CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED-ÉCHO

(**M**aintenance et **e**xploitation des **d**onnées pour l'**é**tude de la **c**lientèle **ho**spitalière)

Octobre 1987

Révision : Avril 2023

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987 RÉVISION : AVRIL 2023

NOTE

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

Table générale des matières

Introduction

Mise à jour

Chapitre 1	Présentations
Chapitre 2	Information générale
Chapitre 3	Description des éléments
Chapitre 4	Validation
Chapitre 5	Tables pour la validation des données
Chapitre 6	Transmission des données au MSSS
Chapitre 7	Rapports médico-hospitaliers et références

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

MISE À JOUR

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

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION	
		3.38.1	Cause immédiate du décès
2006-04-01	Nouvelle division	2.5	Précisions aux fournisseurs
2006-04-01	Ajout d'éléments	3.9.2	Nom de l'usager
		3.9.3	Prénom de l'usager
		3.20.2	Code de lieu d'accident
		3.24.2	Heure d'admission
		3.24.3	Diagnostic d'admission
		3.25.2	Heure de sortie
		3.35.4.2	Attribut de situation
		3.35.4.3	Attribut de lieu
		3.35.4.4	Attribut d'étendue
		3.37.1	Nom du père
		3.37.4	Prénom de la mère
2006-04-01	Augmentation nombre diagnostics	3.32	Autres diagnostics
2006-04-01	Augmentation nombre traitements	3.35	Traitements
2006-04-01	Ajout de domaines de valeur	3.32.3	Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)
		3.37.5.2	Morphologie de la tumeur
2006-04-01	Modification de la transmission	3.32.3	Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)
		3.37.2	Prénom du père
		3.37.3	Nom de la mère
2006-04-01	Modification du format	3.20.1	Code de cause extérieure d'accident
		3.30	Diagnostic principal
		3.31.6	Diagnostic (service)
		3.31.7	Caractéristique du diagnostic (service)
		3.32.2	Diagnostics (autres diagnostics)
		3.32.3	Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)
		3.35.4.1	Code de l'intervention
		3.37.5.1	Topographie de la tumeur
		3.37.5.2	Morphologie de la tumeur
		3.38.1	Cause immédiate du décès
2006-04-01	Retrait de validations[1]	4.2G	Autres diagnostics
		4.6D	Date de sortie
		4.10C	Diagnostic principal
		4.16F	Service
		4.22D	Type de soins et code de l'installation
		4.22F	Type de soins et code de l'installation
2006-04-01	Nouvelles validations	4.2F	Autres diagnostics
		4.2G	Autres diagnostics
		4.2J	Autres diagnostics
		4.2K	Autres diagnostics
		4.2L	Autres diagnostics
		4.3B	Code de cause extérieure d'accident
		4.6D	Date et heure de sortie

1. Numérotation applicable à la version de 2004 du cadre normatif.

MISE À JOUR

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION	
2006-04-01	Nouvelles validations	4.10C à 4.10L	Diagnostic principal
		4.14E	Nouveau-né
		4.16F	Service
		4.16G	Service
		4.16I	Service
		4.16J	Service
		4.16N	Service
		4.18E	Traitement
		4.19E à 4.19G	Tumeur
2006-04-01	Modification de validations	4.2B à 4.2E	Autres diagnostics
		4.2H	Autres diagnostics
		4.2I	Autres diagnostics
		4.3A	Code de cause extérieure d'accident
		4.6C	Date et heure de sortie
		4.10B	Diagnostic principal
		4.12C	Mortinaissance
		4.14B	Nouveau-né
		4.14I	Nouveau-né
		4.16B à 4.16E	Service
		4.16H	Service
		4.19A à 4.19D	Tumeur
		4.22D	Type de soins et de code de l'installation
		4.23D	Type d'admission
2006-04-01	Remplacement de la table de validation 5.1 par 5.1.1	5.1.1	Table de validation des diagnostics
2006-04-01	Remplacement de la table de validation 5.3 par 5.3.1	5.3.1	Table de validation des traitements
2006-04-01	Ajout au domaine de valeur de la validation selon le sexe	5.1.1	Table de validation des diagnostics
		5.3.1	Table de validation des traitements
2006-04-01	Ajout table de titres diagnostics	5.1.2	Table de titres des diagnostics
2006-04-01	Ajout table de titres de catégories	5.1.3	Table de titres des catégories
2006-04-01	Ajout table de titres de chapitres et regroupements	5.1.4	Table de titres des chapitres et regroupements
2006-04-01	Ajout table de titres traitements	5.3.2	Table de titres des traitements
2006-04-01	Ajout table de titres de rubriques	5.3.3	Table de titres des traitements

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

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

MISE À JOUR

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION	
2010-04-01	Format de tables	5.1.1	Table de validation des diagnostics
		5.2	Morphologie des tumeurs
		5.3.1	Table de validation des interventions
2011-04-01	Nouvelles validations	4.ii	Diagnostics et interventions
		4.20B	Type de destination
		4.22H	Type de soins
		5.1.1	Table des diagnostics
2011-04-01	Modification de validations	4.2I, 4.10U, 4.16H, 4.19ABC et G	Topographie de la tumeur
		3.30 et 4.10K	Diagnostic principal
		4.13A	Nombre de jours de congé temporaire
2011-04-01	Ajout de domaine de valeur	3.29	Type de destination (60)
		3.31.1	Code de service (42)
2011-04-01	Précision au texte	2.4	Abrégé informatisé d'admission/sortie
		2.5G	Précisions aux fournisseurs
		3.37	Tumeur
		3.37.5.2	Morphologie de la tumeur
2011-04-01	Transmission d'éléments	3.9.2	Nom de l'usager
		3.9.3	Prénom de l'usager
2011-04-01	Codes de diagnostics à transmettre		
		3.37.5.1	Topographie de la tumeur
2011-04-01	Modification priorité de transmission	6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ
2012-04-01	Nouvelle validation	4.2Q	Autres diagnostics
2012-04-01	Modification de validations	4.4 A et B	Code géographique
		4.2I, 4.10U, 4.16H 4.19A,C et G	Topographie de la tumeur
2012-04-01	Précision au texte	3.26	Nombre de jours de congé temporaire
2012-04-01	Modification du libellé	3.16	Responsabilité de paiement (12)
		3.31.1	Code de service (42)
2012-04-01	Modification aux codes de spécialité du médecin	3.31.4	Spécialité du médecin (service)
		3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
		3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
		3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)

MISE À JOUR

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION	
2012-04-01	Codes de diagnostics à transmettre	3.37.5.1	Topographie de la tumeur
2012-04-01	Modification de la transmission	6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ Retrait du terme traitement principal
2012-04-01	Modification du format	3.9.2	Nom de l'usager
		3.9.3	Prénom de l'usager
		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
2013-04-01	Nouvelles validations	4.2R	Autres diagnostics
		4.10X	Diagnostic principal
		4.16T	Service
2013-04-01	Modification de validations	4.19G	Tumeur
2013-04-01	Précision au texte	2.4	Abrégé informatisé d'admission/sortie
		3.1	Période financière
2013-04-01	Modification du libellé	3.22	Type de provenance
		3.29	Type de destination
2013-04-01	Ajout d'éléments	6	Transmission des données
		6.3	Transmission préliminaire de certaines données
		6.4	Guide sur la transmission préliminaire de certaines données
2014-04-01	Nouvelles validations	4.14K	Nouveau-né
		4.30A	Code postal de l'usage et type de provenance
2014-04-01	Modification de validations	4.1	Blocs à répétition
		4.18A	Traitement
		4.18F	Traitement
		3.35	Traitement
		3.35.3	Lieu de l'intervention
		3.35.6	Statut de résidence du médecin
		3.35.7	Spécialité du médecin
		3.35.10	Technique d'anesthésie
		4.3A	Code de cause extérieure d'accident
2014-04-01	Modification de définition	2.4	Abrégé informatisé d'admission/sortie
		3.16	Responsabilité de paiement
2014-04-01	Modification à la transmission	6.1	Modifications techniques apportées à la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ
		6.2C	Transmission prioritaire de certains abrégés

MISE À JOUR

DATE	RAISON		CHAPITRE / DIVISION
2014-06-01	Modification de libellés	3.31.4	Spécialité du médecin (service)
		3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
		3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
		3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
2015-04-01	Ajout de valeurs	3.37.5.3	Mode de diagnostic de la tumeur
2015-04-01	Nouvelles validations	4.ii	Diagnostics et interventions
2015-04-01	Modification de validations	3.9.2	Nom de l'usager
		3.9.3	Prénom de l'usager
		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
		3.35.3	Lieu de l'intervention
		3.35.6	Statut de résidence du médecin
		3.35.7	Spécialité du médecin
		4.9C	Décès
		4.18F	Traitement
2015-04-01	Modification de définition	3.38.2	Type de décès
2015-04-01	Modifications à la transmission	6.2-B	Soins intensifs
		6.2-C2	Autres diagnostics
		6.2-D2	Bloc traitement
2016-04-01	Ajout d'éléments	3.15	Lieu de naissance
		3.35	Traitement
		3.32	Autres diagnostics
		6.2-C2	Autres diagnostics
		6.2-C4	Traitement
2016-04-01	Nouvelles validations	4ii	Diagnostics et Interventions
		4.2S	Autres diagnostics
		4.16U	Service
		4.18H	Traitement
2016-04-01	Modifications de validations	3.9.3	Prénom de l'usager
		3.20.1	Code de cause extérieure d'accident
		3.20.2	Code de lieu d'accident
		4.3B	Code de cause extérieure d'accident
		4.19G	Tumeur
2016-04-01	Modification de libellé	3.16	Responsabilité de paiement
		4.14H	Nouveau-né
		4.15A	Responsabilité de paiement
2016-04-01	Modification de définition	3.19	Date d'accident
		3.20	Codes d'accident
		3.20.1	Code de cause extérieure d'accident

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)
		3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
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'usager
		3.9.3	Prénom de l'usager
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

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

MISE À JOUR

DATE	RAISON	CHAPITRE / DIVISION	
2018-04-01	Ajouts d'éléments	3.0	Abrégé MED-ÉCHO
		3.01	Numéro de l'abrégé
		3.02	Statut de l'abrégé
		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
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)
		6.3	Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2018-04-01	Nouvelles validations	4.ii	Diagnostics et interventions
		4.18	Traitement
2018-04-01	Modifications de validation	4.2	Autres diagnostics
		4.16	Services
2018-04-01	Modification à la transmission	6.2	Regroupement des données sur le service
2019-04-01	Ajout d'élément	3.43.4	[3]Nombre de jours (NSA)
2019-04-01	Modifications d'éléments	3.0	Abrégé MED-ÉCHO
		3.01	Numéro de l'abrégé
		3.31.1	Code du service
		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
		3.35.10	Technique d'anesthésie
		3.41	Durée de la gestation
		3.43	[3]Niveau de soins alternatif
		6.3	Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2019-04-01	Modifications de définition	3.8	Type d'admission
		3.26	Nombre de jours de congé temporaire
2019-04-01	Nouvelles validations	4.ii	Diagnostics et interventions
		4.18	Traitement
2019-04-01	Modification de validation	4.19	Tumeur

[3]Les précisions concernant ces éléments seront ajoutées ultérieurement

MISE À JOUR

DATE	RAISON	CHAPITRE/DIVISION	
2019-10-16	Modification de définition	3.39	Mortinaissance
		3.40	Masse à la naissance
2019-10-16	Modification de validation	4.12D	Mortinaissance
2020-04-01	Modifications d'éléments	3.31.4	Spécialité du médecin (service)
		3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
		3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
		3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
2020-04-01	Modifications de validations	4.ii	Diagnostics et interventions
2020-04-01	Intégration de la documentation	3.43	Niveau de soins alternatifs
		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
		3.43.4	Nombre de jours (NSA)
		5.13	Type de condition de séjour
2021-04-01	Ajouts d'éléments	3.03	Date de modification de l'abrégé
		3.04	Heure de modification de l'abrégé
2021-04-01	Modification d'éléments	3.0	Abrégé MED-ÉCHO
		3.4	Numéro d'admission
		3.15	Lieu de naissance
		3.18	État civil
		3.31.4	Spécialité du médecin (service)
		3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
		3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
		3.35.9	Spécialité du médecin (anesthésie)
		3.36	Soins intensifs
		3.40	Masse à la naissance
		5.11	Période financière
		6.3	Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2021-04-01	Modification de validations	4.18	Traitement
2022-04-01	Modification de définitions	3.24.3	Diagnostic d'admission
2022-04-01	Modification d'éléments	3.35.3	Lieu de l'intervention
		6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ
		6.3	Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2022-04-01	Modification de validations	4.18	Traitement
2023-04-01	Ajouts d'éléments	3.9.4	Adresse de l'usager
		3.35.2.5	Durée de l'intervention

		3.36.3	Date de début (Soins intensifs)
		3.36.4	Date de fin (Soins intensifs)
2023-04-01	Modification d’éléments	3.6	Code de l’installation
		3.15	Lieu de naissance
		3.35.3	Lieu de l’intervention
		3.35.5	Nombre d’interventions
		3.36	Soins intensifs
		3.36.2	Nombre de jours (Soins intensifs)
		3.43.1	Type de condition de séjour
		6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ
		6.3	Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2023-04-01	Modification de validations	4ii	Diagnostics et interventions
		4.17	Soins intensifs
		4.14	Nouveau-né

NOTE

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

Table générale des matières

Introduction

Mise à jour

Chapitre 1	Présentations
Chapitre 2	Information générale
Chapitre 3	Description des éléments
Chapitre 4	Validation
Chapitre 5	Tables pour la validation des données
Chapitre 6	Transmission des données au MSSS
Chapitre 7	Rapports médico-hospitaliers et références

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 1 Présentations

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
1.1	Présentation de l’édition de mars 1988
1.2	Présentation de la révision de mai 1992
1.3	Présentation de la révision de novembre 1997
1.4	Présentation de la révision d’avril 2006

CHAPITRE 1 Présentations

Division 1.1 Présentation de l'édition de mars 1988

En route vers l'autonomie locale…

Beaucoup de papier à l'entrée, beaucoup de papier à la sortie. Cette expression imagée illustre remarquablement bien le mode d'opération actuel du système MED-ÉCHO. Pour parodier, on pourrait dire que c'est la société du papier à son meilleur.

Plus explicitement, il y a lieu de dire que le cœur de MED-ÉCHO bat à un rythme passablement régulier. En effet, d'année en année, MED-ÉCHO reçoit et traite au-delà de 800 000 formulaires AH-101P et produit plus de 30 000 listes, index et rapports pour le seul secteur des archives médicales.

Bien que ces statistiques soient impressionnantes, elles suscitent des interrogations d'un autre ordre quand on les examine au regard de l'évolution rapide des technologies de l'information au cours de ces dernières années, dont l'un des faits saillants a été l'apparition du micro-ordinateur.

En effet, si la gestion centralisée du système MED-ÉCHO était de mise à l'époque où le gros ordinateur dominait la scène informatique, les nouvelles conditions d'exercice du support informationnel se prêtent moins bien à un tel mode de gestion.

À l'aube des années 80, des efforts ont été déployés en vue d'accroître la transmission des données MED-ÉCHO sur ruban magnétique. Ces efforts visant à informatiser les opérations de MED-ÉCHO à la source ont connu peu de succès, parce qu'ils s'appuyaient sur un simple transfert des opérations du central vers le local, d'où un strict déplacement de la charge de travail.

Néanmoins, il apparaissait paradoxal que ce mode de gestion centralisée persiste en dépit de l'informatisation grandissante des données des services d'admission des centres hospitaliers, quand il suffisait d'élargir la portée de cette évolution informatique pour lui faire couvrir l'ensemble de l'épisode de soins hospitaliers.

CHAPITRE 1

Division 1.2 Présentation de la révision de mai 1992

L'une des faiblesses marquantes du développement informatique mis en œuvre était son appui sur des démarches purement locales, d'où l'absence d'un plan d'ensemble et de stratégies globales.

C'est ainsi qu'est né le projet d'autonomie locale dont le nom officiel est «Système hospitalier de gestion des informations MED-ÉCHO». En plus de mettre l'accent sur l'informatisation à la source des informations de MED-ÉCHO, ce projet permet aussi de créer une banque de données locales, c'est-à-dire d'assurer à l'installation l'exploitation autonome de ses données. Cette approche, à la lumière des premières expériences tentées, constitue le point névralgique du projet, puisque le passage de la gestion centralisée à la gestion décentralisée doit s'appuyer sur un caractère utilitaire pour l'installation.

En même temps, ce projet permet d'assurer le développement de solutions informatiques locales dans un cadre de référence commun et à un coût abordable, dans l'esprit d'un effort de concertation de tous les intervenants.

Au cours de la réalisation de ce projet, le Ministère a conçu et développé le cadre normatif de MED-ÉCHO, dont la fonction est de présenter, d'une manière articulée et détaillée, les exigences rattachées à la banque centrale de données (la couverture du système, le contenu en données, la validation des données, etc.) et les spécifications informatiques et administratives pertinentes à la soumission des données au système MED-ÉCHO par l'intermédiaire de moyens informatiques.

Le cadre normatif est la pierre angulaire sur laquelle doit s'appuyer tout nouveau projet de développement informatique des installations visant leur autonomie à l'égard du système MED-ÉCHO.

Au-delà de la réalisation de ce projet, il convient de vous rappeler que le choix des fournisseurs informatiques relève de la stricte compétence des installations et que le marché du développement de logiciels MED-ÉCHO est ouvert à toutes les firmes informatiques intéressées.

Nous espérons que cette mise en commun des efforts aura pour effet de stimuler l'évolution vers la décentralisation du système MED-ÉCHO.

Cette révision du cadre normatif apporte des précisions additionnelles et des modifications au niveau des variables suivantes :

- masse à la naissance (demandée pour tous les enfants de moins de 29 jours de vie à l'admission) ;
- service (ajout d'un service) ;
- spécialité du médecin (ajout d'une spécialité) ;

— diagnostic (cinquième position pour le code 250 de CIM-9, diabète).

Veuillez noter que pour cette révision, les changements apportés aux texte ne tiennent pas compte de la nouvelle terminologie utilisée dans le projet de loi 120 « sur les services de la santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives ».

CHAPITRE 1

Division 1.3 Présentation de la révision de novembre 1997

Voilà qui est fait, les centres hospitaliers fonctionnent en autonomie locale.

Depuis avril 1996, les centres hospitaliers ont acquis ou créé une solution informatique leur permettant de capter et de traiter localement l'information sur les hospitalisations en soins de courte durée et en chirurgie d'un jour. De cette information recueillie depuis l'arrivée de l'usager jusqu'à son départ, les données qui, après consensus, présentaient un intérêt tant pour le MSSS que pour les centres hospitaliers sont extraites des fichiers locaux et transmises à la banque provinciale MED-ÉCHO.

Les données consignées dans le système proviennent donc des « centres hospitaliers », c'est-à-dire de chaque installation dont le permis implique une telle mission. Comme la mission de « centre hospitalier » couvre tous les types de soins de courte durée (les soins généraux, les soins spécialisés et les soins psychiatriques) , les modifications nécessaires ont été apportées au cadre normatif pour y inclure les spécifications propres aux centres hospitaliers ayant une spécialité ou une classe de soins psychiatriques. Ainsi, l'information sur les séjours hospitaliers en soins actifs, autant physiques que psychiatriques, sera emmagasinée dans la banque de données MED-ÉCHO.

Pour les centres hospitaliers psychiatriques, l'information sur les usagers hébergés ou traités en soins de longue durée sera aussi transmise à MED-ÉCHO. Pour ce groupe d'usagers, des directives ont été ajoutées au présent cadre normatif pour la collecte des données pertinentes et leur acheminement vers le système MED-ÉCHO. Ces données seront lues par le système MED-ÉCHO pour être ensuite transférées en totalité dans le fichier d'hygiène mentale. Les données ne seront pas conservées au fichier MED-ÉCHO, elles ne feront qu'y transiter avant d'être transférées dans leur fichier d'appartenance. Cette façon de procéder permettra aux centres hospitaliers psychiatriques de n'utiliser qu'un seul logiciel et de n'effectuer qu'une seule transmission périodique des données de leurs deux groupes d'usagers, celui des soins de courte durée et celui qui est hébergé ou en soins de longue durée. Pour ces centres, la « fiche d'admission/radiation » du fichier d'hygiène mentale et le « sommaire hebdomadaire du mouvement des usagers » seront abolis (formulaires AS-219 et AS-612).

Quant aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, ils n'auront plus à transmettre au système MED-ÉCHO l'information sur leurs usagers hébergés ou en soins de longue durée. D'ici le déploiement du système SICHELD (**s**ystème d'**i**nformation **c**lientèle en **c**entre d'**h**ébergement et **e**n soins de **l**ongue **d**urée) conçu pour la collecte d'information pour ce type d'usagers, les données les concernant seront traitées et conservées localement.

CHAPITRE 1

Division 1.3 Présentation de la révision de novembre 1997

Pour la présente version du cadre normatif, des valeurs ont été ajoutées ou enlevées aux éléments suivants :

- type d'admission ;
- types de provenance et de destination ;
- codes de services ;
- spécialité du médecin ;
- lieu du traitement .

D'autres modifications ont aussi été apportées au manuel afin d'en harmoniser la terminologie avec celle des textes de loi et des manuels de références. Les pages ainsi révisées portent la mention de mise en vigueur datée du 97-11-11.

Même si elles ne sont pas encore exigées, de nouvelle variables devront éventuellement être transmises au système MED-ÉCHO. Cependant, la date de leur entrée en vigueur n'a pas encore été arrêtée. Il s'agit des données suivants :

- heures d'admission et de sortie ;
- risque anesthésique ;
- temps opératoire ;
- grade de la tumeur ;
- stade de la tumeur ;
- nombre d'accouchements antérieurs* ;
- nombre d'avortements spontanés antérieurs* ;
- nombre d'avortements provoqués antérieurs*.

