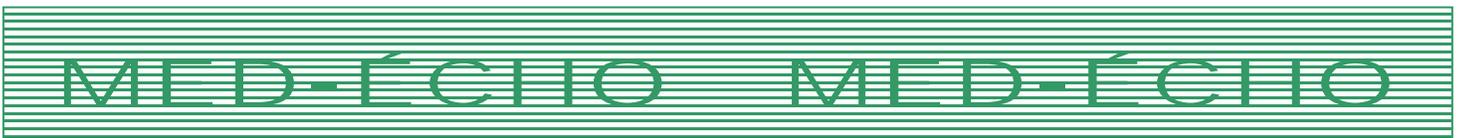


CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987
Révision : Avril 2018



Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2018

MISE À JOUR

DATE	RAISON		CHAPITRE/DIVISION
2017-04-01	Modification de libellés	3.6	Code de l'installation
		3.22	Type de provenance
		3.29	Type de destination
		3.32	Autres diagnostics
		3.35	Traitement
		3.36	Soins intensifs
2017-04-01	Ajout de valeurs	3.22	Type de provenance
		3.29	Type de destination
		3.31.4	Spécialité du médecin (service)
		3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
		3.35.3	² Lieu de l'intervention
		3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
2017-04-01	Nouvelles validations	4.ii	Diagnostics et interventions
		4.3	Code de cause extérieure d'accident
		4.18	Traitement
		4.20	Code et type de destination
		4.21	Code et type de provenance
2017-04-01	Modification de validations	4.3	Code de cause extérieure d'accident
2017-04-01	Modification de définition	3.20.1	Code de cause extérieure d'accident
		3.38.2	Type de décès
2017-04-01	Modifications à la transmission	6.2-E	Transmission des heures non renseignées
2017-04-01	Modification d'éléments	3.35.2	Dates et heures de l'intervention
		3.9.2	Nom de l'utilisateur
		3.9.3	Prénom de l'utilisateur
2017-04-01	Ajouts d'éléments	3.35.2.1	Date de l'intervention (traitement)
		3.35.2.2	Heure de l'intervention (traitement)
		3.35.2.3	Date de sortie de la salle d'opération
		3.35.2.4	Heure de sortie de la salle d'opération
2018-04-01	Ajouts d'éléments	3.0	Abrégé MED-ÉCHO
		3.01	Numéro de l'abrégié
		3.02	Statut de l'abrégié
		3.43	³ Niveau de soins alternatifs
		3.43.1	³ Type de condition de séjour
		3.43.2	³ Date de début de la condition de séjour
		3.43.3	³ Date de fin de la condition de séjour
		5.13	³ Type de condition de séjour

² Les valeurs ajoutées pour le Lieu de l'intervention ont été introduites au cours de l'année 2016-2017.

³ Les précisions concernant ces éléments seront ajoutées ultérieurement.

MISE À JOUR

2018-04-01	Modification d'éléments	3.2	Type de transaction
		3.8	Type d'admission
		3.29	Type de destination
		3.31.2	Type de séjour
		5.4	Code géographique
		5.9	Code postal/code municipal (six positions)
		5.10	Code postal/code municipal (comprimés)
2018-04-01	Nouvelles validations	6.3	Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2018-04-01	Modifications de validation	4.ii	Diagnostics et interventions
		4.18	Traitement
2018-04-01	Modification à la transmission	4.2	Autres diagnostics
		4.16	Services
2018-04-01	Modification à la transmission	6.2	Regroupement des données sur le service

