites clairement et avec facilité.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	424	INTERACTION SOCIALE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte aux habiletés nécessaires pour s'entendre et participer avec les autres dans des situations sociales et thérapeutiques ; représente la manière dont l'utilisateur assume ses besoins propres en même temps que ceux des autres .
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur se conduit de façon appropriée moins de 25 % du temps ou pas du tout; peut avoir besoin de restrictions.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur se conduit de façon appropriée de 25 à 49 % du temps; peut avoir besoin de restrictions.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur se conduit de façon appropriée de 50 à 74 % du temps.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur se conduit de façon appropriée de 75 à 90 % du temps.
 - 5 Supervision**

L'utilisateur requiert une supervision (encadrement, contrôle verbal, indices, stimulation) seulement dans des situations non familières ou stressantes, mais pas plus de 10 % du temps; peut avoir besoin d'encouragement pour amorcer la participation.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	424	INTERACTION SOCIALE

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soin, les autres usagers et les membres de sa famille, dans la plupart des cas ou avec une légère difficulté; aucune supervision n'est requise; peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, ou peut avoir besoin d'une médication pour garder le contrôle.

7 Indépendance complète

L'utilisateur se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soin, les autres usagers et les membres de sa famille, par exemple : contrôle son agressivité, accepte la critique, est conscient de l'impact de ses paroles et de ses actions sur les autres.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	425	RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à l'habileté nécessaire à la résolution des problèmes de la vie quotidienne, c'est-à-dire : prise de décisions raisonnables, sécuritaires et opportunes concernant les affaires sociales, financières et personnelles ainsi que l'initiation, la séquence et l'autocorrection des tâches et des activités pour résoudre ces problèmes.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur résout les problèmes courants moins de 25 % du temps; a besoin d'être dirigé presque tout le temps ou n'arrive pas à résoudre efficacement les problèmes rencontrés; peut avoir constamment besoin d'encadrement pour accomplir de simples activités quotidiennes; peut avoir besoin de restriction pour sa sécurité.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur résout les problèmes courants de 25 à 49 % du temps; a besoin d'être dirigé plus de la moitié du temps pour commencer, planifier ou accomplir de simples activités quotidiennes; peut avoir besoin de restriction pour sa sécurité.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur résout les problèmes courants de 50 à 74 % du temps.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur résout les problèmes courants de 75 à 90 % du temps.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	425	RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

5 Supervision

L'utilisateur requiert une supervision (stimulation, indices) pour résoudre les problèmes courants, mais seulement en situations stressantes ou non familières et pas plus de 10 % du temps.

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur identifie les problèmes, prend les décisions appropriées; amorce et poursuit les étapes nécessaires à la résolution de problèmes complexes la plupart du temps ou avec un peu de difficulté; ou prend un peu plus de temps que la normale pour prendre une décision ou résoudre les problèmes.

7 Indépendance complète

L'utilisateur identifie les problèmes, prend les décisions appropriées; amorce et poursuit les étapes nécessaires à la résolution de problèmes complexes et, ceci, jusqu'à ce que la tâche soit complétée; s'auto-corrige en cas d'erreur.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	426	MÉMOIRE

- ❖ **FORMAT** Alphanumérique Longueur : 1
- ❖ **DÉFINITION**

Ce champ précise un élément de la mesure d'indépendance fonctionnelle.

L'utilisateur doit être apte à l'habileté reliée au degré de conscience et de mémoire que peut avoir une personne quand elle accomplit ses activités de tous les jours dans un contexte institutionnel ou communautaire ; la capacité d'emmagasiner et de transmettre l'information, particulièrement l'information verbale et visuelle. Un déficit de la mémoire entrave l'apprentissage tout aussi bien que l'accomplissement des tâches.
- ❖ **DESCRIPTION**

Cette valeur est obligatoire pour la version détaillée.

Ce champ est une composante de la version détaillée, il n'existe pas dans la version abrégée.
- ❖ **PRÉCISIONS**
- ❖ **VALIDATION** Non disponible pour l'instant.
- ❖ **REQUIS PAR** Les centres hospitaliers, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS.
- ❖ **SOURCES DE DONNÉES EXTERNES**
- ❖ **TRANSMISSION**
- ❖ **VALEURS PERMISES**
 - 1 Aide totale**

L'utilisateur reconnaît et se souvient moins de 25 % du temps, ou ne reconnaît pas et ne se souvient pas réellement.
 - 2 Aide maximale**

L'utilisateur reconnaît ou se souvient de 25 à 49 % du temps; doit être aidé plus de la moitié du temps.
 - 3 Aide moyenne**

L'utilisateur reconnaît ou se souvient de 50 à 74 % du temps.
 - 4 Aide minimale**

L'utilisateur reconnaît ou se souvient de 75 à 90 % du temps.

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

Chapitre	3	Description des éléments
Section	3.3	Description de chacun des éléments
Sous-section	3.3.15	Évaluation neurologique
Élément	426	MÉMOIRE

5 Supervision

L'utilisateur doit être assisté par des indices, des répétitions, des aide-mémoire, seulement dans des situations stressantes ou non familières, mais pas plus de 10 % du temps.

6 Indépendance modifiée

L'utilisateur reconnaît les personnes fréquemment rencontrées et se souvient des routines quotidiennes et des demandes d'autrui avec de légères difficultés; utilise au besoin des trucs, des indices personnels, des notes ou des aides diverses.

7 Indépendance complète

L'utilisateur reconnaît les personnes fréquemment rencontrées et se souvient des routines quotidiennes; exécute les demandes d'autrui sans besoin de répétition.