* Pour les séjours hospitaliers avec un diagnostic CIM-9 635.9 (avortement provoqué légal).

CHAPITRE 1

Division 1.4 Présentation de la révision d'avril 2006

La révision du cadre normatif pour 2006 a pour but d'implanter de nouvelles classifications médicales et de transférer le système MED-ÉCHO central dans l'environnement de la RAMQ.

Les classifications qui servent à coder les diagnostics et les traitements sont remplacées par des versions plus actuelles. La CIM-9 et la CCA sont respectivement remplacées par la dixième révision de la Classification internationale des maladies version canadienne (CIM-10-CA) et la Classification canadienne des interventions (CCI).

À l'occasion du redéveloppement du système central à la RAMQ, de nouvelles variables sont transmises au système central.

À compter du 1er avril 2006, le cadre normatif du système MED-ÉCHO fera l'objet de mise à jour annuelle : ajouts de codes, retraits de codes, ajouts de nouveaux éléments, modifications aux validations, etc. Le système MED-ÉCHO local devra supporter la version du cadre normatif en vigueur pour chaque année de référence. Ainsi, les tables et les validations sont applicables pour une année donnée et d'autres sont applicables pour une autre année.

Les pages qui ont été révisées pour la version 2006 sont identifiées par la date de révision. Lorsque des modifications mineures ont été apportées au texte, la date de révision n'a toutefois pas été modifiée.

Éléments ajoutés[1]

- Ajout d'un autre élément dans le cas d'accident : lieu de l'accident puisque la CIM-10-CA prévoit que le lieu est précisé dans un code distinct de celui de la cause externe.
- Le bloc traitement passe de 9 à 20 traitements.
- Dans chaque « bloc traitement » trois variables sont ajoutées pour coder les attributs de la CCI : attribut de situation, attribut de lieu et attribut d'étendue.
- Le prénom et le nom de l'usager doivent être acheminés pour tous les abrégés afin d'effectuer une meilleure validation des données d'identification.
- Le nom du père et le prénom de la mère dans les cas de tumeurs sont transmis.
- L'heure d'admission et l'heure de sortie doivent être acheminées.
- Le diagnostic d'admission tel que définit par le Collège des médecins du Québec dans son guide sur la tenue de dossiers et inscrit sur la feuille sommaire.
- Le bloc « autres diagnostics » passe de 15 à 25.

1. Pour l'ajout de certains éléments, une modification au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements est nécessaire.

Modifications des formats et ajout de domaines de valeur

- Les éléments référant à un diagnostic passent de 5 alphanumérique à 7 alphanumérique. Il s'agit des éléments : Diagnostic principal, diagnostic (service), diagnostic (autres diagnostics), cause immédiate de décès, code d'accident et topographie de la tumeur.
- L'élément code d'intervention passe de 5 numérique à 10 alphanumérique.
- L'élément morphologie de la tumeur passe de 5 numérique à 6 numérique.
- Les éléments « caractéristique du diagnostic » passent du format numérique au format alphanumérique et des domaines de valeur sont ajoutés pour « autres diagnostics ».

Validations et tables de validation

Les validations unitaires qui référaient à une des classifications ont été converties et de nouvelles validations sont introduites.

Les tables de validation 5.1.1, 5.2 et 5.3.1 sont effectuées à partir des nouvelles classifications. Les codes de chapitre et de la rubrique ont été retirés des tables 5.1.1 et 5.3.1 et sont disponibles par le biais de tables qui sont mentionnées dans la division des diagnostics ou celles des traitements.

Trois tables de validation des attributs et trois tables de description de ceux-ci sont ajoutées.

Des valeurs ont été ajoutées à la variable sexe des tables 5.1.1 et 5.3.1

Transmission des données

Le chapitre 6 sur la transmission de données a été revu en fonction du développement du système central.

Des modifications ont été effectuées aux normes de transmission lorsqu'on réfère à la caractéristique du diagnostic, aux noms et prénoms de l'usager, de son père et de sa mère.

Liens avec le fichier Hygiène mentale

Les références au fichier d'hygiène mental ont été retirées du cadre normatif. La transmission de ces données fait présentement l'objet d'une analyse. Comme il n'y a pas de décision définitive dans ce dossier, il est préférable de ne pas faire de développement pour supporter la classification CIM-10-CA. Toutefois, si l'application prévoit déjà la possibilité de transmettre ces données, il serait préférable de conserver les développements existants en CIM-9 car ceux-ci pourraient servir de base ultérieurement.

Modifications éventuelles

Après chaque diagnostic et chaque traitement, une variable (alphanumérique-1) sera éventuellement créée afin d'ajouter une précision. Cette variable serait validée par une table contenant le code valide, du diagnostic ou du traitement, et le code valide de la précision.

Le nombre total de jours comptabilisés à l'ensemble des unités de soins intensifs pourraient également être demandé.

Informations additionnelles

Pour toute information additionnelle concernant le cadre normatif MED-ÉCHO ou le système MED-ÉCHO, pour consultation ou rencontre, le service du soutien aux opérations de l'informationnel de la RAMQ demeure disponible. Il suffit de communiquer avec nous soit par téléphone, par télécopieur ou par écrit à l'adresse suivante :

Service de la gestion informationnelle des banques confiées – MED-ÉCHO
Direction de l'analyse et de la gestion de l'information
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, Grande Allée Ouest, Dépôt de courrier G558
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 418 682-5132
Télécopieur : 418 643-7381

CHAPITRE 2 Information générale

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
2.1	Rayonnement du système
2.2	Lexique
2.3	Particularités du système
2.4	Abrégé informatisé d’admission/sortie
2.5	Précisions pour les fournisseurs

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.1 Rayonnement du système

1) LES FOURNISSEURS DE DONNÉES

Le cadre normatif s'adresse aux installations dont le permis comprend la mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et de centre hospitalier de soins psychiatriques.

Pour ces centres hospitaliers, les données à transmettre se rapportent à tout usager :

1° admis en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;
2° admis en centre hospitalier de soins psychiatriques, à l'exclusion des places en hébergement et en soins de longue durée ;
3° inscrit en chirurgie d'un jour.

2) LES UTILISATEURS DE DONNÉES

La banque de données MED-ÉCHO est utilisée par le personnel du MSSS, le personnel du réseau et les chercheurs du domaine de la santé.

3) LIEN AVEC D' AUTRES SYSTÈMES D'INFORMATION

En plus de contenir de l'information clinique et administrative sur chaque séjour hospitalier en soins de courte durée, cet immense réservoir de données qu'est le système MED-ÉCHO sert aussi de fichier-source à d'autres banques, permettant ainsi de les actualiser, de les compléter ou encore de les commencer. Il donne à ces autres fichiers la possibilité d'obtenir de l'information de très haute qualité tout en libérant les installations de l'obligation de transmettre à nouveau les mêmes données.

a) **Lien avec le système canadien sur la morbidité hospitalière**

Annuellement, une partie de l'information contenue dans le système MED-ÉCHO, les données sociosanitaires et médicales plus précisément, est transmise au système canadien pour la création de la banque nationale sur la morbidité hospitalière. Chaque province participe à la constitution de cette banque à partir de laquelle un profil canadien des causes d'hospitalisation peut être dressé.

b) **Lien avec le fichier Québécois des DRG (diagnostics regroupés pour la gestion)**

Annuellement, les données nécessaires sont acheminées vers le logiciel Grouper pour la formation du fichier des DRG (diagnostics regroupés pour la gestion) et la production de rapports d'études et de publications comparatives à partir de ces données*. (Ce paragraphe sera adapté à la nouvelle situation lorsque le Ministère aura choisi le système de regroupement qu'il utilisera avec les nouvelles classifications).*

c) **Lien avec le fichier Québécois des tumeurs**

Le système MED-ÉCHO reçoit les transactions destinées au fichier de tumeurs du Québec. Ces données sont extraites dès leur réception et transférées immédiatement au fichier des tumeurs pour la création du fichier des nouveaux cas de cancer au Québec. Les données médicales d'oncologie sont aussi conservées dans le système MED-ÉCHO.

d) **Lien avec le fichier québécois des tierces responsabilités**

Mensuellement, l'information concernant les hospitalisations liées à un accident ou celles dont la responsabilité de paiement ne relèverait pas du MSSS est transmise au système des tierces responsabilités. Le MSSS a confié le mandat de la récupération de ces montants à la RAMQ.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.2 Lexique

Les définitions du présent lexique proviennent de différentes sources dont les textes de loi, les directives ministérielles et autres documents (voir l'annexe I). Pour une meilleure compréhension, les définitions ont été adaptées.

Abrégé d'admission/ sortie	Ensemble des informations à transmettre au système MED-ÉCHO pour chaque séjour hospitalier.
Admis	Statut d'une personne dans un CH ou en soins psychiatriques d'hébergement et de longue durée lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.
CCI	*Classification canadienne des interventions*
CH	Centre hospitalier
Chirurgie d'un jour	Ensemble d'activités structurées et organisées pour des interventions chirurgicales reposant sur des protocoles préopératoires et postopératoires, et qui sont destinées à des usagers inscrits qui se présentent à l'hôpital et reçoivent leur congé le jour même de l'intervention.
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada
CIM-O3	*Classification internationale des Maladies – Oncologie, 3e édition*. Seule la section morphologie de cette classification est utilisée dans le système MED-ÉCHO.
CLSC	Centre local de services communautaires.
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.
CR	Centre de réadaptation.
Date	Les dates sont présentées selon le système international (SI) : *annum* (année), *mensis* (mois), *dies* (jour).
Déplacement	Terme utilisé pour un usager admis qui est physiquement dirigé vers une autre installation du **même établissement** pour y être admis.

Ce terme est aussi utilisé pour indiquer qu'un usager est physiquement déplacé d'une unité d'un type de soins vers une unité d'un autre type de soins : chirurgie d'un jour, soins de courte durée, soins d'hébergement et de longue durée.

La notion de déplacement implique un mouvement de l'usager entre installations ou unités de soins à l'intérieur du **même établissement**.

Établissement

Entité légale et administrative qui exploite ou gère une ou plusieurs installations.

Fournisseurs du système MED-ÉCHO

Toutes les installations qui ont une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. L'activité des installations de cette classe doit être transmise au fichier MED-ÉCHO selon les directives du cadre normatif.

Toutes les installations qui ont une mission de centre hospitalier de soins psychiatriques. L'activité des installations de cette classe doit être transmise au fichier MED-ÉCHO selon les directives du cadre normatif.

Hôpital à domicile

Unité de soins extrahospitalière dotée d'éléments techniques limités.

Hospitalisation

Période définie par une date d'entrée et une date de sortie d'une personne pour le traitement d'un problème de santé nécessitant un séjour hospitalier. Pour certains centres hospitaliers, ce terme inclut l'hospitalisation à domicile (déplacement de la structure hospitalière au domicile du malade).

Inscrit

Statut d'une personne qui reçoit, dans un centre hospitalier, des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement, ou qui n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement. Pour le système MED-ÉCHO, il s'agit d'une personne inscrite en chirurgie d'un jour.

Installation

Entité physique où sont donnés des services de santé ou des services sociaux. Un établissement peut exploiter plusieurs installations.

Mission	Énoncé général du but de l'établissement, de sa raison d'être. Les missions possibles donnent lieu aux classes suivantes : — centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ; — centre hospitalier de soins psychiatriques ; — centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ; — centre de réadaptation (CR) ; — centre local de services communautaires (CLSC) ; — centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) .
Mouvement des usagers	Le mouvement des malades comprend le transfert, le déplacement et la référence (voir chacun de ces termes).
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux.
Permis ministériel	Permis délivré par le ministre indiquant la ou les classes déterminées selon la ou les missions et le type de l'établissement. Il indique aussi le numéro de l'établissement (siège social) et le numéro de chacune des installations (lieu où les soins sont donnés). On y trouve aussi le nombre de lits ou de places alloués pour chaque mission et pour certains services.
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec .
Référence	Terme utilisé pour le malade admis qui quitte l'installation pour son domicile avec un suivi médical externe par un CLSC ou un autre organisme. Dans le système MED-ÉCHO, seul le suivi par un CLSC est une donnée transmise, les autres types de suivis utilisés localement (ex. : en consultations externes) doivent être convertis en données de type 21 (domicile) pour la transmission au système MED-ÉCHO des données relatives au « type de destination » .
SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et en soins de longue durée (système actuellement en phase de déploiement).

Sortie	Pour les soins de courte durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et des centres hospitaliers de soins psychiatriques, départ après un séjour de l'usager dans un seul et même type d'unité de soins d'une installation : — en courte durée ; — en chirurgie d'un jour .
Transfert	Terme utilisé pour un malade admis qui est physiquement dirigé d'une installation d'origine vers l'installation d'un autre établissement pour y être admis. La notion de transfert implique un mouvement du malade **HORS** installation et **HORS** établissement.
Usager	Toute personne à qui sont fournis des services de santé ou des services sociaux.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.3 Particularités du système

A NOTION DE LIEU : ÉTABLISSEMENT VERSUS INSTALLATION

Jusqu'à récemment, le système MED-ÉCHO fonctionnait par installation, c'est-à-dire selon l'endroit où les soins étaient donnés. Comme, dans la majorité des cas, le lieu de la prestation des soins correspondait également à celui de l'établissement (entité légale et administrative), on pouvait donc dire que le système fonctionnait aussi selon l'établissement. Il n'y avait qu'une seule exception à cette règle : un établissement offrant des soins de courte durée dans deux de ses installations.

La réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux a eu comme conséquence la fusion et l'intégration des établissements de santé et de services sociaux amenant ces derniers à exploiter des installations pouvant avoir des missions différentes ou parfois identiques.

La question qui se posait était de savoir si MED-ÉCHO devait continuer à fonctionner par installation ou commencer à fonctionner par établissement .

La réponse a été fournie par le Comité d'évolution des systèmes d'information pour les clientèles hospitalières (CESI-CH) qui a décidé que le système MED-ÉCHO devait continuer à fonctionner par installation pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et de soins psychiatriques.

B NOTIONS DE SOINS : SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS VERSUS SOINS PSYCHIATRIQUES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans les lignes qui suivent, des définitions et des renseignements sont proposés pour la collecte de données sur les usagers des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et, sur les usagers des centres hospitaliers de soins psychiatriques. Ces renseignements sont stockés dans la banque de données du système MED-ÉCHO.

L'objectif poursuivi est d'arriver à circonscrire l'ensemble des périodes de soins dans les centres hospitaliers en les classifiant le plus possible dans des sous-groupes comparables. Les définitions précisent ce qui appartient à chacun des regroupements de périodes de soins. Pour des raisons de cohérence et d'harmonisation, les définitions sont tirées des *Normes et pratiques de gestion.*

1) CENTRE HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

La catégorie centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés regroupe les périodes de soins nécessaires aux usagers admis dans les unités de soins en phase aiguë de la maladie. Ces soins exigent une durée de séjour de 45 jours ou moins, excepté lorsque le médecin certifie dans le dossier médical de l'usager que des soins actifs sont toujours nécessaires en raison d'une pathologie particulière.

Ces soins comprennent :

— des soins physiques actifs ;
— des soins psychiatriques actifs.

2) CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

a) **soins psychiatriques actifs**

La catégorie soins psychiatriques actifs regroupe les périodes de soins nécessaires aux usagers admis en phase aiguë de maladie mentale ou en raison de l'instabilité de l'état psychique, physique, psychologique et sociale. Quoique ces périodes de soins soient limitées à 45 jours ou moins, excepté lorsque le médecin certifie dans le dossier de l'usager que des soins actifs sont toujours nécessaires, il n'en demeure pas moins que le séjour moyen reste long, puisqu'on inclut aussi dans ce groupe une portion des périodes qui nécessitent une hospitalisation plus longue, bien que le malade ait besoin de soins actifs. On considère aussi les soins particuliers de réadaptation active et la psychiatrie légale comme faisant partie de cette catégorie.

Ces soins comprennent :

— des soins aigus (des interventions brèves et des soins intensifs) ;
— des soins actifs pour une longue période.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.4 Abrégé informatisé d'admission/sortie

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

1) Un abrégé d'admission/sortie doit être transmis au système MED-ÉCHO à la sortie de chaque usager ayant été admis et ayant occupé un lit en santé physique, en gériatrie, en psychiatrie ou en néonatalogie compris dans le nombre figurant au permis de l'installation ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et de centre hospitalier de soins psychiatriques.

2) Un abrégé d'admission/sortie doit être transmis au système MED-ÉCHO à la sortie de chaque usager ayant été inscrit dans une unité de chirurgie d'un jour telle qu'elle est définie au centre d'activité 6070 du manuel de *Normes et pratiques de gestion.*

3) Si un usager est réadmis la journée même de sa sortie (même date de calendrier), un deuxième abrégé doit être rempli pour cette réadmission.

.

4) Dès l'admission d'un usager ou de son inscription en chirurgie d'un jour, un abrégé doit être transmis de façon préliminaire au système MED-ÉCHO. Les éléments à transmettre et les modalités de transmission sont précisés aux sections 6.3 et 6.4.

B EXCEPTION

1) Malgré le paragraphe 3 de la section précédente, un seul abrégé doit être transmis pour un même usager avec le même type de soins, la même date d'admission et la même date de départ.

2) Si un usager obtient un congé temporaire aux conditions établies par écrit par le médecin ou le dentiste traitant, conformément aux règlements établis à cette fin par le conseil d'administration de l'établissement, on ne remplit pas d'abrégé au retour de l'usager; on doit cependant inscrire le nombre de jours correspondant à la durée du congé temporaire dans le champ approprié.

3) Aucun abrégé d'admission/sortie ne doit être rempli pour des usagers traités à l'urgence ou aux services des consultations externes, ou gardés sous observation dans l'un ou l'autre de ces lieux. Si l'usager est admis par la suite, la date d'admission est celle où il occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

4) Aucun abrégé d'admission/sortie ne doit être rempli dans le cas d'un mort-né.

C CHANGEMENT DE TYPE DE SOINS

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

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

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

3) Lorsqu'un usager est déplacé physiquement d'une unité de chirurgie d'un jour à une unité de soins de courte durée, l'abrégé est définitivement rempli et transmis à MED-ÉCHO au moment du déplacement, et un nouvel abrégé est ouvert au moment de l'admission à l'unité de soins de courte durée.

4) Lorsqu'un usager de soins de courte durée est déclaré en perte d'autonomie et continue d'occuper un lit de soins de courte durée, un seul abrégé (en soins de courte durée) est rempli et transmis à MED-ÉCHO.

5) Si un usager admis en soins de courte durée passe par l'unité de chirurgie d'un jour, un seul abrégé (en soins de courte durée) est rempli.

D CODIFICATION

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

1° *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10è version, Canada (CIM-10-CA*) pour les diagnostics ;

2° *Classification canadienne des interventions (CCI)* pour les traitements ;

3° codification propre au système MED-ÉCHO et les codes des tables gérées par le système MED-ÉCHO (voir le chapitre 5) pour les autres données ;

4° *Classification internationale des Maladies, Oncologie,* (CIM-O3), *troisième édition* pour les morphologies des tumeurs.

CHAPITRE 2 Information générale

Division 2.5 Précisions aux fournisseurs

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

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

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

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

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

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

- lorsque l'expression « code compris entre C00 et D09 » est utilisée, la limite inférieure (C00) et la limite supérieure (D09) sont incluses;

- lorsqu'on réfère au code à 3 positions sans mentionner le point (exemple : C00), cela signifie que l'ensemble des codes qui commencent par ces positions doivent être sélectionnés, soit les codes à 3, 4, 5 et 6 caractères;

- dans une énumération de code, lorsqu'on réfère à un code suivi d'un souligné (Z37.6_) cela veut dire que l'ensemble des codes qui commencent par ces positions doivent être sélectionnés,

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

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

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 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
3.03	Date de modification de l'abrégé
3.04	Heure de modification 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'usager
3.9.3	Prénom de l'usager
3.10	Nouveau-né
3.11	Date de naissance
3.12	Sexe
3.13	Code postal de l'usager
3.14	Code géographique de l'usager
3.15	Lieu de naissance
3.16	Responsabilité de paiement

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.17	Code d'occupation
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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division	Table des matières
DIVISION	CONTENU
3.32.1	Référence service
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

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
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
3.43.4	Nombre de jours

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'usager
3.13	Code postal de l'usager

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
3.43.3	Date de fin de la condition de séjour
3.35.2.1	Date de l'intervention
3.03	Date de modification de l'abrégé
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

DIVISION	CONTENU
3.35.2.2	Heure de l’intervention
3.04	Heure de modification de l’abrégé
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
3.37.3	Nom de la mère à la naissance
3.9.2	Nom de l’usager
3.37.1	Nom du père
3.35.5	Nombre d’interventions
3.43.4	Nombre de jours (niveau de soins alternatif)
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

DIVISION	CONTENU
3.39.2	Nombre de mortinaissances autopsiées
3.34	Nombre total de consultations
3.10	Nouveau-né
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’usager
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)

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
3.33.3	Spécialité du médecin (consultation)
3.31.4	Spécialité du médecin (service)
3.35.7	Spécialité du médecin (traitement)
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
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.ii Guide de lecture

Dans la présente division, l'utilisateur trouvera les explications sur les éléments à transmettre au système MED-ÉCHO. L'information est présentée de la manière suivante.

ÉLÉMENT — Correspond au nom de l'élément.

FORMAT — Comprend l'information sur la structure informatique de l'élément à transmettre. Un chiffre indique d'abord la longueur du champ et est suivi d'un indicateur sur le caractère à utiliser :

- alphabétique (de A à Z) ;
- alphanumérique (de A à Z et de 0 à 9) ;
- numérique (de 0 à 9).