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.32.2	Diagnostic
3.32.3	Caractéristique du diagnostic
3.33	Consultation médicale
3.33.1	Référence service
3.33.2	Domaine de consultation
3.33.3	Spécialité du médecin
3.34	Nombre total de consultations
3.35	Traitement
3.35.1	Référence service
3.35.2	Dates et heures de l'intervention
3.35.2.1	Date de l'intervention
3.35.2.2	Heure de l'intervention
3.35.2.3	Date de sortie de la salle d'opération
3.35.2.4	Heure de sortie de la salle d'opération
3.35.3	Lieu de l'intervention
3.35.4	Intervention
3.35.4.1	Code de l'intervention
3.35.4.2	Attribut de situation
3.35.4.3	Attribut de lieu
3.35.4.4	Attribut d'étendue
3.35.5	Nombre d'interventions
3.35.6	Statut de résidence du médecin (traitement)
3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
3.35.8	Statut de résidence du médecin (anesthésie)
3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
3.35.10	Technique d'anesthésie
3.36	Soins intensifs
3.36.1	Code de l'unité
3.36.2	Nombre de jours
3.37	Tumeur
3.37.1	Nom du père
3.37.2	Prénom du père
3.37.3	Nom de la mère à la naissance
3.37.4	Prénom de la mère
3.37.5	Code de tumeur
3.37.5.1	Topographie de la tumeur
3.37.5.2	Morphologie de la tumeur
3.37.5.3	Mode de diagnostic

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.38	Décès
3.38.1	Cause immédiate du décès
3.38.2	Type de décès
3.38.3	Autopsie
3.39	Mortinaissance
3.39.1	Nombre de mortinaissances
3.39.2	Nombre de mortinaissances autopsiées
3.40	Masse à la naissance
3.41	Durée de la gestation
3.42	Numéro de dossier médical de la mère
3.43	Niveau de soins alternatifs (À venir)
3.43.1	Type de condition de séjour
3.43.2	Date de début de la condition de séjour
3.43.3	Date de fin de la condition de séjour

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.20	Codes d'accidents
3.33	Consultation médicale
3.19	Date d'accident
3.24.1	Date d'admission
3.43.2	Date de début de la condition de séjour (À venir)
3.43.3	Date de fin de la condition de séjour (À venir)
3.35.2.1	Date de l'intervention
3.11	Date de naissance
3.25.1	Date de sortie
3.35.2.3	Date de sortie de la salle d'opération
3.3	Date de transmission
3.23	Date d'inscription à l'urgence
3.38	Décès
3.32.2	Diagnostic (autres diagnostics)
3.31.6	Diagnostic (service)
3.24.3	Diagnostic d'admission
3.30	Diagnostic principal
3.33.2	Domaine de consultation
3.41	Durée de gestation
3.18	État civil
3.24.2	Heure d'admission
3.35.2.2	Heure de l'intervention

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.25.2	Heure de sortie
3.35.2.4	Heure de sortie de la salle d'opération
3.9	Identification
3.35.4	Intervention
3.35.3	Lieu de l'intervention
3.15	Lieu de naissance
3.40	Masse à la naissance
3.37.5.3	Mode de diagnostic
3.37.5.2	Morphologie de la tumeur
3.39	Mortinaissance
3.43	Niveau de soins alternatif (À venir)
3.37.3	Nom de la mère à la naissance
3.9.2	Nom de l'utilisateur
3.37.1	Nom du père
3.35.5	Nombre d'interventions
3.31.5	Nombre de jours (service)
3.36.2	Nombre de jours (soins intensifs)
3.26	Nombre de jours de congé temporaire
3.39.1	Nombre de mortinaissances
3.39.2	Nombre de mortinaissances autopsiées
3.34	Nombre total de consultations
3.10	Nouveau-né

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.5	Numéro de dossier médical
3.42	Numéro de dossier médical de la mère
3.01	Numéro de l'abrégé
3.4	Numéro d'admission
3.9.1	Numéro d'assurance maladie
3.1	Période financière
3.9.3	Prénom de l'utilisateur
3.37.4	Prénom de la mère
3.37.2	Prénom du père
3.32.1	Référence service (autres diagnostics)
3.33.1	Référence service (consultation)
3.35.1	Référence service (traitement)
3.16	Responsabilité de paiement
3.27	Séjour total
3.31	Service
3.12	Sexe
3.36	Soins intensifs
3.25	Sortie
3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
3.31.4	Spécialité du médecin (service)
3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.02	Statut de l'abrégé
3.35.8	Statut de résidence du médecin (anesthésie)
3.31.3	Statut de résidence du médecin (service)
3.35.6	Statut de résidence du médecin (traitement)
3.35.10	Technique d'anesthésie
3.37.5.1	Topographie de la tumeur
3.35	Traitement
3.37	Tumeur
3.8	Type d'admission
3.43.1	Type de condition de séjour (À venir)
3.38.2	Type de décès
3.29	Type de destination
3.22	Type de provenance
3.31.2	Type de séjour
3.7	Type de soins
3.2	Type de transaction