DÉFINITION — Une brève définition de l'élément est donnée.

DESCRIPTION — L'explication fournie sous cette rubrique porte sur les points suivants :

- l'obligation de transmettre l'élément ;
- les valeurs permise ;
- les exceptions ou les réserves ;
- la description de certains codes particuliers.

PRÉCISION — Des notes sont ajoutées, s'il y a lieu, dans le but de préciser davantage le format, la définition ou la description de l'élément. Il peut s'agir aussi d'une référence ou d'une définition de la nomenclature.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.0 Abrégé MED-ÉCHO

ÉLÉMENT Informations sur l'abrégé

DÉFINITION Informations générées par le système relatives aux transactions de l'abrégé.

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

1) Numéro de l'abrégé ;
2) Statut de l'abrégé;
3) Date de modification de l'abrégé;
4) Heure de modification de l'abrégé.

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, elle est communiquée dans le cadre de la transmission préliminaire et de la transmission régulière. (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 3.03 Date de modification de l'abrégé

ÉLÉMENT	Date de modification de l'abrégé
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Date à laquelle une modification des éléments déclencheurs de la transmission préliminaire est transmise par l'ADT ou saisie dans l'application locale. Cette variable est utilisée exclusivement lors de la transmission préliminaire.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire, elle est communiquée dans le cadre de la transmission préliminaire.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.04 Heure de modification de l'abrégé

ÉLÉMENT Heure de modification de l'abrégé

FORMAT 4 - numérique (HHMM).

DÉFINITION Heure à laquelle une modification des éléments déclencheurs de la transmission préliminaire est transmise par l'ADT ou saisie dans l'application locale. Cette variable est utilisée exclusivement lors de la transmission préliminaire.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire, elle est communiquée dans le cadre de la transmission préliminaire et doit être transmise selon le format international (24 heures).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.1 Période financière

ÉLÉMENT	Période financière
FORMAT	6 – numérique.
DÉFINITION	Division de l'année financière en treize périodes de quatre semaines débutant le 1er avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année subséquente.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et doit correspondre au numéro de la période au cours de laquelle l'usager quitte l'installation. Les valeurs de la période sont : Positions 1 à 4 : année AAAA (correspond à l'année financière) Exemple : 2013 pour l'année financière 2013 -2014 Positions 5 et 6 : période de 01 à 13.
PRÉCISION	Les fins de période apparaissent au **calendrier des périodes financières** pour les établissements publics et privés conventionnés de santé et services sociaux. Ces fins de période sont diffusées d'avance dans le manuel *Normes et pratiques de gestion,* tome II, répertoire : circulaire 2002-03, vol.03, chap. 01, suj. 51, doc. 01.

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 Cette donnée est obligatoire pour la transmission régulière et peut prendre les valeurs suivantes :

1) annulation : destruction d'un abrégé soumis antérieurement à MED-ÉCHO ;

2) remplacement : transmission d'un abrégé modifié qui va remplacer un abrégé soumis antérieurement à MED-ÉCHO.

3) création : enregistrement d'un abrégé dans MED-ÉCHO.

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.

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 3.3 Date de transmission

ÉLÉMENT	Date de transmission.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Date de la transmission d’abrégés informatisés au MSSS.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.4 Numéro d'admission

ÉLÉMENT	Numéro d'admission.
FORMAT	5 – numérique.
DÉFINITION	Numéro attribué par l'établissement ou par l'installation indiquant la séquence d'admission des usagers pendant une année financière.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire; les admissions doivent être numérotées consécutivement et doivent être unique durant l'année financière pour une même installation.
PRÉCISION	Si un usager est réadmis après avoir obtenu son congé, un nouveau numéro d'admission est attribué. (sauf pour les exceptions mentionnées à la division 2.4, *Abrégé informatisé d'admission/sortie).*

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.5 Numéro de dossier médical

ÉLÉMENT	Numéro de dossier médical.
FORMAT	12 – alphanumérique.
DÉFINITION	Numéro unique et permanent attribué par l'établissement ou par l'installation, qui permet de regrouper, pour un même usager, les informations sur ses hospitalisations ou ses visites.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. La composition du numéro de dossier est laissée à la discrétion de l'établissement ou de l'installation.
PRÉCISION	Chaque usager, y compris les nouveau-nés, doit avoir son propre numéro de dossier. Le numéro de dossier médical doit être différent de zéro (0).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.6 Code de l'installation

ÉLÉMENT Code de l'installation.

FORMAT 8 – numérique.

DÉFINITION Numéro matricule attribué à l'installation où les soins ont été donnés à l'usager et utilisé comme numéro de permis d'exploitation par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la délivrance du permis.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire et doit être conforme aux valeurs présentées dans la table des installations fournie par MED-ÉCHO.

PRÉCISION Dans le cas où un établissement a plus d'une installation avec une mission de centre hospitalier, les données doivent être transmises pour chacune des installations où sont donnés des soins.

Ex. : Le code 1104 5051 est celui du CHU de Québec – Université Laval. Or, cet établissement a plusieurs installations ayant une mission de centre hospitalier. Chaque installation utilisera donc son propre code pour la transmission des données MED-ÉCHO :

5121 7529	Hôpital du Saint-Sacrement ;
5121 7586	Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ;
5121 7594	Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval ;
5121 7602	Pavillon Saint-François-d'Assise ;
5123 3914	Hôpital de l'Enfant-Jésus.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.7 Type de soins

ÉLÉMENT Type de soins

FORMAT 2 – Numérique.

DÉFINITION Code précisant dans quelle unité de soins l'usager a été traité : unité de soins de courte durée, unité de chirurgie d'un jour et *post-mortem*.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

01 : soins physiques et psychiatriques de courte durée ;

27 : soins en chirurgie d'un jour ;

29 : soins *post-mortem* (prélèvement d'organe chez un donneur présentant une mort cérébrale).

PRÉCISIONS L'installation se réfère à son permis pour connaître les types de soins qu'elle peut dispenser au regard de sa ou de ses missions. Pour la chirurgie d'un jour, se référer au Manuel de gestion financière, vol.1, chap. 04, centre d'activité 6070 pour en connaître la définition.

La valeur 29 est réservée aux installations où des prélèvements d'organes sont effectués par l'équipe provinciale mandatée à cette fin.

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'usager au centre hospitalier. Il sert aussi à catégoriser distinctement les cas d'obstétrique et les nouveau-nés.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

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 ;

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 ;

3 : **admission non urgente** : usager pour lequel un retard d'admission au centre hospitalier n'aggrave pas sérieusement sa maladie ;

4 : **admission en obstétrique** : patiente qui se présente au centre hospitalier pour toutes conditions liées à la grossesse, pour accoucher et toute patiente qui accouche au centre hospitalier ;

5 : **admission d'un nouveau-né** : enfant né à l'installation ;

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

Ex : garde préventive ;
garde provisoire ;
garde autorisée ;
ordonnance de soins.

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.**

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 3.9 Identification

ÉLÉMENT Identification

DÉFINITION Identification de l'usager hospitalisé.

DESCRIPTION Le bloc « Identification » comprend les trois informations suivantes :

1) numéro d'assurance maladie ;
2) nom de l'usager ;
3) prénom de l'usager.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.1 Numéro d'assurance maladie

ÉLÉMENT Numéro d'assurance maladie

FORMAT 12 – alphanumérique.

DÉFINITION Numéro d'assurance maladie (NAM) attribué à l'usager par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire sauf pour les :

- nouveau-nés ;
- non-résidents du Québec ;
- résidents du Québec de moins de trois mois;
- usagers dont les coût des soins est assumé par un organisme fédéral ;

Le format du numéro d'assurance maladie est :

- alphabétique pour les positions 1 à 4 ;
- numérique pour les positions 5 à 10 et 12;
- alphanumérique pour la position 11.

PRÉCISIONS

1) La onzième position du NAM indique le caractère de distinction des jumeaux. Actuellement, la valeur est numérique (de 1 à 9). Cette valeur **pourrait devenir alphabétique** si plus de neuf jumeaux existaient pour un même NAM. Cette situation ne s'est pas encore présentée.

2) À l'exception des non-résidents du Québec, si un numéro d'assurance maladie est présent au dossier, celui-ci peut être transmis, même s'il n'est pas obligatoire.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.2 Nom de l'usager

ÉLÉMENT	Nom de l'usager
FORMAT	30 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom de l'usager à la naissance.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire.
PRÉCISIONS	Le nom doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants : • Lettres majuscules ou minuscules de A à Z • Toutes les lettres accentuées de la langue française • Caractères spéciaux : espace ( ), point (.), apostrophe (') tiret (-) ou dièse (#) Exemple : St-Amour se transmet tel quel. Pour les trois premiers caractères du nom, seul les lettres majuscules ou minuscules, les lettres accentuées, l'espace, l'apostrophe et les tirets sont acceptés.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.3 Prénom de l'usager

ÉLÉMENT	Prénom de l'usager
FORMAT	20 – alphabétique.
DÉFINITION	Prénom de l'usager à la naissance.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire.
PRÉCISIONS	Le prénom doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants :

- Lettres majuscules ou minuscules de A à Z
- Toutes les lettres accentuées de la langue française
- Caractères spéciaux : espace ( ), point (.), apostrophe (') tiret (-) ou dièse (#)
- Chiffre (seulement si l'usager a moins d'un an)

Exemple : Jean-François se transmet tel quel. BB1 et BB2 peuvent être transmis dans un cas de jumeaux nouveau-nés si les prénoms réels ne sont pas encore connus.

Pour le premier caractère du prénom, seul les lettres majuscules ou minuscules, les lettres accentuées, l'espace, l'apostrophe et les tirets sont acceptés ainsi que les chiffres (pour les moins d'un an).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.4 Adresse de l'usager

ÉLÉMENT	Adresse de l'usager
FORMAT	180 – alphanumérique.
DÉFINITION	Adresse de l'usager à l'admission.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire.
PRÉCISIONS	L'obtention de cette donnée est conditionnelle à l'ajout de cette information au règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle n'est donc pas transmise au MSSS au moment de la diffusion du présent document.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.10 Nouveau-né

ÉLÉMENT Nouveau-né.

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant si l'usager est un nouveau-né selon la définition suivante :

« Enfant né à l'installation ou admis dans les 24 heures suivant sa naissance à l'exclusion des cas de transfert entre établissements ou de déplacement entre installations ».

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

0 : pas un nouveau-né,

1 : nouveau-né (né au centre hospitalier ou admis dans les 24 heures suivant sa naissance).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.11 Date de naissance

ÉLÉMENT	Date de naissance.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Année, mois et jour de la naissance de l’usager.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.12 Sexe

ÉLÉMENT Sexe.

FORMAT 1 – alphabétique.

DÉFINITION Conformation particulière qui distingue l'homme de la femme.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

F : féminin ;
M : masculin ;
X : indéterminé .

PRÉCISION Pour les transsexuels, il s'agit du sexe au moment de l'admission, et ce, tant et aussi longtemps que le processus de transformation n'est pas terminé.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.13 Code postal de l'usager

ÉLÉMENT Code postal de l'usager.

FORMAT 6 – alphanumérique.

DÉFINITION Partie intégrante de l'adresse postale établie par la Société canadienne des postes.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire pour les résidents du Québec. Le format du code postal est le suivant :

position 1 : G, H, J ou P (ou K pour Rapides-des-Joachims) ;
position 2 : numérique ;
position 3 : alphabétique ;
position 4 : numérique ;
position 5 : alphabétique ;
position 6 : numérique.

PRÉCISION Pour les non-résidents du Québec, cette information n'est pas transmise.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.14 Code géographique de l'usager

ÉLÉMENT Code géographique.

FORMAT 5 – numérique.

DÉFINITION Code défini par le Bureau de la statistique du Québec, attribué à chacune des municipalités ayant un statut légalement reconnu et aux territoires non organisés du Québec. Le code géographique doit être celui de la municipalité de **résidence permanente** de l'usager.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire et ne peut prendre que les valeurs officielles des codes selon la table annuelle de validation fournie par MED-ÉCHO.

PRÉCISION Pour les usagers non-résidents du Québec, les codes suivants doivent être utilisés :

00080 : Alberta ;
00081 : Colombie-Britannique ;
00082 : île-du-Prince-Édouard ;
00083 : Manitoba ;
00084 : Nouveau-Brunswick ;
00085 : Nouvelle-Écosse ;
00086 : Ontario ;
00087 : Saskatchewan ;
00088 : Terre-Neuve ;
00089 : Territoires du Nord-Ouest ;
00090 : Yukon ;
00091 : États-Unis (USA) ;
00092 : autre pays ;
00093 : Nunavut.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.15 Lieu de naissance

ÉLÉMENT Lieu de naissance.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant l'endroit où est né l'usager selon une nomenclature propre au système MED-ÉCHO.

DESCRIPTION Cette donnée est facultative et ne peut prendre que les valeurs suivantes :

01 : Québec ;
02 : Ontario ;
03 : Nouveau-Brunswick ;
04 : autre province ou territoire canadien ;
05 : États-Unis ;
06 : Angleterre ;
07 : Écosse ;
08 : Pologne ;
09 : Russie ;
10 : Hongrie ;
11 : Roumanie ;
12 : Italie ;
13 : Grèce ;
14 : Allemagne ;
15 : Haïti ;
16 : autres pays ;
17 : inconnu;
18 : Bosnie-Herzégovine;
19 : Yougoslavie (Serbie-Monténégro);
20 : Croatie;
21 : Rwanda;
22 : Burundi;
23 : Congo;
24 : Afghanistan;
25 : Ethiopie;
26 : Irak;
27 : Algérie;
28 : Tunisie;
29 : Maroc;
30 : Sénégal;
31 : Iran;
32 : Albanie;
33 : Chine;
34 : Viêt Nam;
35 : Philippines;
36 : Togo;
37 : Colombie;
38 : Salvador;
39 : Chili;
40 : Syrie;
41 : Ukraine.

PRÉCISION Cet élément est sujet à révision.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

ÉLÉMENT Responsabilité de paiement.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant à qui incombe le paiement du séjour hospitalier (les frais d'hospitalisation) selon une nomenclature propre à MED-ÉCHO.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

01 : MSSS sans accident ;
02 : MSSS avec accident ;
03 : CNESST* (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail) ;
04 : MSSS sans accident et CNESST ;
05 : MSSS avec accident et CNESST ;
06 : MAAC (ministère des Affaires des anciens combattants) ;
07 : MSSS, MAAC ;
08 : Fédéral ;
09 : Non-Résident ;
10 : Non-Assuré ;
11 : Non-Assuré, MSSS ;
12 : Services non couverts - Résident du Québec.

PRÉCISION Pour un nouveau-né, la responsabilité du paiement doit être différente de 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 12. En règle générale, la responsabilité de paiement pour le nouveau-né est la même que pour la mère.

*anciennement CSST (modification 1er janvier 2016)

PRÉCISIONS SUR LES DÉFINITIONS

01 : MSSS sans accident

L'usager ayant la qualité de résident du Québec, d'après la définition du règlement adopté en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et recevant des services assurés.

Dans le cas d'un don d'organe, le donneur sera considéré comme assuré par la province de résidence du receveur.

Remarque

La qualité de résident peut être étendue en vertu de l'article 10.1 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre peut permettre à une personne qui ne réside pas au Québec de bénéficier des services assurés aux conditions déterminées dans les ententes de réciprocité.

Les usagers faisant l'objet de ces ententes sont porteurs de documents attestant leur admissibilité aux services de santé assurés.

La carte émise par la Régie de l'assurance maladie est valide jusqu'à la date d'expiration qui y est inscrite.

À la suite d'une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la citoyenneté et immigration Canada, les personnes ayant un statut de réfugié politique reconnu, à qui ce dernier ministère émet une attestation d'identité, se voient remettre une carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec valide pour une période d'un an. Cette période peut être prolongée au besoin

Ces usagers sont alors couverts par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation du Québec.

Au point de vue de la responsabilité de paiement, ils doivent être considérés comme résidents québécois, même s'ils n'ont pas encore obtenu le droit de s'établir au Canada.

02 : MSSS avec accident

L'usager dont l'hospitalisation a été rendue nécessaire à la suite d'un accident.

IMPORTANT

Nous attirons l'attention sur les hospitalisations des victimes d'actes criminels. La «responsabilité de paiement» doit prendre la valeur 02 (MSSS avec accident) et seuls les suppléments des chambres et des services non assurés peuvent être facturés au fonds d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC).

Bien que le programme IVAC relève de la CNESST, il s'agit bien ici de la valeur 02 (MSSS avec accident).

Si le cas est accepté par l'IVAC, le centre hospitalier n'a pas à facturer l'usager ni la CNESST pour les frais autorisé normalement payés par les usagers de soins de longue durée étant donné que le taux quotidien payé par l'IVAC au MSSS comprend les frais autorisés.

03 : CNESST

L'usager hospitalisé à la suite d'un accident dont la responsabilité des frais incombe à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec ou à une commission d'un territoire ou d'une autre province canadienne, ou encore d'un État américain, à l'exception des cas d'actes criminels.

Le centre hospitalier peut facturer à la CNESST le coût d'utilisation d'une chambre privée ou semi-privée selon le cas.

04 : MSSS sans accident et CNESST

Personne hospitalisée, par exemple, 30 jours, dont 15 incombent à la CNESST et 15 au MSSS ; on indiquera qu'à ce moment, le paiement relève du MSSS et de la CNESST en inscrivant la valeur 04 ou 05 selon que l'hospitalisation fait suite à un accident (05) ou non (04)

05 : MSSS avec accident et CNESST

Voir la précision précédente.

06 : MAAC

L'usager soigné aux frais du ministère des Affaires des anciens combattants, en vertu des lois suivantes :

- Loi sur les pensions (SRC 1970,.c. P-7) ;
- Loi sur la réadaptation des anciens combattants (SRC 1970, c. V-5) ;
- Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils (SRC 1970, c. C-20).

Remarque

Le ministère des Affaires des anciens combattants paie les frais d'hospitalisation d'un ancien combattant seulement si ce dernier doit faire soigner une blessure ou une maladie qui lui a valu une pension d'invalidité. Par exemple, l'ancien combattant qui touche une pension à cause d'une vieille fracture ne peut faire soigner un ulcère d'estomac aux frais du ministère des Affaires des anciens combattants.

La responsabilité en pareil cas incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux.

07 : MSSS, MACC

Ancien combattant hospitalisé pour une maladie résultant de son invalidité et qui obtient, au cours de cette même hospitalisation, des soins pour une autre maladie ; il s'agit d'une responsabilité partagée.

08 : Fédéral

L'usager ayant droit à des soins hospitaliers gratuits en vertu de l'une ou l'autre des lois canadiennes suivantes :

- Loi sur l'indemnisation des employés de l'État (SRC 1970, c. G-8) ;
- Loi sur la défense nationale (SRC 1970, c. N-4) ;
- Loi sur l'indemnisation des marins marchands (SRC 1970, c. M-11) ;
- Loi sur l'aéronautique (SRC c. A-3).

Nous signalons que c'est le gouvernement fédéral qui paie les frais d'hospitalisation des détenus fédéraux et des membres des Forces canadiennes, mais la responsabilité incombera au Québec au moment de leur élargissement ou de leur démobilisation pour autant qu'ils aient été incarcérés ou cantonnés au Québec.

Remarque

Les revendicateurs du statut de réfugié politique (qui ne sont pas encore reconnu au titre de réfugié) ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation du Québec. C'est le programme fédéral de santé intérimaire qui fournit une couverture de soins de santé à ces personnes. La responsabilité de paiement à utiliser est la valeur 08 (Fédéral).

09 : Non-Résident

Un usager ne résidant pas au Québec (résident d'une autre province ou d'un autre pays). Le visiteur (touriste), le diplomate, l'étudiant, etc., doivent être considérés comme non-résidents.

10 : Non-Assuré

Un des cas suivants :

– une personne ayant établie sa résidence permanente au Québec depuis moins de trois mois et n'ayant pas encore droit aux avantages de l'assurance hospitalisation du Québec ;

– un résident qui aurait le droit de recevoir un remboursement total ou partiel pour des services assurés en vertu de toute loi édictée par un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec (AC 1291-73, art. 4).

– Une personne dont la carte d'assurance-maladie est expirée sans qu'il soit possible pour l'établissement d'obtenir une confirmation d'inscription au régime d'assurance maladie du Québec auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

11 : Non-Assuré, MSSS

Un résident du Québec assuré mais hospitalisé sans nécessité médicale (pour une chirurgie purement esthétique) et ayant obtenu, au cours de cette même hospitalisation, des services assurés (des soins pour une complication faisant suite à sa chirurgie ou pour toute autre maladie). Par conséquent, il s'agit d'une responsabilité partagée.

12 : Services non couverts - Résident du Québec

Résident du Québec assuré mais hospitalisé sans nécessité médicale. Par exemple, toute personne hospitalisée pour une chirurgie ayant un but purement esthétique, de même que pour une chirurgie correctrice non motivée par un trouble fonctionnel, est responsable des frais d'hospitalisation. Lorsqu'une prothèse est fournie comme service non assuré, elle est facturée en plus du prix des soins et de l'hospitalisation.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.17 Code d’occupation

ÉLÉMENT	Code d’occupation.
FORMAT	4 – numérique.
PRÉCISION	Le système de codification n’étant pas au point, ne rien inscrire dans ce champ.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.18 État civil

ÉLÉMENT État civil.

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Situation matrimoniale de l'usager au moment de son hospitalisation.

DESCRIPTION Cette information est facultative et peut prendre les valeurs suivantes :

2 : célibataire ;
3 : marié (incluant union civile et union de fait) ;
4 : séparé, divorcé ou veuf.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.19 Date d'accident

ÉLÉMENT	Date d'accident.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Date de l'accident initiale à l'origine de l'hospitalisation.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire lorsqu'elle est connue et qu'elle correspond à la situation de l'usager.
PRÉCISIONS	Cette donnée doit également être présente pour les hospitalisations qui traiteront les effets et les séquelles de cet accident. Si la date d'accident est inconnue, ne rien inscrire. Si le jour et le mois sont inconnus, inscrire seulement l'année. Si le jour est inconnu, inscrire le mois et l'année.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.20 Codes d'accident

ÉLÉMENT Codes d'accident

DÉFINITION Codification du traumatisme initial subi par l'usager et à l'origine de sa présente hospitalisation à l'installation.

DESCRIPTION Information à transmettre dans tous les cas d'hospitalisation faisant suite à un accident. Ce bloc comprend deux informations :

1 : code de cause extérieure d'accident ;
2 : code de lieu d'accident ;

PRÉCISION Ces éléments doivent être présents également pour les hospitalisations qui traiteront les effets ou les séquelles de cet accident.

Le code d'activité relié à la cause externe de traumatisme (code commençant par U99) est un code facultatif et il n'a pas été retenu pour MED-ÉCHO. S'il est utilisé par le CH , la valeur « 9 », à l'usage du CH, doit être inscrite dans l'élément caractéristique du diagnostic..

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.20.1 Code de cause extérieure d'accident

ÉLÉMENT Code de cause extérieure d'accident

FORMAT 7 – alphanumérique.

DÉFINITION Identification de la cause extérieure responsable de l'accident/traumatisme initial, selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA).*

DESCRIPTION Le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1) et les valeurs permises sont comprises entre V01 et Y84.

PRÉCISIONS

1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de cause extérieure d'accident.

2) Le code de cause extérieure d'accident V01 à Y34 (à l'exception des codes Y06 et Y07) doit être obligatoirement accompagné d'un code de lieu d'accident (U98).

3) Le code de cause extérieure d'accident responsable de l'accident/traumatisme initial doit également être codé pour les hospitalisations qui traiteront les effets et les séquelles de ce même traumatisme.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.20.2 Code de lieu d'accident

ÉLÉMENT	Code de lieu d'accident
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes,10e révision, Canada (CIM-10-CA), identification du lieu de l'accident.*
DESCRIPTION	Le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1) et doit commencer par U98.
PRÉCISIONS	1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de lieu d'accident. 2) Le code de lieu d'accident doit obligatoirement accompagner le code de cause extérieure d'accident V01 à Y34 (à l'exception des codes Y06 et Y07).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.21 Code de l'installation de provenance

ÉLÉMENT	Code de l'installation de provenance
FORMAT	8 – numérique.
DÉFINITION	Code de l'installation ou valeur établie pour le lieu d'où arrive l'usager. Il s'agit du numéro matricule attribué par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme numéro de permis d'exploitation à la délivrance du permis ou d'une valeur attribuée à un lieu qui n'est pas une installation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et le code de l'installation de provenance doit être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO. En autonomie locale, en présence d'un type de provenance : Ressource non institutionnelle (40), le code de l'installation de provenance n'a pas à être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.
PRÉCISION	Dans le cas où un établissement a plus d'une entité physique (installation), indiquer le code de l'entité d'où arrive l'usager, ce qui permettra de faire la distinction entre le transfert vers un autre établissement et le déplacement d'une installation à l'autre d'un même établissement.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.22 Type de provenance

ÉLÉMENT Type de provenance

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code servant à préciser le lieu où était l'usager avant son hospitalisation.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

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 – envoyé par un CLSC (incluant les dispensaires) ;
21 : domicile ;
27 : unité de chirurgie d'un jour ;
29 : soins *post-mortem;*
33 : domicile – envoyé par la médecine de jour ;
40 : autres ressources d'hébergement;
60 : maison des naissances/ services sage-femme;
61 : maison de soins palliatifs.

PRÉCISIONS

1) Le type de provenance est en relation avec le code de l'installation de provenance contenu dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.

2) Pour les détenus fédéraux ou provinciaux et les enfants nés à l'installation, inscrire la valeur 21 (domicile).

3) La valeur 17 (domicile – envoyé par un CLSC) s'applique à un usager qui arrive de son domicile, mais qui est envoyé par un CLSC.

4) Le type de provenance 29 est utilisé par un centre préleveur d'organes lorsque le corps lui est transféré par un centre intermédiaire, c'est-à-dire, un centre qui a admis un patient décédé afin de maintenir ses fonctions vitales en attendant de pouvoir le transférer à un centre préleveur.

5) 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;

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.23 Date d’inscription à l’urgence

ÉLÉMENT	Date d’inscription à l’urgence.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Date d’arrivée au service d’urgence de tout usager transféré directement du service d’urgence vers une unité de soins de courte durée ou en chirurgie d’un jour.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire lorsque la situation correspond à la définition.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.24 Admission

ÉLÉMENT Admission

DÉFINITION Moment où l'usager occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'installation.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire. Le bloc «admission» comprend trois informations :

1) date d'admission ;
2) heure d'admission ;
3) diagnostic d'admission.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.24.1 Date d’admission

ÉLÉMENT	Date d’admission
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Année, mois, jour déterminés par le moment où l’usager occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l’installation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
PRÉCISION	Pour les données de l’unité de chirurgie d’un jour, il s’agit de la date où l’usager est inscrit à l’unité pour y recevoir des soins.

ÉLÉMENT	Heure d'admission
FORMAT	4 - numérique (HHMM).
DÉFINITION	Heure déterminée par le moment où l'usager occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'installation.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et doit être transmise selon le format international (24 heures).
PRÉCISION	Pour les données de l'unité de chirurgie d'un jour, il s'agit de l'heure où l'usager est inscrit à l'unité pour y recevoir des soins.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.24.3 Diagnostic d'admission

ÉLÉMENT	Diagnostic d'admission
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Code correspondant à celui de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)* et dont la définition est la suivante : maladie, affection ou symptômes ayant justifié l'admission. Il peut s'agir du diagnostic au moment de l'admission ou celui inscrit par le médecin sur la feuille sommaire.
DESCRIPTION	Cette information est facultative et le code, lorsqu'il est inscrit, doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1).
PRÉCISION	MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.25 Sortie

ÉLÉMENT Sortie

DÉFINITION Année, mois, jour correspondant au moment où l'usager quitte l'installation (vivant ou décédé).

DESCRIPTION Cette information est obligatoire Le bloc « sortie » comprend deux informations :

1) date de sortie ;
2) heure de sortie.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.25.1 Date de sortie

ÉLÉMENT	Date de sortie
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Année, mois, jour correspondant à la date où l'usager quitte l'installation (vivant ou décédé).
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire.
PRÉCISION	Pour les données de l'unité de chirurgie d'un jour, la date de sortie est la même que la date d'admission.

Division 3.25.2 Heure de sortie

ÉLÉMENT	Heure de sortie
FORMAT	4 - numérique (HHMM).
DÉFINITION	Heure où l'usager quitte l'installation (vivant ou décédé).
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. L'heure de sortie doit être transmise selon le format international (24 heures).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.26 Nombre de jours de congé temporaire

ÉLÉMENT	Nombre de jours de congé temporaire
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de jours d'absence pour congé temporaire autorisé par l'installation ou nombre de jours d'absence pour des traitements médicaux et une hospitalisation à l'extérieur de l'installation.
DESCRIPTION	Cette donnée doit être transmise lorsque la situation de l'usager correspond aux conditions énumérées dans la rubrique « définition ».

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.27 Séjour total

ÉLÉMENT	Séjour total
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre total de jours d'hospitalisation incluant le jour d'admission, mais excluant le jour de sortie (la valeur « date de sortie » moins la valeur « date d'admission »).
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire. Les valeurs permises vont de 0001 à 9999.
PRÉCISION	Lorsqu'un usager est admis et sort ou décède le même jour, on doit compter un jour.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.28 Code de l'installation de destination

ÉLÉMENT Code de l'installation de destination

FORMAT 8 – numérique.

DÉFINITION Code de l'installation ou du lieu vers lequel a été dirigé l'usager après son hospitalisation. Il s'agit du numéro matricule attribué par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la délivrance du permis s'il s'agit d'une installation, ou d'une valeur attribuée pour tout autre lieu.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire.

Le code de l'installation doit être présent dans la table de provenance/destination de MED-ÉCHO.

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

PRÉCISIONS

1) Dans le cas où une entreprise a plus d'une entité physique (installation), indiquer le code de l'entité vers où est dirigé l'usager, ce qui permettra de faire la distinction entre le transfert vers un autre établissement et le déplacement d'une installation à l'autre d'un même établissement.

2) La valeur 00000000 est attribuée pour l'usager dont le « type de destination » a une valeur 21 (domicile), 31 (départ sans autorisation), 34 (maison funéraire après prélèvement d'organes) ou dans certaines conditions, une valeur 17 (CLSC) ou 30 (maison funéraire).

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'usager après son hospitalisation.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire.

Les valeurs permises sont :

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 *post-mortem* ;
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.

PRÉCISIONS

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'usager, 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;

4) La valeur 31 (départ sans autorisation) doit être utilisée si la situation s'applique à l'usager, 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 fonction 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 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'usager. 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 3.30 Diagnostic principal

ÉLÉMENT Diagnostic principal

FORMAT 7 – alphanumérique.

DÉFINITION Code correspondant à celui de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes,10e révision, Canada (CIM-10-CA)* et dont la définition est la suivante : « affection la plus importante présentée par l'usager durant son hospitalisation. Dans la plupart des cas, il est étroitement relié à la raison d'admission. Chez un usager présentant plusieurs affections, le médecin traitant devrait indiquer comme diagnostic principal l'affection ayant nécessité la plus grande part des ressources médicales durant le séjour » (projet du *Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en centre hospitalier*). Le diagnostic principal est établi par le médecin traitant.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire et le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1).

Le code R69 est accepté comme diagnostic temporaire, mais il devra être éventuellement remplacé par un code plus précis selon la CIM-10-CA.

PRÉCISIONS

1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic.

2) Les codes de la CIM-10-CA avec la valeur « N » en « diagnostic principal valide » dans la table de validation des diagnostics ne peuvent pas être utilisés comme diagnostic principal (voir division 5.1.1).

3) Les codes de diagnostic suivants ne peuvent pas être utilisés comme diagnostic principal : Z37.1_, Z37.3_, Z37.4_, Z37.6_, Z37.7_,

4) Quand il s'agit de soins *post mortem* (voir la description du code 29 à la division 3.7), le diagnostic principal doit correspondre à un code commençant par Z52 ou Z*999*.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.31 Service

ÉLÉMENT

Service.

DÉFINITION

Concept dont la définition est laissée à la discrétion de l'installation, selon le fonctionnement de chaque centre hospitalier. Le nom du service peut être attribué en fonction du lieu (la chambre) où l'usager est hospitalisé, de la spécialité du médecin ou encore du diagnostic. Toutefois, le code et le nom du service à transmettre doivent être en concordance avec la table de service de MED-ÉCHO. Par exemple, si l'usager reçoit des soins dans le service d'« oncologie », selon la définition de l'installation, le code de service 87, oncologie, doit être transmis à MED-ÉCHO.

Pour le système MED-ÉCHO, un bloc service est ouvert dans les cas suivants :

- pour chaque **changement de code de service** utilisé d'après la table de service de MED-ÉCHO ;
- pour chaque **changement de code de spécialité médicale** utilisé d'après la table de spécialité du médecin de MED-ÉCHO ;
- pour chaque **changement de type de séjour** (valable pour tout usager de soins d'hébergement et de longue durée qui occupe un lit de soins de courte durée).

DESCRIPTION

Le bloc service comprend sept informations :

1) code du service ;
2) type de séjour ;
3) statut de résidence du médecin ;
4) spécialité du médecin ;
5) nombre de jours ;
6) diagnostic ;
7) caractéristique du diagnostic.

PRÉCISION

L'usager doit séjourner dans au moins un service. Pour le système MED-ÉCHO, il peut y avoir jusqu'à quatre codes de service différents par abrégé.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.1 Code du service (service)

ÉLÉMENT Code du service.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant le numéro du service MED-ÉCHO dans lequel l'usager a séjourné.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et le code utilisé doit être présent dans la table service de MED-ÉCHO. Les valeurs possibles sont :

01 : allergie et immunologie ;
02 : cardiologie ;
03 : dermatologie ;
04 : endocrinologie ;
05 : gastro-entérologie ;
06 : hématologie ;
07 : médecine interne ;
08 : néphrologie ;
09 : neurologie ;
10 : physiatrie ;
11 : pneumologie ;
12 : rhumatologie ;
13 : cardiologie pédiatrique ;
14 : soins dentaires ;
18 : chirurgie vasculaire périphérique ;
19 : médecine vasculaire ;
20 : cardio-vasculaire et thoracique ;
22 : soins de la bouche ;
24 : chirurgie générale ;
26 : chirurgie plastique ;
28 : chirurgie thoracique ;
30 : neurochirurgie ;
32 : opthalmologie ;
34 : orthopédie ;
36 : oto-rhino-laryngologie ;
38 : urologie ;
41 : traumatologie ;
42 : Unité d'hospitalisation brève (UHB) ou unité de décision clinique (UDC)
43 : transplantation ;
45 : réadaptation physique ;
48 : psychiatrie légale;
49 : soins intensifs;
50 : anesthésie-réanimation ;
52 : hôpital à domicile ;
60 : gynécologie ;
62 : obstétrique : délivrées ;
63 : obstétrique : ante-partum ;
64 : obstétrique : post-partum ;
65 : obstétrique : avortement ;
66 : obstétrique : gynécologie ;
67 : endocrinologie pédiatrique ;
68 : génétique humaine ;
69 : gastro-entérologie pédiatrique ;
71 : hématologie pédiatrique ;
72 : infectiologie pédiatrique ;
73 : microbiologie médicale et infectiologie ;
74 : pneumologie pédiatrique ;
75 : neurologie pédiatrique ;
76 : radiologie diagnostique ;
77 : radio-oncologie ;
78 : pédopsychiatrie ;
79 : immunologie ;
80 : pédiatrie ;
81 : néonatologie (soins normaux) ;
82 : néonatologie (soins spéciaux) ;
83 : soins palliatifs ;
84 : soins aux brûlés ;
85 : médecine ;
86 : répit pour la famille ;
87 : oncologie médicale ;
89 : gériatrie ;
90 : psychiatrie ;
91 : toxicologie ;
94 : désintoxication des alcooliques et autres drogués;
95 : réadaptation des alcooliques et autres drogués ;

PRECISION Si l'ajout de services s'avère nécessaire, communiquer avec les responsables de MED-ÉCHO au MSSS.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.2 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 3. Description des éléments

Division 3.31.3 Statut de résidence du médecin (service)

ÉLÉMENT Statut de résidence du médecin (service).

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code précisant le groupe appartient le médecin qui a traité l'usager dans le service.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

1 : médecin résidant au Québec ;
2 : dentiste résidant au Québec ;
6 : médecin résidant hors Québec ;
7 : dentiste résidant hors Québec.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.4 Spécialité du médecin (service)

ÉLÉMENT Spécialité du médecin (service).

FORMAT 2 – numérique

DÉFINITION Code précisant la spécialité du médecin qui a traité l'usager dans le service.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

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

(1) Spécialités dentaires autres que celles prévues pour les valeurs : 15 et 22

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.4 Spécialité du médecin (service)

PRÉCISION

Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec le 22 octobre 2015 et de la liste des spécialités de l'Ordre des dentistes du Québec de 2010.

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

Division 3.31.5 Nombre de jours (service)

ÉLÉMENT	Nombre de jours (service).
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de jours durant lesquels l'usager a séjourné dans le service selon les critères du 3.31.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque bloc de service inscrit et peut prendre les valeurs 0001 à 9999.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.6 Diagnostic (service)

ÉLÉMENT Diagnostic (service)

FORMAT 7 – alphanumérique.

DÉFINITION Affection ayant justifié le séjour dans le service, codée selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)*. Cette affection correspond au diagnostic principal lorsque l'usager n'a fréquenté qu'un service. S'il y a plus d'un service en cause, l'affection peut être différente du diagnostic principal ou identique à celui-ci. Toutefois, le diagnostic principal doit apparaître dans les données d'un des services.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire et le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1).

Le code R69 est accepté comme diagnostic temporaire, mais il devra être éventuellement remplacé par un code plus précis.

PRÉCISIONS

1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic.

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

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.31.7 Caractéristique du diagnostic (service)

ÉLÉMENT Caractéristique du diagnostic (service).

FORMAT 1 – alphanumérique.

DÉFINITION Code servant à préciser si le diagnostic est soit une infection ou soit une complication selon les renseignements fournis par le médecin dans le dossier médical.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

0 : valeur par défaut (aucune complication ni infection) ;
1 : complication ;
2 : infection.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32 Autres diagnostics

ÉLÉMENT Autres diagnostics

DÉFINITION Affections autres que celle du diagnostic principal ou du diagnostic établi dans le service (division 3.31.6), qui ont été diagnostiquées ou traitées pendant le séjour à l'installation. Les diagnostics sont posés par le médecin traitant.

DESCRIPTION Le bloc « autres diagnostics » comprend toujours trois informations :

1) référence service ;
2) diagnostic ;
3) caractéristique du diagnostic.

PRÉCISION Il peut y avoir jusqu'à quarante autres diagnostics par abrégé comme il peut y en avoir aucun.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32.1 Référence service (autres diagnostics)

ÉLÉMENT Référence service (autres diagnostics).

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant le service déjà inscrit dans lequel l'affection en question a été diagnostiquée ou traitée.

DESCRIPTION Cette donnée doit être transmise pour chaque «autre diagnostic». Les valeurs possibles sont :

1 : premier service;
2 : deuxième service;
3 : troisième service;
4 : quatrième service;
9 : cinquième service et plus.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32.2 Diagnostics (autres diagnostics)

ÉLÉMENT Diagnostic (autres diagnostics)

FORMAT 7 – alphanumérique.

DÉFINITION Affections autres que celle du diagnostic principal ou des « diagnostics (service) » (division 3.31.6) qui ont été diagnostiquées ou traitées pendant le séjour dans l'installation. Elles sont codées selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)*. Le choix de ces diagnostics relève du médecin traitant. Il peut également s'agir d'un accident subi par l'usager au cours de la présente hospitalisation.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire dès qu'il y a un « autre diagnostic » et le code doit être présent dans la table de validation des diagnostics fournie par MED-ÉCHO (division 5.1).

Le code R69 est accepté comme diagnostic temporaire, mais il devra être éventuellement remplacé par un code plus précis.

PRÉCISIONS

1) MED-ÉCHO exige toujours au moins trois caractères pour le code de diagnostic.

2) Les valeurs permises pour le code de cause externe de traumatisme sont comprises entre V01 et Y98.

3) L'accident en cours d'hospitalisation est un événement fortuit ou une circonstance particulière qui implique un usager de l'installation, qu'il en résulte ou non des circonstances fâcheuses. Les accidents survenant pendant un congé temporaire sont aussi codés dans « autres diagnostics ».

4) Les actes chirurgicaux et médicaux responsables de problèmes pendant le séjour (Y83 à Y84) sont également inclus dans les « autres diagnostics ».

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.32.3 Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)

ÉLÉMENT Caractéristique du diagnostic (autres diagnostics)

FORMAT 1 – alphanumérique.

DÉFINITION Code servant à préciser la nature du diagnostic.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire si un « autre diagnostic » est inscrit et peut prendre les valeurs suivantes :

0 : valeur par défaut (aucune complication ni infection) ;
1 : complication ;
2 : infection ;
3 : précision ;
9 : à l'usage du CH ;
A : cause externe à l'origine d'un traumatisme.

PRÉCISIONS

1) Les diagnostics identifiés par la valeur 9 (à usage local du CH) ne doivent pas être transmis à MED-ÉCHO.

2) Seuls les codes de cause externe de traumatisme (compris entre V01 et Y98) peuvent être identifiés par la valeur A (cause externe à l'origine d'un traumatisme).

3) Pour utiliser la valeur A il doit y avoir un traumatisme (code commençant par S ou T) codé dans les « autres diagnostics » ou dans « diagnostic (service) ».

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33 Consultation médicale

ÉLÉMENT Consultation médicale.

DÉFINITION Opinion écrite donnée par un médecin au sujet d'un usager à la suite d'une requête écrite d'un autre médecin.

DESCRIPTION Le bloc « consultation médicale » comprend toujours trois informations :

1 : référence service ;
2 : domaine de consultation ;
3 : spécialité du médecin.

PRÉCISION Il s'agit des consultations demandées et effectivement faites. Il peut y avoir jusqu'à neuf consultations médicales par usager.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33.1 Référence service (consultation)

ÉLÉMENT Référence service (consultation).

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant quel service inscrit a demandé la consultation médicale.