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.0 Abrégé MED-ÉCHO

ÉLÉMENT Informations sur l'abrégué

DÉFINITION Informations générées par le système relatives aux transactions de l'abrégué. Ces informations sont uniquement communiquées lors de la transmission préliminaire.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire. Le bloc «abrégué MED-ÉCHO» comprend deux informations :

- 1) Numéro de l'abrégué ;
- 2) Statut de l'abrégué.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.01 Numéro de l'abrégé

ÉLÉMENT	Numéro de l'abrégé
FORMAT	10 - Numérique
DÉFINITION	Numéro séquentiel attribué par l'application locale pour chaque abrégé MED-ÉCHO.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et uniquement communiquée lors de la transmission préliminaire. (Ce numéro est attribué à partir du chiffre 1 lors de l'implantation de l'application.)

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.02 Statut de l'abrégé

ÉLÉMENT	Statut de l'abrégé
FORMAT	1- Alphabétique
DÉFINITION	Statut indiquant la nature de l'abrégé
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire lorsqu'il y a suppression d'un abrégé. Cet élément est uniquement communiqué lors de la transmission préliminaire. D- Détruit

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.2 Type de transaction

ÉLÉMENT	Type de transaction.
FORMAT	1 — numérique.
DÉFINITION	Code indiquant la nature de la transaction soumise.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire pour la transmission régulière et peut prendre les valeurs suivantes :</p> <p>1) annulation : destruction d'un abrégé soumis antérieurement à MED-ÉCHO ;</p> <p>2) remplacement : transmission d'un abrégé modifié qui va remplacer un abrégé soumis antérieurement à MED-ÉCHO.</p> <p>3) création : enregistrement d'un abrégé dans MED-ÉCHO.</p>

PRÉCISIONS

A. ABRÉGÉ DE REMPLACEMENT

L'abrégé de remplacement (type de transaction 2) est utilisé pour la modification de certaines données d'un abrégé précédemment soumis. Il permet de modifier les valeurs d'un élément et d'ajouter ou d'enlever un élément.

Pour ce type de transaction, il suffit de transmettre les nouveaux renseignements en utilisant le type de transaction 2.

Toutefois, les éléments suivants, qui sont des clés de raccordement pour retracer un abrégé, ne peuvent pas être modifiés par ce type de transaction :

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

Pour apporter une modification à l'un ou l'autre de ces éléments, il faut d'abord procéder à une annulation (type de transaction 1) qu'on fait suivre d'une création.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.2 Type de transaction

B. ABRÉGÉ D'ANNULATION

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.8 Type d'admission

ÉLÉMENT	Type d'admission
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code utilisé pour indiquer le degré d'urgence de l'admission de l'utilisateur au centre hospitalier. Il sert aussi à catégoriser distinctement les cas d'obstétrique et les nouveau-nés.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :</p> <p>1 : admission urgente : usager dont l'admission au centre hospitalier ne peut être retardée au risque de compromettre sa vie ou d'aggraver sérieusement sa maladie ;</p> <p>2 : admission semi-urgente : usager dont l'admission au centre hospitalier ne peut être retardée de plus de jours que le nombre indiqué sur le formulaire de demande d'admission sans risque de compromettre sa vie ou d'aggraver sérieusement sa maladie ;</p> <p>3 : admission non urgente : usager pour lequel un retard d'admission au centre hospitalier n'aggrave pas sérieusement sa maladie ;</p> <p>4 : admission en obstétrique : patiente qui se présente pour accoucher et toute patiente qui accouche au centre hospitalier ;</p> <p>5 : admission d'un nouveau-né : enfant né à l'installation ;</p> <p>7 : admission pour protection : admission en psychiatrie relative à la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en vertu de la Cour Civile ou l'autorisation judiciaire de soins par la Cour Supérieure</p> <p>Ex : garde préventive ; garde provisoire ; garde autorisée ; ordonnance de soins.</p> <p>8 : admission pour évaluation : admission en psychiatrie d'un prévenu ou d'un détenu visé par une ordonnance d'évaluation de l'état mental en vertu du Code criminel.</p>