DESCRIPTION Cette donnée doit être transmise pour toutes les consultations données. Les valeurs possibles sont :

1 : premier service ;
2 : deuxième service ;
3 : troisième service ;
4 : quatrième service ;
9 : cinquième service et plus.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33.2 Domaine de consultation

ÉLÉMENT Domaine de consultation.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code qui sert à indiquer dans quel domaine la consultation a été demandée.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

01 : allergie ;
02 : cardiologie ;
03 : dermatologie ;
04 : endocrinologie ;
05 : gastro-entérologie ;
06 : hématologie ;
07 : médecine interne ;
08 : néphrologie ;
09 : neurologie ;
10 : physiatrie ;
11 : pneumologie ;
12 : rhumatologie ;
13 : hémodynamique ;
14 : chirurgie dentaire ;
15 : médecine tropicale ;
16 : médecine vasculaire ;
17 : planning familial ;
20 : chirurgie cardiovasculaire ;
22 : chirurgie buccale et maxillo-faciale;
24 : chirurgie générale ;
26 : chirurgie plastique ;
28 : chirurgie thoracique ;
30 : neurochirurgie ;
32 : ophtalmologie ;
34 : orthopédie ;
36 : oto-rhino-laryngologie ;
38 : urologie ;
41 : traumatologie ;
43 : transplantation ;
50 : anesthésie-réanimation ;
51 : libre ;
52 : hospitalisation à domicile ;
54 : soins critiques (soins intensifs) ;
60 : gynécologie ;
62 : obstétrique ;
67 : neuro-ophtalmologie ;
68 : génétique ;
69 : neuropsychiatrie ;
70 : anatomopathologie ;
71 : biochimie médicale ;
72 : hématologie (laboratoire) ;
73 : microbiologie médicale et infectiologie ;
74 : maladies lipidiques ;
75 : infectiologie ;
76 : radiologie diagnostique ;
77 : radio-oncologie ;
78 : médecine nucléaire ;
79 : immunologie ;
80 : pédiatrie ;
81 : néonatologie ;
83 : soins palliatifs ;
85 : omnipraticien ;
86 : chirurgie vasculaire périphérique ;
87 : oncologie médicale ;
89 : gériatrie ;
90 : psychiatrie ;
91 : toxicologie ;
94 : désintoxication des alcooliques et autres drogués ;
95 : réadaptation des alcooliques et autres drogués.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.33.3 Spécialité du médecin (consultation)

ÉLÉMENT Spécialité du médecin (consultation).

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code précisant la spécialité du médecin qui a donné la consultation.

DESCRIPTION Donnée à transmettre pour chaque consultation donnée. Les valeurs possibles sont les suivantes :

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

(1) Spécialités dentaires autres que celles prévues pour les valeurs : 15 et 22

PRÉCISIONS : Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec le 22 octobre 2015 et de la liste des spécialités de l'Ordre des dentistes du Québec de 2010. Les spécialités marquées d'une étoile n'apparaissent plus dans la liste des spécialités du Collège des médecins du Québec (CMQ) mais sont laissées dans la liste des spécialités de MED-ÉCHO, car elles sont encore utilisées dans le bottin du CMQ.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.34 Nombre de total de consultations

ÉLÉMENT	Nombre total de consultations.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Nombre total de consultations médicales et paramédicales données à l'usager.
DESCRIPTION	Cette donnée doit être transmise pour chaque hospitalisation où il y a au moins une consultation donnée.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35 Traitement

ÉLÉMENT Traitement

DÉFINITION Ensemble des informations sur les actes thérapeutiques, diagnostiques, chirurgicaux et obstétricaux faits à l'installation.

DESCRIPTION Le bloc « traitement » comprend treize informations :

- référence service ;
- date de l'intervention ;
- heure de l'intervention ;
- date de sortie de la salle d'opération;
- heure de sortie de la salle d'opération
- lieu de l'intervention ;
- intervention ;
- nombre d'interventions ;
- statut de résidence du médecin (qui a pratiqué l'intervention) ;
- spécialité du médecin (qui a pratiqué l'intervention) ;
- statut de résidence du médecin (qui a pratiqué l'anesthésie) ;
- spécialité du médecin (qui a pratiqué l'anesthésie) ;
- technique d'anesthésie.

PRÉCISION Il peut y avoir jusqu'à trente-cinq traitements par abrégé comme il peut y en avoir aucun, sauf pour le type de soins 27 qui doit avoir au moins un traitement.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.1 Référence service (traitement)

ÉLÉMENT Référence service (traitement).

FORMAT 1 - numérique.

DÉFINITION Code indiquant le service où est inscrit l'usager recevant le traitement.

DESCRIPTION Cette donnée doit être transmise pour chaque code de traitement. Les valeurs possibles sont :

1 : premier service ;
2 : deuxième service ;
3 : troisième service ;
4 : quatrième service ;
9 : cinquième service et plus.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.2 Dates et heures de l’intervention (traitement)

ÉLÉMENT Dates et heures de l’intervention

DÉFINITION Dates et heures où l’intervention a été pratiquée.

DESCRIPTION Le bloc «Dates et heures de l’intervention» comprend 4 informations :

1) Date de l’intervention;
2) Heure de l’intervention;
3) Date de sortie de la salle d’opération;
4) Heure de sortie de la salle d’opération

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.2.1 Date de l’intervention (traitement)

ÉLÉMENT	Date de l’intervention
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Date où l’intervention a été pratiquée
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d’intervention.
PRÉCISION	Lorsqu’une intervention est répétée plus d’une fois, inscrire la date de la première intervention pratiquée.

Division 3.35.2.2 Heure de l'intervention (traitement)

ÉLÉMENT	Heure de l'intervention
FORMAT	4 - numérique (HHMM).
DÉFINITION	Heure où l'intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque intervention pratiquée au bloc opératoire.
PRÉCISION	Lorsqu'une intervention est répétée plus d'une fois, inscrire l'heure de la première intervention pratiquée.

ÉLÉMENT	Date de sortie de la salle d'opération
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Date à laquelle l'usager a quitté la salle d'opération.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque intervention pratiquée au bloc opératoire.
PRÉCISION	Inscrire la date à laquelle l'usager quitte le lieu d'intervention comme date de sortie de la salle d'opération.

Division 3.35.2.4 Heure de sortie de la salle d'opération

ÉLÉMENT	Heure de sortie de la salle d'opération
FORMAT	4 - numérique (HHMM).
DÉFINITION	Heure à laquelle l'usager a quitté la salle d'opération.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque intervention pratiquée au bloc opératoire.
PRÉCISION	Inscrire l'heure à laquelle l'usager quitte le lieu d'intervention comme heure de sortie de la salle d'opération. L'heure de sortie ne comprend pas le temps passé dans la salle postopératoire ou la salle de réveil.

ÉLÉMENT	Durée de l’intervention
FORMAT	5 - numérique (HHHMM).
DÉFINITION	Durée de l’intervention calculée en fonction de la date et heure de l’intervention et de la date et heure de sortie de la salle d’opération.
DESCRIPTION	Cette donnée est calculée lorsque les champs date de l’intervention, heure de l’intervention, date de sortie de la salle d’opération et heure de sortie de la salle d’opération sont renseignés.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.3 Lieu de l'intervention

ÉLÉMENT Lieu de l'intervention

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant le lieu où l'intervention a été pratiquée.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire si le code de l'intervention pratiquée débute par 1_, 2_, 3_ et 5_. Autrement, elle peut être facultative sous réserve de la validation 4.18F.

Les valeurs possibles sont les suivantes :

1 : bloc opératoire ;
2 : salle d'accouchement ;
~~3 : Projet1 – Chirurgie Dix30 inc.~~*;
~~4 : Projet2 – Centre de chirurgie RocklandMD~~ *;
~~5 : Projet3 – Groupe Opmedic inc.~~*;
6 : à l'extérieur dans une autre installation ;
7 : à l'extérieur dans un centre médical spécialisé associé ;
9 : autre lieu à l'intérieur de l'installation.

PRÉCISION La valeur 1 doit être utilisée dans tous les cas où l'intervention est réalisée au bloc opératoire. Pour le bloc opératoire, se référer au Manuel de gestion financière, vol.1, chap. 04, centre d'activité 6260 pour en connaître la définition. Les salles dédiées à l'obstétrique au sein du bloc opératoire sont exclues de cette variable.

La valeur 2 doit être utilisée dans tous les cas où l'intervention est réalisée au bloc obstétrical. Pour le bloc obstétrical, se référer au Manuel de gestion financière, vol.1, chap. 04, centre d'activité 6363 pour en connaître la définition. Les salles dédiées à l'obstétrique au sein du bloc opératoire doivent être incluses à la valeur 2.

La valeur 6 doit être utilisée dans le cas des interventions pratiquées à l'extérieur de l'installation durant l'hospitalisation de l'usager. Si l'absence est de plus de 24 heures, on devrait retrouver une valeur dans « nombre de jours de congé temporaire » (division 3.26).

La valeur 7 doit être utilisée dans tous les cas où les interventions sont pratiquées dans un centre médical spécialisé associé lors d'une chirurgie d'un jour ou durant l'hospitalisation. Pour les hospitalisations, si l'absence est de plus de 24 heures, on devrait retrouver une valeur dans « nombre de jours de congé temporaire » (division 3.26).

Les valeurs 3-4-5 ont été introduites en cours d’année 2016-2017 et ont été officiellement retirées pour l’année 2022-2023. Nous avons reçu l'information à l'effet que le projet expérimental auquel ces lieux d’intervention étaient liés avait pris fin en mai 2020. En ce sens, à partir de juin 2021, les lieux d’interventions 3-4-5 devraient plutôt être inclus au lieu d’intervention *7 : à l’extérieur dans un centre médical spécialisé associé* (CMS) puisque les trois cliniques liées au projet expérimental sont aussi des CMS.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.4 Intervention

ÉLÉMENT Intervention

DÉFINITION Interventions pratiquées pendant l'hospitalisation d'un usager.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire si une ou des interventions ont été pratiquées à l'installation au cours de l'hospitalisation.

Le bloc « code d'intervention » comprend 4 informations :

1) code de l'intervention ;
2) attribut de situation ;
3) attribut de lieu ;
4) attribut d'étendue.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.4.1 Code de l'intervention

ÉLÉMENT	Code de l'intervention
FORMAT	10 – alphanumérique.
DÉFINITION	Interventions pratiquées pendant l'hospitalisation d'un usager et correspondant à la *Classification canadienne des interventions (CCI)*.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire si une ou des interventions ont été pratiquées à l'installation au cours de l'hospitalisation et le code doit être présent dans la table de validation des interventions fournie par MED-ÉCHO (division 5.3).
PRÉCISION	MED-ÉCHO exige toujours au moins sept caractères pour le code de l'intervention.

ÉLÉMENT	Attribut de situation
FORMAT	2– alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la *Classification canadienne des interventions (CCI)*, l'attribut de situation permet de décrire 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 donnée est obligatoire pour certains codes d'interventions et sera validée par la table de validation de l'attribut de situation (division 5.3.5)

ÉLÉMENT	Attribut de lieu
FORMAT	2– alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la *Classification canadienne des interventions (CCI)*, l'attribut de lieu permet d'identifier les détails et données anatomiques supplémentaires.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour certains codes d’intervention et sera validée par la table de validation de l’attribut de lieu (division 5.3.7).

Division 3.35.4.4 Attribut d’étendue

ÉLÉMENT	Attribut d’étendue
FORMAT	2– alphanumérique.
DÉFINITION	Codé selon la *Classification canadienne des interventions (CCI)*, l'attribut d'étendue permet d'indiquer, si nécessaire, une mesure quantitative relative à l'intervention.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour certains codes d’intervention et sera validée par la table de l’attribut d’étendue (division 5.3.9).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.5 Nombre d'interventions

ÉLÉMENT Nombre d'interventions.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Indication du nombre de fois qu'une intervention a été pratiquée.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'intervention transmis et peut prendre les valeurs de 00 à 99.

PRÉCISION Pour l'utilisation de la version 37 des APR-DRG, la valeur 0 ne permet plus d'indiquer qu'il s'agit d'une intervention qui ne doit pas être pris en compte par le Grouper (3M). L'intervention sera prise en compte à moins qu'elle ait eu lieu à l'extérieur dans une autre installation (lieu de l'intervention=6), ou que l'intervention ait été abandonnée (attribut de situation= « A »). La valeur 0 peut être utilisée dans ces deux situations.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.6 Statut de résidence du médecin (traitement)

ÉLÉMENT Statut de résidence du médecin (traitement).

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code précisant le groupe auquel appartient le médecin qui a posé l'acte.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire si le code de l'intervention pratiquée débute par 1_, 2_, 3_ et 5._. Autrement, elle peut être facultative sous réserve de la validation 4.18F.

Elle peut prendre les valeurs suivantes :

1 : médecin résidant au Québec ;
2 : dentiste résidant au Québec ;
6 : médecin résidant hors du Québec ;
7 : dentiste résidant hors du Québec ;
9 : non-médecin.

PRÉCISION Un acte peut être posé par un intervenant qui n'est pas médecin. Dans ce cas, la valeur 9 (non-médecin) sera utilisée.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.7 Spécialité du médecin (traitement)

ÉLÉMENT Spécialité du médecin (traitement).

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code précisant la spécialité du médecin ou de l'intervenant qui a posé l'acte.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire si le code de l'intervention pratiquée débute par 1_, 2_, 3_ et 5_. Autrement, elle peut être facultative sous réserve de la validation 4.18F. Elle peut prendre les valeurs suivantes :

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

(1) Spécialités dentaires autres que celles prévues pour les valeurs : 15 et 22

PRÉCISION

Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec le 22 octobre 2015 et de la liste des spécialités de l'Ordre des dentistes du Québec de 2010. Les spécialités marquées d'une étoile n'apparaissent plus dans la liste des spécialités du Collège des médecins du Québec (CMQ) mais sont laissées dans la liste des spécialités de MED-ÉCHO, car elles sont encore utilisées dans le bottin du CMQ.

Division 3.35.8 Statut de résidence du médecin (anesthésie)

ÉLÉMENT Statut de résidence du médecin (anesthésie).

FORMAT 1 - numérique.

DÉFINITION Code précisant le groupe auquel appartient le médecin qui a pratiqué l'anesthésie.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'acte posé sous anesthésie. Les valeurs possibles sont :

1) médecin résidant au Québec ;
2) dentiste résidant au Québec ;
6) médecin résidant hors du Québec ;
7) dentiste résidant hors du Québec.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.9 Spécialité du médecin (anesthésie)

ÉLÉMENT Spécialité du médecin (anesthésie).

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code précisant la spécialité du médecin qui a pratiqué l'anesthésie.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'acte posé sous anesthésie et peut prendre les valeurs suivantes :

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

[1]) Spécialités dentaires autres que celles prévues pour les valeurs : 15 et 22

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.9 Spécialité du médecin (anesthésie)

PRÉCISION

Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec le 22 octobre 2015 et de la liste des spécialités de l'Ordre des dentistes du Québec de 2010. Les spécialités marquées d'une étoile n'apparaissent plus dans la liste des spécialités du Collège des médecins du Québec (CMQ) mais sont laissées dans la liste des spécialités de MED-ÉCHO, car elles sont encore utilisées dans le bottin du CMQ.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.10 Technique d'anesthésie

ÉLÉMENT Technique d'anesthésie.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code précisant le genre d'anesthésie utilisée pour le traitement.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire s'il y a une valeur présente dans la spécialité du médecin anesthésiste. Les valeurs possibles sont les suivantes :

99 : Aucune anesthésie ;
20 : Anesthésie générale ;
21 : Rachianesthésie ;
22 : Anesthésie péridurale ;
23 : Anesthésie générale et (péridurale ou rachianesthésie);
24 : Autre anesthésie par blocage nerveux ;
25 : Anesthésie locale ;
26 : Anesthésie rachidienne et péridurale combinée;
27 : Sédation avec présence d'un anesthésiste;
28 : Autres anesthésies;

PRÉCISIONS

1) L'anesthésie par blocage nerveux comprend les techniques périphériques comme le blocage du plexus brachial, le blocage d'un nerf unique et les intraveineuses régionales (bloc de Bier).

2) L'anesthésie locale est utilisée dans le cadre d'interventions simples et de courte durée. Les médicaments utilisés peuvent être injectés, vaporisés ou appliqués de façon topique sur une petite surface du corps.

3) L'anesthésie rachidienne et péridurale combinées doivent être utilisées simultanément lors de l'intervention.

4) La sédation sans la présence d'un anesthésiste est codée à « Autre anesthésie »

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36 Soins intensifs

ÉLÉMENT Soins intensifs.

DÉFINITION Soins spéciaux et de surveillance continue des usagers dont l'état nécessite la présence constante du personnel infirmier.

DESCRIPTION Le bloc « soins intensifs » comprend quatre informations :

1) code de l'unité ;
2) nombre de jours;
3) date de début;
4) date de fin.

Ces informations sont obligatoires pour les installations ayant un regroupement physique de lits de soins intensifs lorsqu'un usager y séjourne.

PRÉCISION Dans la transmission régulière, il peut y avoir jusqu'à 15 séjours différents à l'unité de soins intensifs par abrégé comme il peut y en avoir aucun. Dans le cadre de la transmission préliminaire, il n'y a aucun maximum de séjours différents à l'unité de soins intensifs.

Les soins intermédiaires ne font pas partie de l'unité de soins intensifs, ils font partie de l'unité de soins (lieu physique) où l'usager a reçu les services.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.1 Code de l'unité

ÉLÉMENT Code de l'unité.

FORMAT 2 – numérique.

DÉFINITION Code précisant le type d'unité de soins intensifs dont il s'agit.

DESCRIPTION Les valeurs permises sont :

01 : soins intensifs ;
02 : soins intensifs post-chirurgicaux ;
03 : soins intensifs coronariens ;
04 : soins intensifs neurologiques ;
05 : soins intensifs aux grands brûlés ;
06 : soins intensifs néonatals ;
07 : soins intensifs de traumatologie.

PRÉCISION Si l'ajout de codes se révèle nécessaire, communiquer avec les responsables de MED-ÉCHO au MSSS.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.2 Nombre de jours (soins intensifs)

ÉLÉMENT	Nombre de jours (soins intensifs).
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de jours durant lesquels l'usager a séjourné à l'unité de soins intensifs.
DESCRIPTION	Les valeurs permises vont de 01 à 9999.
PRÉCISION	Ces jours sont inclus dans le « nombre de jours (service) » (division 3.31.5) et dans le « séjour total » (division 3.27).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.3 Date de début (soins intensifs)

ÉLÉMENT	Date de début (soins intensifs).
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ).
DÉFINITION	Date à laquelle le séjour aux soins intensifs a débuté.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque séjour aux soins intensifs.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.4 Date de fin (soins intensifs)

ÉLÉMENT	Date de fin (soins intensifs).
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMJJ)
DÉFINITION	Date à laquelle le séjour aux soins intensifs s’est terminé.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque séjour aux soins intensifs.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37 Tumeur

ÉLÉMENT Tumeur

DÉFINITION Code de diagnostic de la CIM-10-CA compris entre C00 et D09 inclusivement, entre D32 et D33 et entre D35.2 et D35.4 et entre D37 et D48.

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

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.1 Nom du père

ÉLÉMENT	Nom du père à la naissance
FORMAT	30 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom à la naissance du père de l'usager.
DESCRIPTION	Avec un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.
PRÉCISION	Si présent, doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants : • Lettres majuscules ou minuscules de A à Z • Toutes les lettres accentuées de la langue française • Caractères spéciaux : espace ( ), point (.), apostrophe (') tiret (-) ou dièse (#) Exemple : L'Archevêque se transmet tel quel.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.37.2 Prénom du père

ÉLÉMENT	Prénom du père
FORMAT	20 – alphabétique.
DÉFINITION	Prénom du père de l'usager.
DESCRIPTION	Quand il y a un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.
PRÉCISION	Si présent, doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants : • Lettres majuscules ou minuscules de A à Z • Toutes les lettres accentuées de la langue française • Caractères spéciaux : espace ( ), point (.), apostrophe (') tiret (-) ou dièse (#) Exemple : Jean-François se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.3 Nom de la mère à la naissance

ÉLÉMENT	Nom de la mère à la naissance
FORMAT	30 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom à la naissance de la mère de l'usager.
DESCRIPTION	Avec un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.
PRÉCISION	Si présent, doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants : • Lettres majuscules ou minuscules de A à Z • Toutes les lettres accentuées de la langue française • Caractères spéciaux : espace ( ), point (.), apostrophe (') tiret (-) ou dièse (#) Exemple : Mc Mahon se transmet tel quel.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.37.4 Prénom de la mère

ÉLÉMENT	Prénom de la mère
FORMAT	20 – alphabétique.
DÉFINITION	Prénom de la mère de l'usager.
DESCRIPTION	Quand il y a un code de tumeur, cette donnée doit être transmise si elle est connue.
PRÉCISION	Si présent, doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants : • Lettres majuscules ou minuscules de A à Z • Toutes les lettres accentuées de la langue française • Caractères spéciaux : espace ( ), point (.), apostrophe (') tiret (-) ou dièse (#) Exemple : Jeanne d'Arc se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5 Code de tumeur

ÉLÉMENT Code de tumeur.

DÉFINITION Description du siège, de la morphologie et du mode de diagnostic de la tumeur.

DESCRIPTION Pour chaque tumeur différente, les informations suivantes sont transmises :

1) topographie de la tumeur ;
2) morphologie de la tumeur ;
3) mode de diagnostic.

PRÉCISION Il y a possibilité de transmettre l'information sur le siège de trois tumeurs ou métastases par abrégé.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.1 Topographie de la tumeur

ÉLÉMENT Topographie de la tumeur

FORMAT 7– alphanumérique.

DÉFINITION Code de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)* indiquant le siège de la tumeur ou de la métastase.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire quand il y a tumeur et doit être identique à l'un des diagnostics déjà inscrits dans « diagnostic principal », « diagnostic (service) » ou « diagnostic (autres diagnostics) », (jusqu'à concurrence de trois). Les valeurs possibles pour les codes de topographie sont :

C00 à D09 ;
D32 à D33 ;
D35.2 à D35.4;
D37 à D48.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.2 Morphologie de la tumeur

ÉLÉMENT Morphologie de la tumeur

FORMAT 6 – numérique.

DÉFINITION Précision sur le type histologique de la tumeur (quatre premiers chiffres) codé d'après la *Classification internationale des maladies-Oncologie* (3e édition), le comportement évolutif de celle-ci (cinquième chiffre) et le grade de différenciation de la tumeur maligne (6e chiffre). Le 6e chiffre peut aussi indiquer le type de cellules dans le cas de lymphome et de leucémie.