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.8 Type d'admission

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

Ex . : décision de détention ;
ordonnance de placement.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

ÉLÉMENT	Type de destination
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser le type de lieu vers lequel est dirigé l'utilisateur après son hospitalisation.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire.</p> <p>Les valeurs permises sont :</p> <p>01 : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques ; 03 : centre d'hébergement et de soins de longue durée ; 09 : centre hospitalier de soins (physiques et psychiatriques) de courte durée, hors province ; 10 : centre d'hébergement et de soins (physiques et psychiatriques) de longue durée, hors province ; 13 : centre de réadaptation ; 17 : domicile avec services du CLSC (incluant les dispensaires) ; 21 : domicile ; 29 : soins <i>post-mortem</i> ; 30 : maison funéraire ou autre CH pour prélèvement d'organes ; 31 : départ sans autorisation ; 33 : domicile avec services en médecine de jour ; 34 : maison funéraire après prélèvement d'organes ; 40 : autres ressources d'hébergement ; 60 : maison des naissances/ services sage-femme ; 61 : maison de soins palliatifs.</p>
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">1) Le type de destination doit correspondre au « code de l'installation de destination » contenu dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO ;2) Pour les détenus fédéraux ou provinciaux, inscrire la valeur 21 (domicile) ;3) La valeur 17 (domicile avec services du CLSC) s'applique à un usager qui quitte pour son domicile, mais qui doit recevoir des services assurés par un CLSC. À cet effet, une note ou un formulaire de demande de services avec un CLSC figure au dossier de l'utilisateur, note ou formulaire précisant la raison pour laquelle le CLSC doit intervenir ainsi que le service requis. Que le service soit effectivement rendu ou non par le CLSC ;

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

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

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.2 Type de séjour

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

CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

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

CHAPITRE 4 Validation

Division Table des matières

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

CHAPITRE 4 Validation

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

A	ON NE DEVRAIT PAS RETROUVER...
A-17	On ne devrait pas retrouver un code de diagnostic O34.20_ en présence d'un code d'accouchement par voie vaginale 5.MD.5^.^^. Le code O75.7 devrait être saisi tel que mentionné à l'exclusion du code O34.20
A-18	On ne devrait pas retrouver deux codes d'intervention (accouchement) 5.MD.5^.^^ et 5.MD.60.^.^ lorsqu'il y a seulement une masse à la naissance de renseignée
A-19	On ne devrait pas retrouver en diagnostic principal un de ces diagnostics J10.0, J11.0, J12._, J13, J14, J15._, J16._ ou J18._ lorsque le code J44.0 se trouve dans les autres diagnostics.

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

Avec un diagnostic égal à R94.30 ou R94.31, on doit aussi retrouver un code commençant par I21.-, I22.- ou égal à I24.0 en « diagnostic principal », dans un « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

- 2S** **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par Z37.0__ et Z37.1__, seule la première masse à la naissance doit être remplie, les 2 autres masses doivent être nulles sauf s'il y a présence d'un diagnostic commençant par O03.__, O04.__, O05.__ ou O31.1__.

Avec un diagnostic commençant par Z37.2__, Z37.3__ et Z37.4__, les 2 premières masses à la naissance doivent être remplies et la troisième masse doit être nulle sauf s'il y a présence d'un diagnostic commençant par O03.__, O04.__, O05.__ ou O31.1__.

Avec un diagnostic commençant par Z37.5__, Z37.6__ et Z37.7__, les 3 masses à la naissance doivent être remplies.

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 2I** Les trois premiers « autres diagnostics » correspondant à des codes de tumeur différents (compris entre C00 et D09 ou entre D32 et D33 ou entre D35.2 à D35.4 ou entre D37 et D48), doivent obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur », à moins que tous les espaces du bloc « code de tumeur » ne soient occupés en priorité par le « diagnostic principal » et des « diagnostics (service) ».

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

- 2J** Avec un diagnostic commençant par la lettre S ou T on doit retrouver un code de cause externe de traumatisme compris entre V01 et Y98 dans le « code d'accident » ou un des « autres diagnostics ». Ce code doit avoir la valeur A dans « caractéristique du diagnostic » lorsque la cause externe est codée dans « autre diagnostic » sauf si un code de cause externe de traumatisme a déjà été codé dans le « code d'accident » ou dans l'un des « autres diagnostics ».
- 2Q** **AVERTISSEMENT** - Si le code de diagnostic correspond à un code de cause externe de traumatisme (valeur est comprise entre V01 et Y89), celui-ci ne doit pas être égal au code de diagnostic de l'élément « code de cause extérieure d'accident ».

CARACTÉRISTIQUE DU DIAGNOSTIC

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

TUMEUR

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

- 16R** Le diagnostic du premier service transmis doit être identique au « diagnostic principal ».
- 16S** Avec un « diagnostic (service) » commençant par Z37, la « durée de gestation » doit être inscrite et une des zones « masse à la naissance » doit être remplie.
- 16T** Avec un diagnostic commençant par I21.-, I22.- ou égal à I24.0, on doit aussi retrouver un code égal à R94.30, R94.31 ou R94.38 en « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

Avec un diagnostic égal à R94.30 ou R94.31, on doit aussi retrouver un code commençant par I21.-, I22.- ou égal à I24.0 en « diagnostic principal », dans un « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

- 16U** **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par Z37.0__ et Z37.1__, seule la première masse à la naissance doit être remplie, les 2 autres masses doivent être nulles sauf s'il y a présence d'un diagnostic commençant par O03._, O04._, O05._ ou O31.1__.

Avec un diagnostic commençant par Z37.2__, Z37.3__ et Z37.4__, les 2 premières masses à la naissance doivent être remplies et la troisième masse doit être nulle sauf s'il y a présence d'un diagnostic commençant par O03._, O04._, O05._ ou O31.1__.

Avec un diagnostic commençant par Z37.5__, Z37.6__ et Z37.7__, les 3 masses à la naissance doivent être remplies.

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- 16H** Si un, deux ou trois « diagnostics (service) » correspondent à des codes de tumeur différents (compris entre C00 et D09 ou entre D32 à D33 ou entre D35.2 à D35.4 ou entre D37 et D48), ils doivent figurer dans « topographie de la tumeur ».

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

- 16J** Un code de cause extérieure de traumatisme (de V01 à Y98) ne peut pas être utilisé comme diagnostic (service).

CODE DU SERVICE

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

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

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

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

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.18 Traitement

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN (ANESTHÉSIE)

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

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

RÉFÉRENCE SERVICE

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

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

STATUT DE RÉSIDENCE DU MÉDECIN (TRAITEMENT)

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

DATE DE L'INTERVENTION

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

DIAGNOSTICS

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

CHAPITRE 4 VALIDATION

Division 4.18 Traitement

CODE D'INTERVENTION

18F Avec un code d'intervention commençant par 2ZZ02, 6_, 7_, 8_ ou C_ le lieu de l'intervention, le statut de résidence du médecin (traitement), la spécialité du médecin (traitement) et la technique d'anesthésie peuvent être absents.

Avec un code d'intervention commençant par 1_, 2_ (sauf 2ZZ02), 3_ et 5_ le lieu de l'intervention, le statut de résidence du médecin (traitement), la spécialité du médecin (traitement) et la technique d'anesthésie doivent être présents.

TECHNIQUE D'ANESTHÉSIE

18G **AVERTISSEMENT** – Une technique d'anesthésie 99 (aucune anesthésie) ne doit pas être utilisée pour un accouchement 5.MD.5^.^ ou 5.MD.60.^ lorsqu'il y a le code d'intervention 5.LD.20.HA.P1.