DESCRIPTION Donnée obligatoire pour chaque code de topographie inscrit. Les valeurs possibles sont :

1) les quatre premiers chiffres du code qui précisent le **type histologique** de la tumeur et qui doit figurer dans la table de validation des codes de morphologie tumeur fournie par MED-ÉCHO (division 5.2) ;

2) un cinquième chiffre qui renseigne sur le **comportement évolutif** de la tumeur :

   0 : tumeur bénigne ;
   1 : évolution incertaine (tumeur bénigne ou maligne) ;
   2 : carcinome *in situ* ;
   3 : tumeur maligne primitive ;
   6 : tumeur maligne métastatique ;
   9 : tumeur maligne, origine incertaine (tumeur primitive ou métastatique).

3) un sixième chiffre qui renseigne sur le grade de différenciation de la tumeur maligne ou sur le type de cellules dans le cas de lymphome ou leucémie.

Code de grade :

9	Grade ou différenciation non déterminé(e), non cité(e) ou inapplicable

Types de cellules des lymphomes et leucémies :

9	Type de cellule non déterminé, non cité ou inapplicable

PRÉCISION

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

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.3 Mode de diagnostic

ÉLÉMENT Mode de diagnostic

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code servant à préciser la méthode utilisée pour diagnostiquer la tumeur.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire pour chaque « code de tumeur ». Les valeurs possibles sont :

1 : biopsie ou histologie ;
2 : cytologie ;
3 : autopsie ;
4 : radiologie (médecine nucléaire) ;
5 : examen clinique ;
6 : examen de dépistage fait antérieurement;
7 : Examen de laboratoire ou étude par marqueur positif;
8 : Visualisation directe sans confirmation microscopique (chirurgie ou autopsie sans histologie) ;

PRÉCISION Si le diagnostic est confirmé par biopsie ou cytologie, la « morphologie de la tumeur » doit être codée d'après le rapport de pathologie ou cytologie.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38 Décès

ÉLÉMENT Décès.

DÉFINITION Mort de l'usager au cours de son hospitalisation.

DESCRIPTION Les informations du bloc « décès » sont obligatoires dans le cas d'un usager hospitalisé ou inscrit à l'unité de chirurgie d'un jour et qui décède, les trois informations suivantes doivent alors être transmises :

1) cause immédiate du décès ;
2) type de décès ;
3) autopsie.

PRÉCISION Les données ci-dessus doivent aussi être transmises lorsque le décès survient au cours d'un congé temporaire, sauf si le décès est constaté dans une autre installation.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38.1 Cause immédiate du décès

ÉLÉMENT	Cause immédiate du décès
FORMAT	7 – alphanumérique.
DÉFINITION	Maladie ou affection morbide ayant provoqué le décès codée selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)*. La cause du décès est établie par le médecin.
DESCRIPTION	Cette information est obligatoire et le code de la CIM-10-CA précisant la cause de décès doit être un des diagnostics déjà mentionnés (divisions 3.30, 3.31.6, 3.32.2).
PRÉCISION	Le diagnostic d'une tumeur primaire ou celui d'une métastase est accepté comme cause immédiate de décès.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38.2 Type de décès

ÉLÉMENT Type de décès.

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code permettant de classer les décès selon les types définis dans les *Normes en archives médicales pour les centres hospitaliers de courte durée.*

DESCRIPTION Les valeurs possibles sont :

1 : décès peropératoire (décès survenu en salle d'opération) ;
2 : décès postopératoire (décès dans les 10 jours ou moins suivant l'intervention chirurgicale d'un usager) ;
5 : décès maternel (décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.) ;
6 : autres type de décès ;
7 : décès néonatal précoce (0 à 6 jours de vie du nouveau-né);
8 : décès néonatal tardif (7 à 27 jours de vie du nouveau-né);

PRÉCISION

1) Les types de décès maternel et néonatal sont toujours prioritaires.
   Ex. : Une femme qui décède suite à une hystérectomie lié à une atonie utérine hémorragique au cours de l'accouchement. doit être un décès maternel (valeur 5).

2) Un usager réadmis, dans la même installation, et qui décède dans les 10 jours ou moins suivant l'intervention chirurgicale doit être considéré comme un décès postopératoire

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.38.3 Autopsie

ÉLÉMENT Autopsie.

FORMAT 1 – numérique.

DÉFINITION Code indiquant si une autopsie a été faite après un décès et s'il y a eu ou non une enquête du coroner.

DESCRIPTION Les valeurs possibles sont :

1 : pas d'autopsie ;
2 : enquête du coroner sans autopsie ;
3 : autopsie sans enquête du coroner ;
4 : enquête du coroner avec autopsie en centre hospitalier ; sont incluses les autopsies faites dans un autre centre hospitalier suite à une entente ou à un contrat ;
5 : enquête du coroner avec autopsie à l'extérieur du centre hospitalier, (ex. : à la morgue) ;
6 : information non présente dans le dossier médical ;
7 : enquête du coroner, autopsie non mentionnée au dossier ;
8 : cadavre donné pour l'étude de l'anatomie.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.39 Mortinaissance

ÉLÉMENT Mortinaissance.

DÉFINITION Terme utilisé correspondant à la notion de mort-né, c'est-à-dire un produit de conception non vivant pesant au moins 500 grammes ou ayant atteint un âge gestationnel d'au moins 20 semaines.

DESCRIPTION Le bloc « mortinaissance » comprend deux informations qui doivent être obligatoirement transmises en présence d'un diagnostic de mort-né :

1) le nombre de mortinaissances ;
2) le nombre de mortinaissances autopsiées.

PRÉCISION Cette information porte sur les suites de la grossesse actuelle et non sur des grossesses antérieures. Dans le système MED-ÉCHO, il n'y a pas d'abrégé pour les mort-nés. Les données concernant les mortinaissances sont transmises sur l'abrégé de la mère.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.39.1 Nombre de mortinaissances

ÉLÉMENT	Nombre de mortinaissances.
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de mort-nés faisant suite à la présente grossesse.
DESCRIPTION	Les valeurs permises vont de 1 à 8.

Division 3.39.2 Nombre de mortinaissances autopsiées

ÉLÉMENT	Nombre de mortinaissances autopsiées.
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Il s'agit du nombre de mort-nés sur lesquels on a pratiqué une autopsie.
DESCRIPTION	Les valeurs permises vont de 0 à 8.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.40 Masse à la naissance

ÉLÉMENT Masse à la naissance.

FORMAT 4 – numérique.

DÉFINITION Masse, exprimée en grammes, d'un enfant né vivant, c'est-à-dire d'un produit de conception vivant quel que soit son poids, ou d'un enfant mort-né, c'est-à-dire d'un produit de conception non vivant pesant au moins 500 grammes ou ayant un âge gestationnel d'au moins 20 semaines.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire pour chaque naissance et doit apparaître :

1) sur l'abrégé de l'enfant né à l'installation ;
2) sur l'abrégé de l'enfant admis dans les 28 premiers jours de vie ;
3) sur l'abrégé de la mère qui accouche à l'installation.

Les valeurs permises sont de 1 gramme et plus.

PRÉCISIONS

1) Sur l'abrégé de l'enfant, la masse doit être inscrite dans la première zone de « masse à la naissance ».

2) Sur l'abrégé de la mère, il est possible d'inscrire la masse de triplés. S'il naît quatre enfants ou plus, transmettre la masse des trois premiers.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.41 Durée de la gestation

ÉLÉMENT	Durée de la gestation.
FORMAT	3 – numérique.
DÉFINITION	Évaluation du temps, de la présente grossesse en nombre de semaines et de jours complétés.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire sur l'abrégé de l'enfant né à l'installation et sur l'abrégé de la mère lorsqu'il y a naissance vivante ou mortinaissance. Les valeurs possibles pour les deux premières positions vont de 01 à 48 et pour la troisième position de 0 à 6.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.42 Numéro de dossier médical de la mère

ÉLÉMENT	Numéro de dossier de la mère.
FORMAT	12 – alphanumérique.
DÉFINITION	Numéro de dossier médical de la mère de l'enfant né à l'installation.
DESCRIPTION	Donnée à transmettre sur l'abrégé du nouveau-né.

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.43 Niveau de soins alternatif

ÉLÉMENT Niveau de soins alternatif

DÉFINITION Ensemble d'information relative au niveau de soins alternatif. Chaque type de condition de séjour différent pour un même usager doit être saisi en ordre chronologique.

DESCRIPTION Le bloc « Niveau de soins alternatif » comprend les quatre informations suivantes :

1) type de condition de séjour;
2) date de début de la condition de séjour;
3) date de fin de la condition de séjour;
4) nombre de jours.

Il peut y avoir plusieurs blocs par épisode de soins correspondant à chaque type de condition de séjour.

Ces informations sont transmises seulement dans le cadre de la transmission préliminaire.

En développement

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.43.1 Type de condition de séjour

ÉLÉMENT Type de condition de séjour

FORMAT 3 – alphanumérique.

DÉFINITION Code indiquant qu'il s'agit d'un usager ayant un statut de niveau de soins alternatif. Cette variable est utilisée exclusivement lors de la transmission préliminaire.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire lorsqu'il s'agit d'un usager ayant un statut de niveau de soins alternatif et sera validé par la table du type de condition de séjour (division 5.13). Elle est transmise dans le cadre de la **transmission préliminaire** et les valeurs disponibles sont :

0 Soins actifs;
1.1 Processus d'orientation - évaluation en cours;
1.2 Processus d'orientation - demande transmise;
2 Attente SAD;
3.1 Attente soins de longue durée (CHSLD);
3.2 Attente RI ou RTF;
4.1 Attente réadaptation intensive ou spécialisée AVC/Traumatologie;
4.2 Attente réadaptation intensive ou spécialisée Autres diagnostics;
4.3 Attente réadaptation d'intensité modérée et progressive;
4.4 Attente convalescence;
5 Attente soins palliatifs;
6.1 Attente résidence privée pour aînés;
6.2 Attente CHSLD privé non conventionné;
7 Attente hébergement santé mentale;
8 Usagers visés par une ordonnance judiciaire;
9 Attente ordonnance hébergement.

PRÉCISION SUR LES DESCRIPTIONS

Processus d'orientation – évaluation en cours: Comprend les usagers ayant obtenus leur statut NSA pour lesquels le type de ressource permettant de répondre le mieux à leurs besoins après leur séjour hospitalier n'est identifié; des démarches sont en cours (Variable RQSUCH 8b).

Processus d'orientation – demande transmise: Comprend les usagers dont l'évaluation des besoins est terminée et la demande est transmise au service approprié ou à un mécanisme d'accès externe, sans que l'orientation ne soit confirmée

En développement

	par la réception d'une réponse (Variable RQSUCH 8c).
Attente soutien domicile	Comprend les usagers en attente d'organisation de services de soutien à domicile (Variable RQSUCH 9).
Attente soins longue durée	Comprend les usagers en attente d'une place en centre d'hébergement et de soins de longue durée public ou privé-conventionné (Variable RQSUCH 12b).
Attente RI ou RTF	Comprend les usagers en attente d'une place en ressource intermédiaire (RI) ou en ressource de type familial (RTF) (Variable RQSUCH 12a).
Attente réadaptation intensive ou spécialisée	Comprend les usagers en attente d'une place de soins postaigus de réadaptation intensive ou spécialisée nonobstant le milieu où les soins sont dispensés. Les soins postaigus incluent des mesures transitoires qui ont pour objectif de favoriser la récupération optimale de l'état de santé et de l'autonomie fonctionnelle ainsi que le retour à domicile de l'usager (Variable RQSUCH 10a).
Attente réadaptation d'intensité modérée et progressive	Comprend les usagers en attente d'une place de soins postaigus de réadaptation modérée et progressive nonobstant le milieu où les soins sont dispensés. Les soins postaigus incluent des mesures transitoires qui ont pour objectif de favoriser la récupération optimale de l'état de santé et de l'autonomie fonctionnelle ainsi que le retour à domicile de l'usager (Variable RQSUCH 10b).
Attente de convalescence	Comprend les usagers en attente d'une place de convalescence (soins peu complexes avec possibilité de services de réadaptation de faible intensité) (Variable RQSUCH 10c).
Attente soins palliatifs	Comprend les usagers en attente d'une place de soins palliatifs, nonobstant le milieu dans lequel les soins et services seront dispensés. Cette variable inclut les usagers en attente

En développement

	d'organisation de soins palliatifs à domicile (Variable RQSUCH 11).
Attente résidence privée pour aînés	Comprend les usagers en attente d'une place dans une résidence privée pour aînés (Variable RQSUCH 13a).
Attente CHSLD privé non conventionné	Comprend les usagers en attente d'une place en CHSLD privé non conventionné (Variable RQSUCH 13b).
Attente hébergement santé mentale	Comprend les usagers en attente d'une place d'hébergement spécifique, en lien avec le diagnostic de trouble mental : hébergement de longue durée en santé mentale, RI-RTF, logement supervisé, ressource de réadaptation ou unité spécifique. Sont exclus de cette variable les usagers ayant un trouble mental devant être hébergés en raison d'une perte d'autonomie ainsi que les usagers visés par une ordonnance judiciaire (cf. variable 8) (Variable RQSUCH 14).
Usagers visés par une ordonnance judiciaire	Comprend les usagers sous condition de la Commission d'examen des troubles mentaux, en processus d'évaluation de l'aptitude à comparaître et en processus d'évaluation de la responsabilité criminelle (Variable RQSUCH 15).
Attente ordonnance hébergement	Comprend les usagers pour qui une ordonnance d'hébergement est demandée et pour laquelle, il est en attente de comparution ou de décision de la cour. Inclus : Clientèle SAPA, Santé mentale, DI-DP TSA Exclus : la clientèle visée par la partie XX.1 du Code criminel tel que défini à la variable 8 (Variable RQSUCH 15b).

En développement

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.43.2 Date de début de la condition de séjour

ÉLÉMENT Date de début de la condition de séjour

FORMAT 8 - numérique (AAAAMMDD).

DÉFINITION Année, mois, jour déterminés par le moment où une condition de séjour de l'usager ayant un statut de niveau de soins alternatif débute.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire lorsqu'il s'agit d'un usager ayant un statut de niveau de soins alternatif et exclusive à la transmission préliminaire.

PRÉCISION Dans l'application locale, les validations suivantes doivent être appliquées :

1) Lorsque présente, la valeur de « date de début de la condition de séjour » est supérieure ou égale à la valeur de « date d'admission ».

2) Les valeurs « date de début de la condition de séjour » et « type de condition de séjour » sont saisies dans un même bloc, si une d'entre elles est saisie l'autre est obligatoire.

3) Lorsque qu'il y a présence de plusieurs blocs de niveau de soins alternatif, la valeur « date de début de la condition de séjour » doit être plus grande ou égale à la valeur « date de fin de la condition de séjour » du bloc précédent.

.

En développement

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.43.3 Date de fin de la condition de séjour

ÉLÉMENT Date de fin de la condition de séjour

FORMAT 8 - numérique (AAAAMMDD).

DÉFINITION Année, mois, jour déterminés par le moment où une condition de séjour de l'usager ayant un statut de niveau de soins alternatif se termine.

DESCRIPTION Cette information est obligatoire lorsqu'il s'agit d'un usager ayant un statut de niveau de soins alternatif et exclusive à la transmission préliminaire.

PRÉCISION Dans l'application locale, les validations suivantes doivent être appliquées :

1) Lorsque présente, la valeur de « date de fin de la condition de séjour » est supérieure ou égale à la valeur de « date d'admission ».

2) Lorsque présente, la valeur de « date de fin de la condition de séjour » est supérieure ou égale à la valeur de « date de début de la condition de séjour ».

3) Lorsque qu'il y a présence de plusieurs blocs de niveau de soins alternatif, la valeur « date de fin de la condition de séjour » doit être plus petite ou égale à la valeur « date de début de la condition de séjour » du bloc suivant.

En développement

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.43.4 Nombre de jours (niveau de soins alternatif)

ÉLÉMENT	Nombre de jours (niveau de soins alternatif).
FORMAT	4 – numérique.
DÉFINITION	Nombre de jours pour chaque bloc du niveau de soins alternatif.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque bloc de niveau de soins alternatif lorsqu'il y a une date de fin de la condition de séjour inscrite et peut prendre les valeurs 0001 à 9999.

En développement

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

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’usager et type de provenance
4.31	Attente niveau de soins alternatifs

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.i Validation unitaire et validation de contexte

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

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

Les validations de cette division sont de type avertissement.

A	**ON NE DEVRAIT PAS RETROUVER…**
A-1	On ne devrait pas retrouver de code de saignement gastrointestinal (K92.0, K92.1, K92.2) avec un code d'hémorragie gastrointestinale (A09.0, A09.9, I98.3, K22.6, K25.0, K25.2, K25.4, K25.6, K26.0, K26.2, K26.4, K26.6, K27.0, K27.2, K27.4, K27.6, K28.0, K28.2, K28.4, K28.6, K29.0, K31.80, K55.20, K63.80) dans le même épisode de soins
A-2	On ne devrait pas retrouver de code d'anomalie de l' épreuve de tolérance au glucose (R73.0) ou de code d'hyperglycémie, sans précision (R73.9) dans un épisode de soins où l'on retrouve un code de diabète (E10._, E11._, E13._, E14._)
A-3	On ne devrait pas retrouver de code de diabète sans complication (E10.9, E11.9, E13.9, E14.9) avec un code de diabète avec complication dans le même épisode de soins (E10.0 à .7_, E11.0 à .7_, E13.0 à .7_ ou E14.0 à .7_)
A-4	On ne devrait pas retrouver de code de déshydratation (E86.0) en diagnostic principal lorsqu'un usager est admis pour un problème gastro-intestinal (K52._, A09, A02.0, A05.9, A07.2, A08.0 à A08.5, J10.8, J11.8) . La déshydratation doit toujours être codée en tout autre diagnostic* et le problème gastro-intestinal en principal.
A-5	On ne devrait pas retrouver de code de lésion intracranienne (S06._) en tout autre diagnostic* avec un code de fracture du crâne (S02._) en principal
A-6	On ne devrait pas retrouver de code d'insuffisance respiratoire (J96.__) avec un code de syndrome détresse respiratoire de l'adulte (J80) dans le même épisode de soins
A-7	On ne devrait pas retrouver de codes d'obstétrique (O10._ à O99._) post-partum (6è position : 4) avec un code d'intervention d'accouchement (5.MD.50._) ou de césarienne (5.MD.60_) dans le même épisode de soins
A-8	On ne devrait pas retrouver de 6è position de code d'obstétrique autre que 9 pour les codes O10._-O16._, O21._-O28._, O30._-O45._, O61._-O66._, O70._-O71._, O74._-O75._, O89._, O95._, O98._ ou O99._ codés en tout autre diagnostic* dans le même épisode de soins qu'un avortement (O00._-O08._) en diagnostic principal.
A-9	On ne devrait pas retrouver de code de traitement non obstétrical sur les trompes (1.RD.89.^^, 1.RF.52.^^, 1.RF.56.^^, 1.RF.80.^^, 1.RF.87.^^, 1.RF.89.^^) avec un code de grossesse extra utérine (O00._) en diagnostic principal
A-10	On ne devrait pas retrouver de code de diagnostic M16._ (arthrose de la hanche) en diagnostic principal avec un code d'intervention décrivant une arthroplastie du genou (1.VG.53.^^)
A-11	On ne devrait pas retrouver de code de diagnostic M17._ (arthrose du genou) en diagnostic principal avec un code d'intervention décrivant une arthroplastie de la hanche (1.VA.53.^^)
A-12	On ne devrait pas retrouver de code de diagnostic d'hypoglycémie (E16.0, E16.1, E16.2) avec un code de Diabète sucré de type ___ avec hypoglycémie (E10.63, E11.63, E13.63, E14.63)
A-13	On ne devrait pas retrouver de code 5.CA.^^ en présence d'un code 5.AC.^^
A-14	On ne devrait pas retrouver de code 5.CA.^^ en présence d'un diagnostic principal ou tout autre diagnostic* égal à O36.4_
A-15	On ne devrait pas retrouver de durée de gestation de plus de 23 semaines en présence d'un code d'intervention 5.CA.^^
A-16	On ne devrait pas retrouver un attribut de situation débutant par P pour le code d'intervention 5.MD.60.^^ en présence d'un code de diagnostic O34.20_ ou O66.40_

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 034.20
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.
A-20	On ne devrait pas retrouver les codes du service suivants 62 obstétrique : délivrées, 63 obstétrique : ante-partum, 64 obstétrique : post-partum, 65 obstétrique ; avortement, 66 obstétrique : gynécologie en présence d'un type d'admission différent d'obstétrique.
A-21	On ne devrait pas retrouver les codes O71.4_ et O71.5_ fréquemment lors d'un accouchement des vérifications supplémentaires devraient être effectuées.