18H **AVERTISSEMENT** – Une technique d'anesthésie peu fréquente 13 (hypnose) ou 14 (acupuncture) doit être vérifiée.

DATES ET HEURES DE L'INTERVENTION

18I Les valeurs « date de sortie de la salle d'opération » et « heure de sortie de la salle d'opération » sont saisies dans une même séquence, si une d'entre elles est saisie l'autre est obligatoire.

18J Lorsque les valeurs « date de sortie de la salle d'opération » et « heure de sortie de la salle d'opération » sont saisies la valeur heure de l'intervention est obligatoire »

18K Lorsque les valeurs « date de sortie de la salle d'opération »/« heure de sortie de la salle d'opération » sont présentes, elles doivent être supérieures ou égales aux valeurs « date de l'intervention »/« heure de l'intervention ».

18L **AVERTISSEMENT** – Si le délai entre les valeurs « date de l'intervention »/« heure de l'Intervention » et « date de sortie de la salle d'opération »/« heure de sortie de la salle d'opération » est plus grand que 24 heures, un message d'avertissement s'affiche.

CHAPITRE 5 Tables de validation et de description de données

Division Table des matières

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.4 Code géographique

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

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

X = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

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

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

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

A = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

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

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

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

A = Alphanumérique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.10 Code postal/code municipal (comprimés)

CARACTÈRE TECHNIQUE

Table sur support électronique.

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

A = Alphabétique
(n) = Nombre de caractère

9 = Numérique

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

A REGROUPEMENT DES DONNÉES SUR LES SERVICES

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

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

Ex. : Dans le tableau de la page (5), les 3^e et 5^e services enregistrés ont un code 19 du Ministère et une valeur 0 pour le « type de séjour » ; la somme des valeurs de « nombre de jours » (7 + 3) est attribué au 5^e service, puisqu'il s'agit du dernier service enregistré dans cette catégorie.

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

EXCEPTION : Si le « diagnostic (service) » Z51.5 est présent, celui-ci doit obligatoirement faire partie des services retenus lors du regroupement. Les mêmes règles s'appliquent, le regroupement doit être effectué si le service MSSS est identique.

Ex : Dans le tableau de la page (5), le 11^e service est transmis en priorité étant donné que ce service est associé au diagnostic Z51.5.

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

Ex. : Dans l'exemple qui précède, le code I30.9 du 6^e service correspond à un « diagnostic (service) » non transmis; il sera donc entré comme « autre diagnostic » pour ne pas être perdu. Quant au « diagnostic (service) » du 8^e service qui est en double, il sera tout simplement éliminé.

B REGROUPEMENT DES DONNÉES POUR LES SOINS INTENSIFS

S'il y a plus de trois séjours différents aux soins intensifs, transmettre en premier les deux séjours dont le nombre de jours est le plus élevé.

Pour les séjours restants, effectuer la somme du nombre de jours et les imputer au code de l'unité ayant le nombre de jours le plus élevé, parmi ces séjours restants.

Un exemple de la façon de regrouper se trouve au tableau de la page 6.

C PRIORITÉ DANS LA TRANSMISSION DE CERTAINES INFORMATIONS

1) Services

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

- le service dont le « diagnostic (service) » correspond au « diagnostic principal » (le 1^{er} service dans le tableau de la p. 5)
- le service dont le « type de séjour » a une valeur 3, le cas échéant ; (le 10^e service dans le tableau de la p.5).
- le service dont le « diagnostic (service) » est Z51.5 (le 11^e service dans le tableau de la page 5)

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

- les autres services selon l'ordre décroissant des valeurs « nombre de jours » (le 5^e service dans le tableau de la p. 5)

Les diagnostics non transmis sont conservés comme « autres diagnostics ». (diagnostics des 2^e, 4^e, 6^e et 9^e services du tableau) et les doubles sont éliminés par les regroupements. (voir le tableau de la p.5 (diagnostics des 7^e et 8^e services du tableau).

2) Autres diagnostics

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

- les « diagnostics (service) » qui ont été reportés dans « autres diagnostics » ;
- les diagnostics ayant la valeur 1 (complication), 2 (infection) et A (cause externe à l'origine d'un traumatisme) pour « caractéristique du diagnostic (autres diagnostics) » ;
- les codes de diagnostics correspondant à des tumeurs (c'est-à-dire ceux qui sont compris entre C00 et D09 inclusivement, entre D32 et D33, entre D35.2 et D35.4 et entre D37 et D48 inclusivement);
- la cause de décès
- les codes de diagnostics commençant par R94.3_
- les autres diagnostics selon leur ordre chronologique.
- le diagnostic commençant par U98 doit être transmis en dernier
- les diagnostics ayant la valeur 9 (à l'usage du C.H.) pour « caractéristique du diagnostic (autres diagnostics) » ne doivent pas être transmis

3) Consultation médicale

Les neufs premières consultations doivent être transmises.

4) Traitement

Un maximum de trente-cinq traitements sont transmis dans l'ordre suivant :

- Selon l'ordre de présentation ;
- Les traitements ayant la valeur 00 dans «nombre d'interventions» doivent être transmis en dernier.

5) Soins intensifs

Un maximum de trois séjours sont transmis. S'il y a plus de trois séjours, un regroupement doit être effectué tel que mentionné à la section B et dans l'exemple de la page 6.

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

6) Code de tumeur

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

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

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

- le « diagnostic principal » ;
- Le site primaire du cancer (codes de C00 à C76 ou C80 à C96 ou D00 à D09 ou D32 à D33 ou D35.2 à D35.4 ou D37 à D48) codé en « diagnostic (service) » ;
- Les métastases (C77 à C79) codées en « diagnostic (service) » ;
- Le site primaire du cancer (codes de C00 à C76 ou C80 à C96 ou D00 à D09 ou D32 à D33 ou D35.2 à D35.4 ou D37 à D48) codé en « autres diagnostics » ;
- les « diagnostics (service) » dont la valeur de « type de séjour » est différente de 3 ;
- les « autres diagnostics » ;
- le « diagnostic (service) » dont la valeur de « type de séjour » est 3.

7) Masse à la naissance

Les trois premières masses enregistrées sont transmises.

8) Référence service

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

Exemple de regroupement des séjours/services

Installation							Regroupement				
No	Début	Nb de jours	Type de séjour	Diagnostic	Code de serv. Install.	Code de serv. MSSS	Nb de Jours	Type de séjour	Diagnostic	Code de serv. MSSS	Priorité de transmission
1	2006.01.01	2	0	F03 P	94	24	5	0	F03 P	24	1
2	2006.01.03	2	0	F03 -	96	24					
3	2006.01.05	7	0	K35.8 -	97	19					
4	2006.01.12	1	3	G37.9 *	89	89					
5	2006.01.13	3	0	K35.8	98	19	10	0	K35.8	19	4
6	2006.01.16	4	0	I30.9	92	19	4	0	I30.9*	19	non transmis
7	2006.01.21	1	0	F03 -	96	24					
8	2006.01.22	10	0	I30.9	44	07	10	0	I30.9-	07	non transmis
9	2006.02.01	2	0	K22.9	43	07	2	0	K22.9*	07	non transmis
10	2006.02.03	25	3	G81.99	43	07	26	3	G81.99	07	2
11	2006.02.28	12	0	Z51.5	85	85	12	0	Z51.5	85	3

NOTES : P = « Diagnostic principal ».

* = « Diagnostics (service) » à transférer dans « autres diagnostics ».

- = « Diagnostic (service) » qui ne sont pas retenus.

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

Exemple de regroupement des séjours aux soins intensifs

		Regroupement	
Code de l'unité	Nombre de jours	Code de l'unité	Nombre de jours
06	20	06	35
01	10	06	25
06	25	06	30
06	35		

D TRANSMISSION DES ÉPISODES DE SOINS À LA BANQUE MINISTÉRIELLE

1) Sélection d'épisodes à transmettre

Le centre hospitalier devra avoir la possibilité de transmettre à la banque ministérielle l'ensemble des épisodes de soins valides, ou uniquement certains épisodes de soins valides, qu'il aura sélectionnés au préalable.