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 6è position pour les codes d'obstétrique (O10._ à O99._) d'un épisode de soins sauf pour les 6è 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._** *Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques* 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._)
B-9	On devrait retrouver un type d'admission en obstétrique en présence d'un des codes du service 62 obstétrique : délivrées, 63 obstétrique : ante-partum, 64 obstétrique : post-partum, 65 obstétrique ; avortement, 66 obstétrique : gynécologie.
B-10	On devrait retrouver un code de diagnostic de D50-D64 en présence du code O99.0_.
B-11	On devrait retrouver un code de diagnostic de D65-D89 en présence du code de O99.1_.
B-12	On devrait retrouver un code de diagnostic de E00-E07, de E15-E34 ou de E50-E89 en présence du code O99.2_.
B-13	On devrait retrouver un code de diagnostic de F00-F52, de F54-F99 ou de G00-G99 en présence du code O99.3_.
B-14	On devrait retrouver un code de diagnostic de I00-I09, ou de I20-I99 en présence du code O99.4_.
B-15	On devrait retrouver un code de diagnostic de J00-J99 en présence du code O99.5_.
B-16	On devrait retrouver un code de diagnostic de K00-K63, K65-K66 ou de K80-K93 en présence du code O99.6_.
B-17	On devrait retrouver un code de diagnostic de L00-L99 en présence du code O99.7_.
B-18	On devrait retrouver un code de diagnostic de B90-B94, de C00-D48, de H00-H95, de M00-M82, de M83.2-M99, de N14-N15.0, de N15.8-N15.9, de N20-N39, N60-N64, de N80-N90, de Q00-Q99 ou de R00-R94.8 en présence du code O99.8_.
B-19	On devrait retrouver le code d'intervention 1.PC.58.^^-XX-J en présence du diagnostic principal Z52.4 Donneur de rein (donneur vivant).

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

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

	Autopsie	Car. diagn. (autre diagn.)	Car. diagn. (service)	Cause décès	Code accident	Code de l'intervention	Code Installation	Code inst. (dest.)	Code inst. (prov.)	Code géographique	Code lieu	Code postal usager	Code service	Code uni té (soins int.)	Consultation med.	Date accident	Date de l'intervention	Date admission	Date inscription urg.	Date naissance	Date sortie	Diagnostic admission	Diagn. (autre diagn.)
Autopsie																							
Car.diagn. (autres diagn)				9G																			2JK 16I
Car. diagn. (service)				9G																			16I
Cause décès		9G	9G																				9A
Code accident											3B					7A						29A	2JQ
Code de l'intervention																							2G 18E
Code installation								22B	22A														
Code inst. destination							22B														20A		
Code inst. provenance							22A											21A					
Code géographique												4A C											
Code lieu					3B																		
Code postal usager										4AC													
Code service																		16K		16K			
Code unité (soins int.)																							
Consultation med.																							
Date accident					7A													7B		7C			
Date de l'intervention																		18D			18D		
Date admission									21A				16K			7B	18D		8A B	24A 14L	6ACDE		
Date inscription urg.																		8AB					
Date naissance													16K			7C		24A 14L					
Date sortie								20A									18D	6ACDE					
Diagnostic admission					29A																		
Diagn. (autres diagn.)		2JK 16I		9A	2JQ	2G 18E																	2FLR T
Diagn. principal		10J		9A	10J	10J 18E																	2L 10D X JLNS
Diagn. service			16I	9A	16I 16J	16F 18E																	2FL 16GI NT
Domaine consult.																							
Durée gestation																							2DP
État civil																		11A		11A			
Heure admission																							
Heure sortie																							
Masse naissance																		25A		25A			2EP
Mode de diagnostic																							
Morphologie tumeur																							
Nom usager																							
Nb j. congé temp.																							
Nb j. (service)																							
Nb j (soins int.)																							
Nb mortinaissances																							2H 12C
Nb mortin. autopsiées																							
Nb total consult.															5A								
Nº Ass. maladie										4B 15A 24B										24B 26C DE			
Nº dossier méd.																							
Nº dossier mère																							

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

	Diagn. principal	Diagn. service	Domaine consult.	Durée gestation	État civil	Heure admission	Heure sortie	Masse naissance	Mode de diagnostic	Morphologie tumeur	Nom usager	Nb. j. congé temp.	Nb. j. (service)	Nb. j. (soins int.)	Nb. mortinaissance	Nb. mortin. autopsiées	Nb. total consult.	No. Ass. maladie	No dossier médical	No dossier mère
Autopsie																				
Car.diagn. (autres diag)	10J																			
Car. diagn. (service)		16I																		
Cause décès	9A	9A																		
Code accident	10J	16I 16J																		
Code de l'intervention	10I 18E	16F 18E																		
Code installation																				
Code inst. destination																				
Code inst. provenance																				
Code géographique																		4B 15A 24B		
Code lieu																				
Code postal usager																				
Code service																				
Code unité (soins int.)																				
Consultation med.																	5A			
Date accident																				
Date de l'intervention																				
Date admission					11A			25A												
Date inscription urg.																				
Date naissance					11A			25A										24B 26CDE		
Date sortie																				
Diagnostic admission																				
Diagn. (autres diagn.)	2LR 10DJLNS	2FLR 16GIN		2DP				2EP							2H 12C					
Diagn. principal		10ADLSX 16NR		10GQ				10HR							12C					
Diagn. service	10ADLS 16NRT	16GNT		16DS				16ES							12C					
Domaine consult.																				
Durée gestation	10GQ	16DS													12E					
État civil																				
Heure admission							6D													
Heure sortie						6D														
Masse naissance	10HR	16ES													12D					
Mode de diagnostic																				
Morphologie tumeur																				
Nom mère																				
Nom père																				
Nom usager																		26A		
Nb j. congé temp.																				
Nb j. (service)																				
Nb j (soins int.)																				
Nb mortinaissances	12C	12C		12E				12D								12B				
Nb mortin. autopsiées															12B					
Nb total consult.																				
Nº Ass. maladie											26A									
Nº dossier méd.																				
Nº dossier mère																				

	Diagn. principal	Diagn. service	Domaine consult.	Durée gestation	État civil	Heure admission	Heure sortie	Masse naissance	Mode de diagnostic	Morphologie tumeur	Nom usager	Nb. j. congé temp.	Nb. j. (service)	Nb. j. (soins int.)	Nb. mortinaissance	Nb. mortin. autopsiées	Nb. total consult.	No. Ass. maladie	No dossier médical	No dossier mère
Nouveau-né	10EO 14BE	14BE 16B		14G				14F							14D			24B		14AI 27A
Période financière																				
Prénom mère																				
Prénom père																				
Prénom usager																		26B		
Réf. service (autre diagn.)																				
Réf. service (consult.)																				
Réf. service (trait.)																				
Responsabilité paiement																		15A		
Séjour total												13A	16A	17A						
Service													16A							
Sexe															12A			26D		
Soins intensifs																				
Spec. med. (trait.)																				
Statut rés. (trait.)																				
Techn. Anesthésie																				
Topographie tumeur	10U 19C	16H 19C								19ADG										
Traitement	10T																			
Tumeur																				
Type admission	10FMP 23D	16C 23D		23E				23F											23C	23C
Type décès																				
Type destination									19F											
Type provenance																				
Type séjour (service)																				
Type soins	10B																			

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.iii Index croisé des éléments validés

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.1 Blocs à répétition

Tous les blocs à répétition doivent être remplis consécutivement. Ces blocs sont :

- autres diagnostics ;
- consultation médicale ;
- service ;
- soins intensifs ;
- traitement ;
- tumeur.

AUTRES DIAGNOSTICS

Toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque « autre diagnostic ».

CONSULTATION MÉDICALE

Toutes les zones d'un bloc doivent obligatoirement être remplies dès qu'il y a consultation et pour chacune d'elle.

SERVICE

Toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque service inscrit.

SOINS INTENSIFS

Les zones du bloc doivent être remplies si l'usager a fréquenté l'unité de soins intensifs.

TRAITEMENT

Si le code d'intervention débute par 1_, 2_, 3_ et 5_, toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque acte posé au cours de l'hospitalisation de l'usager.

TUMEUR

Toutes les zones du bloc doivent obligatoirement être remplies pour chaque tumeur diagnostiquée ou traitée à l'installation.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

RÉFÉRENCE SERVICE

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

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

DIAGNOSTIC

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

2B Il ne s'agit pas d'un nouveau-né (pas un nouveau-né : valeur 0) ;
2C On doit retrouver un « type d'admission » en obstétrique (valeur 4) ;
2D La « durée de la gestation » doit être inscrite ;
2E Une des zones « masse à la naissance » doit être remplie ;
2F On doit retrouver aussi un « autre diagnostic » ou un «diagnostic (service) commençant par Z37 ;
2G On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^^ et 5.MD.60.^^.

2H Si le diagnostic indique la mort du fœtus, une mort intra-utérine ou un enfant mort-né (O36.421, O36.431, O36.491, Z37.1_, Z37.3_, Z37.4_, Z37.6_, Z37.7_), le « nombre de mortinaissances » doit être indiqué.

2M Avec un diagnostic commençant par Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_, le « type d'admission » doit avoir la valeur 5 (admission d'un nouveau-né).

2N **AVERTISSEMENT –** Avec un diagnostic commençant par P__, l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») doit être inférieur à 29 jours.

2O Le diagnostic P95 est invalide en « autre diagnostic ».

2P Avec un diagnostic commençant par Z37, la « durée de gestation » doit être inscrite et une des zones « masse à la naissance » doit être remplie.

2R 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 ».

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

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.3 Code de cause extérieure d’accident

3A Si on est en présence d’un « code de cause extérieure d’accident » la valeur de « responsabilité de paiement » doit être différente de : 01 (MSSS sans accident) sauf pour les codes qui correspondent au groupe « complications de soins médicaux et chirurgicaux» (compris entre Y40 et Y84).

3B Le code de cause extérieure d’accident V01 à Y34 (à l’exception des codes Y06 et Y07) doit être obligatoirement accompagné d’un code de lieu d’accident (U98).

3C Le code de cause extérieure d’accident doit être compris entre V01 et Y84.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.4 Code géographique

4A Si le code géographique est un code du Québec (autre que les codes compris entre 00080 et 00093), le code postal de l'usager doit débuter par G, H, J ou P (ou K pour Rapides-des-Joachims).

4B **AVERTISSEMENT -** Si le code géographique est un code du Québec (autre que les codes compris entre 00080 et 00093), le « numéro d'assurance maladie » doit être présent sauf si l'usager est un nouveau-né, valeur 1 à « nouveau-né », ou un enfant de moins d'un an ou s'il est résident du Québec depuis moins de trois mois (valeur 10 à « responsabilité de paiement ») ou s'il s'agit d'un usager dont le coût des soins est assumé par un organisme fédéral (valeur 8 à « responsabilité de paiement »).

4C Si le code géographique est un code de non-résidence (code compris entre 00080 et 00093), le « code postal » est absent.

5A Le bloc «consultation médicale» ne peut être répété plus de fois que la valeur inscrite dans « nombre total de consultations ».

RÉFÉRENCE SERVICE

5B Si la valeur de «référence service (consultation)» est comprise entre 1 et 4, le bloc «service» doit avoir été utilisé un même nombre de fois.

Si la valeur de «référence service (consultation)» est 9, cela veut dire que l'usager a séjourné dans plus de quatre services; donc le bloc «service» doit avoir été rempli quatre fois.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.6 Date et heure de sortie

6A La valeur de « date de sortie » doit être supérieure ou égale à la valeur de « date d'admission ».

6B La valeur de « date de sortie » doit être comprise dans la table des périodes financières (voir section 5.11).

Si la valeur de « date de sortie » égale la valeur de « date de d'admission » :

6C la valeur de « séjour total » doit être 0001 (un jour) ;

6D la valeur de «heure de sortie» doit être supérieure à la valeur de « heure d'admission ».

6E Si la valeur de « date de sortie » est différente de la valeur de « date d'admission », la valeur de « séjour total » doit être égale à la différence entre ces deux valeurs.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.7 Date d’accident

Si une valeur est inscrite à « date d’accident » :

7A On doit retrouver un « code de cause extérieure d’accident » ;

7B La valeur « date d’accident » doit être inférieure ou égale à la valeur « date d’admission» ;

7C La valeur « date d’accident » doit être supérieure ou égale à la valeur «date de naissance».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.8 Date d'inscription à l'urgence

8A La valeur « date d'inscription à l'urgence » ne peut être supérieure à la valeur « date d'admission ».

8B **AVERTISSEMENT -** La valeur « date d'inscription à l'urgence » ne peut-être inférieure de plus de quinze à la valeur « date d'admission ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.9 Décès

9A La valeur « cause immédiate du décès » doit avoir un code correspondant à un des diagnostics.

9B Si la valeur de « type de décès » est 5 (décès maternel), la valeur « sexe » doit être F (féminin).

9C Si la valeur « type de décès » est 5 (décès maternel), la différence des valeurs « date de sortie » et « date de naissance » doit être entre 10 et 60 ans.

Si la valeur « type de décès » est 7 (néonatal précoce), la différence des valeurs « date de sortie » et « date de naissance » doit être inférieure à 7 jours.

Si la valeur « type de décès » est 8 (néonatal tardif), la différence des valeurs « date de sortie » et « date de naissance » doit être inférieure à 28 jours.

9D La présence d'une valeur « type de décès » implique l'inscription d'une « cause immédiate du décès ».

9E La présence d'une valeur « type de décès » rend obligatoire une valeur dans « autopsie »; en l'absence d'une valeur « type de décès », aucune valeur « autopsie » ne doit être inscrite.

9F En présence d'une valeur « type de décès », la valeur « type de destination » sera 30 (maison funéraire) et, en l'absence d'une valeur « type de décès », la valeur « type de destination » doit être autre que 30.

9G Le code de diagnostic correspondant à la valeur « cause immédiate de décès » ne doit pas avoir la valeur 9 (à usage local du CH) pour la « caractéristique du diagnostic ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.10 Diagnostic principal

10A Le code « diagnostic principal » doit être identique à celui d'un des diagnostics du bloc « service ». Ce service doit être transmis en premier.

10B Le diagnostic principal doit être un des codes de donneurs (commençant par Z52) ou un code commençant par *Z999* en présence d'une valeur 29 (soins *post-mortem*) pour le « type de soins ».

Pour un accouchement normal :

10C Le diagnostic principal doit être un code commençant par Z37 ;

10D On ne peut retrouver aucun « autre diagnostic » ou « diagnostic (service) » de complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (valeur de O10 à O99) ;

10E Il ne s'agit pas d'un nouveau-né (pas un nouveau-né : valeur 0) ;

10F On doit retrouver un « type d'admission » en obstétrique (valeur 4) ;

10G La « durée de la gestation » doit être inscrite ;

10H Une des zones « masse à la naissance » doit être remplie ;

10I On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^^ et 5.MD.60.^^.

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

MORTINAISSANCE

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

TUMEUR

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

DIAGNOSTIC

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

10N Avec un diagnostic principal commençant par Z38, aucun « autres diagnostics » ne doit commencer par Z38.

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

10O Il ne s'agit pas d'un nouveau-né (pas un nouveau-né : valeur 0) ;
10P On doit retrouver un « type d'admission » en obstétrique (valeur 4) ;
10Q La « durée de la gestation » doit être inscrite ;
10R Une des zones « masse à la naissance » doit être remplie ;
10S On doit retrouver aussi un « autre diagnostic » ou un «diagnostic (service) commençant par Z37 ;
10T On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^^ et 5.MD.60.^^.

10V **AVERTISSEMENT –** Avec un diagnostic commençant par P__, l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») doit être inférieur à 29 jours.

10W Le code P95 est invalide en diagnostic principal.

10X 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, dans un « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

10U Le « diagnostic principal » correspondant à un code de tumeur (compris entre C00 et D09 ou entre D32 et D33 ou entre D35.2 et D35.4 ou entre D37 et D48) doit obligatoirement se retrouver dans « topographie de la tumeur ».

11A Si la valeur inscrite à «état civil» est 3 (marié) ou 4 (séparé, divorcé ou veuf); la différence entre les valeurs «date d'admission» et «date de naissance» doit être supérieure à 13 ans.

Si une valeur est inscrite dans « nombre de mortinaissances » :

12A la valeur « sexe » doit être F (féminin) ;

12B la valeur « nombre de mortinaissances » ne peut être inférieure à la valeur « nombre de mortinaissances autopsiées » ;

12C le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostic » doit correspondre à une complication de la grossesse de l'accouchement et des suites de couches (O10 à O99). La sixième position de ce code doit indiquer qu'il y a eu accouchement (valeur 1 ou 2) et un code différent de celui d'un accouchement normal (code Z37.0_, Z37.2_, Z37.5_ ou Z37.9_) ;

12D au moins une des zones « masse à la naissance » doit indiquer une valeur de 500 grammes ou plus lorsque la durée de gestation est inférieure à 20 semaines.

12E une valeur doit être inscrite dans « durée de gestation ».

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.13 Nombre de jours de congé temporaire

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.14 Nouveau-né

Si l'usager n'est pas un « nouveau-né » (valeur 0) :

14A le « numéro du dossier de la mère » ne doit pas être inscrit ;

14B tous les diagnostics doivent être différents de ceux qui s'appliquent à un enfant né vivant (donc autres que les codes commençant par Z38).

14K **AVERTISSEMENT –** et que le NAM est absent, le prénom de l'usager ne devrait pas débuter par un chiffre (1 à 9) ou ne devrait pas débuter par une des valeurs suivantes :

BEBE
CHILD
INFANT
FILLE
GARCON
BB
ENF
INF

14L la date de naissance doit être différente de la date d'admission et elle doit être inférieure de deux jours ou plus.

Si l'usager est un nouveau-né (valeur 1) :

14C la valeur « date de naissance » doit être égale à la valeur « date d'admission » ou inférieure d'un jour ;

14D le « nombre de mortinaissances » doit être 0 ;

14E le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostics » doit correspondre à un code commençant par Z38 ;

14F le nouveau-né doit avoir une valeur et une seule valeur, inscrite dans « masse à la naissance » ;

14G une valeur doit être inscrite dans « durée de la gestation » ;

14H les seules valeurs admises en « responsabilité de paiement » sont : 01 (MSSS sans accident), 02 (MSSS avec accident autre que CNESST), 09 (non résident du Québec), 10 (non assuré – résident du Québec depuis moins de trois mois), 11 (non assuré/MSSS) ;

14I le « numéro du dossier de la mère » doit être inscrit si l'enfant est né au centre hospitalier (codes Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_) ;

14J la valeur « type de provenance » doit être 21 (domicile) ou 60 (maison des naissances).

15A Si la valeur de « responsabilité de paiement » est 09 (non-résident du Québec), la valeur du « code géographique de l'usager » doit être comprise entre 00080 et 00093 (codes de non-résidence), le code postal et le « numéro d'assurance maladie » sont absents.

Si la valeur de « responsabilité de paiement » est : 03 (CNESST), 06 (MAAC), 08 (fédéral), 10 (non-assuré), 11 (MSSS non-assuré) ou 12 (autres), le « code géographique de l'usager » doit être un code de la province de Québec ou un code de non-résidence (valeurs 00080 à 00093).

Si la valeur de « responsabilité de paiement » est : 01 ou 02 (MSSS sans ou avec accident), 04 ou 05 (MSSS sans ou avec CNESST) ou 07 (MSSS/MAAC), le « code géographique de l'usager » doit être un code de la province de Québec.

NOMBRE DE JOURS

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

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

DIAGNOSTIC

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

16B La valeur de « nouveau-né » doit être 0 (pas un nouveau-né) ;

16C On doit retrouver une valeur 4 (admission en obstétrique) dans « type d'admission » ;

16D Une valeur doit être inscrite dans « durée de la gestation » ;

16E Une des zones de « masse à la naissance » doit être remplie ;

16F On doit retrouver un code d'intervention compris entre 5.MD.50.^^ et 5.MD.60.^^

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

16G On doit retrouver aussi un « autre diagnostic » ou un «diagnostic (service) commençant par Z37 ;

16O Avec un diagnostic commençant par Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_, le « type d'admission » doit avoir la valeur 5 (admission d'un nouveau-né).

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

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

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 ».

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 4.17 Soins intensifs

NOMBRE DE JOURS

17A La somme des valeurs de « nombre de jours (soins intensifs) » doit être inférieure ou égale à la valeur de « séjour total ».

DATE DE DÉBUT

17B La valeur de « date de début » doit être supérieure ou égale à la valeur de « date d'admission ».

DATE DE FIN

17C La valeur de « date de fin» doit être inférieure ou égale à la valeur de « date de départ ».

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 » peut être inférieure à la valeur de « date d'admission ». Si celle-ci est inférieure, un message de confirmation doit s'afficher dans l'application locale afin que l'utilisateur confirme la saisie d'une date d'intervention antérieure à la date d'admission. La valeur de « date de l'intervention » doit être 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.^^.

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.

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 –** Lorsque les variables « 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 » sont toutes renseignées, le délai entre ces valeurs doit être entre 5 minutes et 11 heures 59 minutes sinon, un message d'avertissement s'affiche.

18M Lorsque l'intervention a lieu au bloc opératoire, les éléments suivants sont obligatoires : « date de l'intervention », « heure de l'intervention », « date de sortie de la salle d'opération » et heure de sortie de la salle d'opération »

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

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

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

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

En présence d'un code de « topographie de la tumeur » correspondant à une tumeur bénigne du système nerveux central (de D32 à D33 et D35.2 à D35.4), la cinquième position du code de « morphologie de la tumeur » doit aussi indiquer une tumeur bénigne (valeur 0).

19C Tout code de « topographie de la tumeur » compris entre C00 et D09 ou entre D32 et D33 ou entre D35.2 à D35.4 ou entre D37 et D48) doit se retrouver dans le « diagnostic principal », un des « diagnostic (service) » ou un des « autres diagnostics ».

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

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

MODE DIAGNOSTIQUE

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

MORPHOLOGIE DE LA TUMEUR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVERTISSEMENT - Si le code de « morphologie de la tumeur » est compris entre 9590 et 9729 (lymphomes) avec un code de comportement égal à 3 le code de « topographie de la tumeur » doit être compris entre C81 à C86 ou égal à C88.4 ou C96.7;

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.20 Code et type de destination

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

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

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

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

Type	Code
01	≠ 0
03	≠ 0
09	≠ 0
10	≠ 0
13	≠ 0
17	≠ 0 ou= 0
21	= 0
29	≠ 0
30	≠ 0 ou= 0
31	= 0
33	≠ 0
34	= 0
40	= 0 *
60	≠ 0 ou= 0
61	≠ 0 ou= 0

* Valeur à transmettre à la banque centrale

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.21 Code et type de provenance

21A Le code d'installation de provenance doit exister dans la table Provenance/Destination de MED-ÉCHO et le « type de provenance » doit exister pour ce code.