Tous les épisodes de soins qui sont transmis doivent être valides et doivent respecter les spécifications du cadre normatif notamment en ce qui concerne le type de transaction et la date de transmission.

2) Bloc traitement (3.35)

Pour chaque date d'intervention, si l'heure de début est codée par l'archiviste, celle-ci doit être transmise, selon les précisions contenues dans la documentation remise aux fournisseurs d'application locale.

E TRANSMISSION DES HEURES NON RENSEIGNÉES

Lorsqu'un champ qui représente l'heure dans l'application local est laissée à blanc. La banque centrale doit recevoir un champ non renseigné, ce champ ne doit pas être initialisé par exemple avec le chiffre 0.

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.3 Transmission préliminaire de certaines données
MED-ÉCHO

DÉFINITION Pour chaque abrégé, une transmission préliminaire de certains éléments doit être effectuée.

FORMAT Selon le format et les valeurs permises au chapitre 3.

DESCRIPTION Le tableau suivant contient la liste des éléments visés par la transmission préliminaire.

No de l'élément	Nom de l'élément
3.01	Numéro d'abrégé
3.02	Statut d'abrégé
3.1	Période financière
3.3	Date de transmission
3.4	Numéro d'admission
3.5	Numéro de dossier médical
3.6	Code de l'installation
3.7	Type de soins
3.8	Type d'admission
3.9.1	NAM
3.9.2	Nom de l'utilisateur
3.9.3	Prénom de l'utilisateur
3.10	Nouveau-né
3.11	Date de naissance
3.12	Sexe
3.13	Code postal de l'utilisateur
3.14	Code géographique de l'utilisateur
3.16	Responsabilité de paiement
3.19	Date d'accident
3.22	Type de provenance
3.23	Date d'inscription à l'urgence
3.24.1	Date d'admission
3.24.2	Heure d'admission
3.24.3	Diagnostic d'admission
3.25.1	Date de sortie

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.3 Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO

No de l'élément	Nom de l'élément
3.25.2	Heure de sortie
3.27	Séjour total
3.29	Type de destination
3.30	Diagnostic principal
3.31.1	Code du service
3.31.2	Type de séjour
3.36.1	Code de l'unité de soins intensifs
3.36.2	Nombre de jours (durée du séjour)
3.42	Numéro de dossier médical de la mère
3.43.1	Type de condition de séjour
3.43.2	Date de début de la condition de séjour
3.43.3	Date de fin de la condition de séjour ¹

PRÉCISIONS

L'application MED-ÉCHO doit permettre de déclencher, de façon automatique, une transmission préliminaire à partir de paramètres sélectionnés par le représentant du centre hospitalier. Ces paramètres sont relatifs au moment (date et heure) et à la fréquence de la transmission (journalière ou hebdomadaire).

Chaque abrégé fait l'objet de plus d'une transmission : dès l'admission de l'usager, lors de l'inscription d'une valeur dans la division 3.43 « Niveau de soins alternatifs », au moment de son départ et lorsqu'il y a un changement dans la valeur d'un élément contenu dans le tableau précédent.

La transmission préliminaire cesse lorsque l'abrégé est transmis de façon finale à la RAMQ, conformément à la section 6.1 et 6.2.

Les données sur les services sont entrées dans l'ordre chronologique de leur fréquentation par l'usager. Seul le dernier code de service (le plus récent), est transmis et celui-ci doit respecter les valeurs prévues à la section 3.31.1 du cadre normatif.

La dernière valeur de l'élément « code de l'unité de soins intensifs » ainsi que le nombre de jours associé sont transmis.

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.3 Transmission préliminaire de certaines données
MED-ÉCHO

Les données de la division 3.43 « Niveau de soins alternatifs » sont entrées par ordre chronologique de date et ce sont les valeurs qui se retrouvent dans le dernier enregistrement qui sont transmises.