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

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

21B Le tableau qui suit donne les valeurs possibles pour le code d'installation de provenance selon la valeur du « type de provenance ».

Type	Code
01	≠ 0
03	≠ 0
09	≠ 0
10	≠ 0
13	≠ 0
17	≠ 0 ou = 0
21	= 0
27	≠ 0
29	≠ 0
33	≠ 0
40	= 0
60	≠ 0 ou = 0
61	≠ 0 ou = 0

* Valeur à transmettre à la banque centrale

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.22 Type de soins et code de l'installation

TYPE DE SOINS ET CODE DE L'INSTALLATION

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

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

TYPE DE SOINS

22C Si la valeur donnée à « type de soins » est 27 (chirurgie d'un jour), la valeur « date d'admission » doit être égale à la valeur « date de sortie ».

22D Si on a une valeur de « type de soins » 27 (chirurgie d'un jour) ou de « type de soins » 29 (soins *post-mortem)*, la seule valeur qui doit apparaître dans « type de séjour » est 0.

22E Si la valeur de « type de soins » est 29 (soins *post-mortem*), la valeur de « type de destination » doit être 29 (soins *post-mortem*) ou 34 (maison funéraire après prélèvement d'organe).

22 F Si la valeur de « type de soins » est 27 (chirurgie d'un jour), il doit y avoir au moins un bloc « traitement » rempli.

22G La date de départ doit être comprise entre la date de début et la date de fin du « type de soins » associé au « code de l'installation ».

22H Si la valeur de « type de soins » est 01 (soins de courte durée) ou 27 (chirurgie d'un jour), la valeur de « type de destination » doit être différente de 34 (maison funéraire après prélèvement d'organe).

Avec une valeur 5 (admission d'un nouveau-né) donnée à « type d'admission » :

23A on doit avoir la valeur 1 (nouveau-né) dans « nouveau-né » ;

23B la « date de naissance » doit être identique à la « date d'admission » ;

23C le « numéro de dossier médical de la mère » doit être inscrit et différer du « numéro de dossier médical » de l'usager ;

23D le « diagnostic principal » ou le « diagnostic (service) » ou l'un des « autres diagnostics » doit correspondre à un des codes d'enfant né vivant à l'hôpital (codes Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_) ;

23E la « durée de gestation » doit être inscrite ;

23F la « masse à la naissance » doit être inscrite également.

SEXE

23G Si la valeur 4 (admission en obstétrique) est donnée à « type d'admission », la seule valeur qu'on peut retrouver à « sexe » est F (féminin).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.24 Autres validations de dates

24A Avec une valeur 0 (pas un nouveau-né) à la rubrique « nouveau-né », la valeur « date de naissance » doit être inférieure ou égale à la valeur « date d'admission ».

24B **AVERTISSEMENT -** Si l'usager n'est ni un nouveau-né valeur 0 à « nouveau-né », ni un touriste (« code géographique » différent de ceux qui sont compris entre 00080 et 00093), les positions 3 à 8 de la « date de naissance » (AAMMDD) doivent être identiques aux positions 5, 6, 7, 8, 9 et 10 du « numéro d'assurance maladie » sauf pour un usager de sexe féminin où il faut ajouter 50 au mois de naissance (position 7 et 8 du « numéro d'assurance maladie »).

25A Si l'âge à l'admission est de moins de 29 jours, (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») une zone « masse à la naissance » doit être remplie.

25B **AVERTISSEMENT –** Si l'âge à l'admission (valeur « date d'admission » moins valeur « date de naissance ») est de 29 jours et plus aucun diagnostic commençant par P__ ne doit être inscrit.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.26 NAM

NOM ET PRÉNOM

26A **AVERTISSEMENT –** Les trois premiers caractères du NAM doivent être égaux aux trois premières lettres du nom de l'usager, s'il est présent.

26B **AVERTISSEMENT –** Le quatrième caractère du NAM doit être égal à la première lettre du prénom de l'usager, s'il est présent.

DATE DE NAISSANCE

26C **AVERTISSEMENT –** Les cinquième et sixième caractères du NAM doivent être égaux à l'année de naissance de l'usager.

26D **AVERTISSEMENT –** Les septième et huitième caractères du NAM doivent être égaux au mois de naissance de l'usager sauf pour un usager de sexe féminin où il faut ajouter 50 au mois de naissance.

26E **AVERTISSEMENT –** Les neuvième et dixième caractères du NAM doivent être égaux au jour de naissance de l'usager.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.27 Numéro de dossier médical de la mère

27A Si l'usager est un nouveau-né (valeur 1) et que le l'enfant est né au centre hospitalier (codes Z38.0_, Z38.3_ ou Z38.6_) alors le « numéro du dossier de la mère » doit être inscrit ;

VALIDATIONS EN MODE LOCAL

Les validations suivantes doivent être appliquées en autonomie locale seulement

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

28A La seule valeur qu'on peut retrouver à « sexe » est F (féminin) ;

28B Il doit exister un épisode de soins.

Dans l'abrégé du nouveau-né :

28C La valeur inscrite dans « masse à la naissance » doit être identique à une des valeurs inscrites dans « masse à la naissance » du dossier correspondant au « numéro de dossier médical de la mère » inscrit dans l'abrégé du nouveau-né.

28D Si le type d'admission = 5 (né à l'installation), la date de naissance doit être égale ou supérieure à la date d'admission du dossier correspondant au « numéro de dossier médical de la mère » inscrit dans l'abrégé du nouveau-né.

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

28E Les valeurs inscrites dans « code postal de l'usager » doivent être identiques.

28F Les valeurs inscrites dans « durée de gestation » doivent être identiques.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.29 Diagnostic d'admission

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

29A Un code de cause extérieure de traumatisme (de V01 à Y98) ne peut pas être utilisé comme diagnostic d'admission.

30A **AVERTISSEMENT** - En présence d'un type de provenance égal à 17, 33 ou 21 (domicile), si le code postal de l'usager est le même qu'un code postal d'un CHSLD présent dans la table 5.12, un message d'avertissement sera retourné par l'application. Ce message signalera l'erreur et retournera l'adresse et le nom du CHSLD qui correspond à ce code postal et qui figurent dans la table 5.12.

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, 10e 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 5.1 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)

NOM

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)

DESCRIPTION

Cette division regroupe les informations relatives aux tables de validation et de titres de la CIM-10-CA.

PRÉCISIONS

Ces tables pourront faire l'objet de révisions fréquentes.

Les tables de la CIM-10-CA sont distribuées par l'ICIS. Dans le respect des droits d'auteur et selon l'entente conclue entre le Québec et l'ICIS, la table de validation présentée dans le Cadre normatif MED-ÉCHO (5.1.1) a été adaptée aux exigences et particularités québécoises du système MED-ÉCHO et a préséance sur celle distribuée par l'ICIS.

CHAPITRE 5 Tables

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

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

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

Contenu de la table :

1) code du diagnostic (clé) ;

2) regroupement D1- (l'attribution est faite à l'aide du code de chapitre, clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ;

3) regroupement D2- (l'attribution est faite à l'aide du code de la catégorie (rubrique), clé avec la table des regroupements de l'ICIS) ;

4) restriction par rapport au sexe ;

5) restriction par rapport à l'âge minimum ;

6) restriction par rapport à l'âge maximum ;

7) diagnostic principal valide ;

8) numéro du système de classification;

9) indicateur de fréquence.

PRÉCISIONS

1) Restriction par rapport au sexe :

Code	Restriction
A	Aucune
M	Restreint aux hommes (sexe masculin seulement)
F	Restreint aux femmes (sexe féminin seulement)
G	Sexe féminin et « autre » seulement
N	Sexe masculin et « autre » seulement

2) Restriction par rapport à l'âge :

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

3) Diagnostic principal valide

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

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

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

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

7) Indicateur de fréquence

O Diagnostic fréquent

N Diagnostic non-fréquent

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

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

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

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.2 Table de titres des diagnostics de la CIM-10-CA

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

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des descriptions de diagnostics.

CARACTÈRE TECHNIQUE

La table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *ICD10CA_Code_Fra_Desc2006.txt*.

NOM Table de titres des catégories de la CIM-10-CA

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres de catégories.

PRÉCISION Cette table contient des catégories à 3, 4 et cinq caractères. Chaque code possède une catégorie à 3 caractères. La catégorie à 3 caractères est la seule qui permette d'attribuer à chaque code un regroupement.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *ICD10CA_CAT1_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.1.4 Table de titres des chapitres et des regroupements de catégories de la CIM-10-CA

NOM Table de titres des chapitres et des regroupements de catégories de la CIM-10-CA

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres de chapitres et des titres de regroupements de catégories.

PRÉCISION La variable « code de chapitre ou de regroupement de catégories » est la clé pour faire le lien avec les variables « regroupement D1 » et « regroupement D2 » de la table de validation 5.1.1.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *ICD10CA_BLK_Fra_Desc2006.txt*.

NOM Morphologie des tumeurs

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression des diagnostics morphologiques des tumeurs

Contenu de la table :

1) code de morphologie (type histologique, comportement et grade) ;

2) impression du titre ;

3) numéro du système de classification.

PRÉCISIONS

1) Le préfixe M du code n'est pas inclus dans la table.

2) La barre oblique entre la quatrième et la cinquième position du code n’est pas incluse dans la table.

3) Cette table est sujette à certaines modifications. Une mise à jour sera faite sur demande.

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

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE	POSITION À	REMARQUE
20	Type histologique de la tumeur	X (4)	1	4	
30	Code de comportement	X (1)	5	5	
35	Grade/leucémie	X (1)	6	6	
40	Ligne de titre	X (90)	7	96	
45	Numéro du système de classification	X (4)	97	100	

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

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3 Classification canadienne des interventions (CCI)

NOM Classification canadienne des interventions (CCI)

DESCRIPTION Cette division regroupe les informations relatives aux tables de validation et de titres de la CCI.

PRÉCISIONS Ces tables pourront faire l'objet de révisions fréquentes.

Les tables applicables à la CCI sont distribuées par l'ICIS. Dans le respect des droits d'auteur et selon l'entente conclue entre le Québec et l'ICIS, la table de validation présentée dans le Cadre normatif MED-ÉCHO (5.3.1) a été adaptée aux exigences et particularités québécoises du système MED-ÉCHO et a préséance sur celle distribuée par l'ICIS.

NOM Table de validation des interventions de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes d'interventions de la CCI. Elle comprend aussi les codes de regroupement d'interventions.

Contenu de la table :

1) code de l'intervention (clé) ;

2) regroupement T1 (l'attribution est faite à l'aide du système corporel, clé avec la table de regroupement de l'ICIS) ;

3) regroupement T2 (l'attribution est faite à l'aide du site anatomique), clé avec la table de regroupement de l'ICIS) ;

4) restriction par rapport au sexe ;

5) restriction par rapport à l'âge minimum ;

6) restriction par rapport à l'âge maximum ;

7) Numéro du système de classification.

PRÉCISIONS

1) Restriction par rapport au sexe :

Code	Restriction
A	Aucune
M	Restreint aux hommes (sexe masculin seulement)
F	Restreint aux femmes (sexe féminin seulement)
G	Sexe féminin et «autre» seulement
N	Sexe masculin et «autre» seulement

2) Restriction par rapport à l'âge :

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

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

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

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION		REMARQUE
		DE	À	
Intervention	X (10)	1	10	
Regroupement T1	X (7)	11	17	
Regroupement T2	X (7)	18	24	
Restriction : sexe	X (1)	25	25	
Restriction : âge minimum	X (3)	26	28	
Restriction : âge maximum	X (3)	29	31	
Numéro du système de classification	X (4)	32	35	

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

NOM Table de titres des codes d'interventions de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres des codes d'interventions.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Code_Fra_Desc2006.txt*.

NOM Table de titres des rubriques de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à l'impression des titres des rubriques.

PRÉCISION La rubrique correspond au code à cinq positions.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Rubric_Fra_Desc2006.txt*.

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.3.4 Table de titres des sections, des groupes et des regroupements de la CCI

NOM

Table de titres des sections, des groupes et des regroupements de la CCI

DESCRIPTION

Cette table sert à l'impression des titres des sections, des groupes et des regroupements de la CCI.

PRÉCISIONS

La section correspond à la première position du code d'intervention. Le groupe correspond au trois premières positions du code d'intervention. Les regroupements comprennent plusieurs groupes à 3 positions. Il existe 2 niveaux de regroupements : le système corporel et le site anatomique. Ces regroupements constituent la clé de fusion avec les variables T1 et T2 de la table de validation 5.3.1.

EXEMPLE

Section 1	Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques
Groupe 1AA	Interventions thérapeutiques sur les méninges et la dure-mère crâniennes
Regroupement niveau 1	1AA-1BZ Interventions thérapeutiques sur le système nerveux
Regroupement niveau 2	1AA-1AZ Interventions thérapeutiques sur le cerveau et la moelle épinière
Regroupement niveau 2	1BA-1BZ Interventions thérapeutiques sur les nerfs

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Blk_Fra_Desc2006.txt*.

NOM Table de validation de l'attribut de situation de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes d'attribut de situation.

PRÉCISIONS La table de validation d'attribut de situation est distribuée par l'ICIS. Cette table contient des validations selon le secteur de courte durée (1) et d'ambulatoire (A). Pour le système MED-ÉCHO, il y a lieu de retenir les enregistrements uniquement lorsque la variable « secteur » =1.

La validation doit être effectuée en lien avec le code d'intervention CCI. Certains attributs sont obligatoires. Lorsque c'est le cas, il n'y a pas de valeur à blanc dans la variable « attribut » pour ce code de la CCI. À l'inverse, lorsque l'attribut n'est pas obligatoire il existe une valeur à blanc.

Exemple :

Code d'intervention	Secteur	Attribut de situation	Identification de situation
1VA53LAPM	1	0	S31
1VA53LAPM	1	A	S31
1VA53LAPM	1	R	S31
1VA55DANW	1		S04
1VA55DANW	1	A	S04

Les variables « identification de situation » et « attribut de situation » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.6 de description de situation.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Status_Val2006.txt*.

NOM Table de description de l'attribut de situation de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à imprimer la description des codes d'attribut de situation.

PRÉCISION Les variables « identification de situation » et « attribut de situation » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.5 de validation de l'attribut de situation.

CARACTÈRE TECHNIQUE

La table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Status_Fra_Desc2006.txt*.

NOM Table de validation de l'attribut de lieu de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes d'attribut de lieu.

PRÉCISIONS La table de validation d'attribut de lieu est distribuée par l'ICIS. Cette table contient des validations selon le secteur de courte durée (1) et d'ambulatoire (A). Pour le système MED-ÉCHO, il y a lieu de retenir les enregistrements uniquement lorsque la variable « secteur » =1.

La validation doit être effectuée en lien avec le code d'intervention CCI. Certains attributs sont obligatoires. Lorsque c'est le cas, il n'y a pas de valeur à blanc dans la variable « attribut » pour ce code de la CCI. À l'inverse, lorsque l'attribut n'est pas obligatoire il existe une valeur à blanc.

Les variables « identification de lieu » et « attribut de lieu » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.8 de description de lieu.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Location_Val2006.txt*.

NOM Table de description de l'attribut de lieu de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à imprimer la description des codes d'attribut de lieu.

PRÉCISION Les variables « identification de lieu » et « attribut de lieu » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.7 de validation de lieu.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Location_Fra_Desc2006.txt*.

NOM Table de validation de l'attribut d'étendue de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes d'attribut d'étendue.

PRÉCISIONS La table de validation d'attribut d'étendue est distribuée par l'ICIS. Cette table contient des validations selon le secteur de courte durée (1) et d'ambulatoire (A). Pour le système MED-ÉCHO, il y a lieu de retenir les enregistrements uniquement lorsque la variable « secteur » =1.

La validation doit être effectuée en lien avec le code d'intervention CCI. Certains attributs sont obligatoires. Lorsque c'est le cas, il n'y a pas de valeur à blanc dans la variable « attribut » pour ce code de la CCI. À l'inverse, lorsque l'attribut n'est pas obligatoire il existe une valeur à blanc.

Les variables « identification d'étendue » et « attribut d'étendue » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.10 de description d'étendue.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Extent_Val2006.txt*.

NOM Table de description de l'attribut d'étendue de la CCI

DESCRIPTION Cette table sert à imprimer la description des codes d'attribut d'étendue.

PRÉCISION Les variables « identification d'étendue » et « attribut d'étendue » sont les deux clés de fusion avec la table 5.3.9 de validation d'étendue.

CARACTÈRE TECHNIQUE

Cette table est distribuée par l'ICIS aux fournisseurs. La table se nomme : *CCI_Extent_Fra_Desc2006.txt*.

NOM Code géographique.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation du code géographique de l'usager.

Contenu de la table :

1) code géographique ;

2) nom du lieu de résidence ;

3) numéro de la municipalité régionale de comté (MRC) ;

4) numéro de la région sociosanitaire.

PRÉCISIONS

1) Pour les usagers dont le lieu de résidence permanente est situé hors du Québec, les codes suivants devront être utilisés :

Région socio-sanitaire	Municipalité régionale de comté	Code géographique hors province	Nom du lieu de résidence
99	998	00080	Alberta
		00081	Colombie-Britannique
		00082	Île-du-Prince-Édouard
		00083	Manitoba
		00084	Nouveau-Brunswick
		00085	Nouvelle-Écosse
		00086	Ontario
		00087	Saskatchewan
		00088	Terre-Neuve
		00089	Territoires du Nord-Ouest
		00090	Yukon
		00091	États-Unis
		00092	Autres pays
		00093	Nunavut

2) Cette table est sujette à de nombreux ajouts ou modifications au cours d'une année. Aussi, une nouvelle table est disponible au début de chaque année financière.

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE	POSITION À	REMARQUE
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 9 = Numérique
(n) = Nombre de caractère

NOM Service.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression du nom du service. Le contenu devrait être :

1) le code du service ;
2) le nom du service.

PRÉCISIONS

1) Cette table n'est pas fournie par le système MED-ECHO. Elle est créée par l'utilisateur qui doit se référer aux informations fournies à la division 3.31.

2) Lorsqu'il y a modification ou ajout de codes de service, MED-ÉCHO avise les centres hospitaliers au moyen du cadre normatif ou par lettre.

NOM Spécialité du médecin.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression du nom de la spécialité du médecin. Le contenu devrait être :

1) code de spécialité ;
2) nom de la spécialité.

PRÉCISIONS

1) Cette table n'est plus fournie par le système MED-ÉCHO. Elle est créée par l'utilisateur qui doit se référer aux informations fournies à la division 3.31.4, « spécialité du médecin (service) », 3.33.3, « spécialité du médecin (consultation médicale) », 3.35.7, « spécialité du médecin (traitement) », et 3.35.9, « spécialité du médecin (anesthésie) ».

2) MED-ÉCHO vérifie auprès du Collège des médecins du Québec si de nouvelles spécialités médicales sont ajoutées à leur tableau des spécialités. Si oui, MED-ÉCHO avise les centres hospitaliers au moyen du cadre normatif ou par lettre.

NOM Domaine de consultation.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation et à l'impression du nom du domaine de consultation. Le contenu devrait être :

1) le code du domaine consulté ;

2) la description du domaine.

PRÉCISIONS

1) Cette table n'est pas fournie par le système MED-ÉCHO. Elle est créée par l'utilisateur qui choisit parmi les valeurs fournies à la division 3.33.2 « domaine de consultation ».

2) Lorsqu'il y a modification ou ajout de codes de domaine, MED-ÉCHO avise les centres hospitaliers au moyen du cadre normatif ou par lettre.

NOM Provenance/destination.

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des codes et des types de provenance et destination des usagers.

Contenu de la table :

- code de l'installation ;
- type de provenance/destination ;
- date de début du type de provenance/destination;
- date de fin du type de provenance/destination ;
- code de la région sociosanitaire de l'installation (RSS) ;
- code de la municipalité régionale de comté de l'installation (MRC) ;
- nom de l'installation ;

PRÉCISION Cette table est sujette à des modifications ou ajouts en cours d'année. Aussi, une nouvelle table est disponible au début de chaque année financière.

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	DE	À	REMARQUE
Code de l'installation	9 (8)	1	8	
Type de provenance/destination	9 (2)	9	10	
Date de début du type de provenance/ destination;	X (10)	11	20	
Date de fin du type de provenance/destination	X (10)	21	30	
Code de la région de l'installation	X (2)	31	32	
Code de la MRC de l'installation	X (3)	33	35	
Nom de l'installation	X (70)	36	105	

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

CHAPITRE 5 Tables

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

NOM	Code postal/code municipal à (six positions).
DESCRIPTION	Cette table permet de trouver le code postal de l'usager, la ou les municipalités qui ont ce code, le nom, le code et le statut de cette ou de ces municipalités (ville, village, territoire organisé, etc.). Elle permet également de trouver le CLSC correspondant à cette ou ces municipalités.
PRÉCISIONS	Le tri se fait par code postal à six positions (CP6) et par code municipal (MUN). Le code municipal correspond au code géographique excluant les lieux de résidence hors Québec. La table contient environ 190 000 enregistrements (15 Mo).

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

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE	POSITION À	REMARQUE
	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 9 = Numérique
(n) = Nombre de caractère

CHAPITRE 5 Tables

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

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE	POSITION À	REMARQUE
	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 9 = Numérique
(n) = Nombre de caractère

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.10 Code postal/code municipal (comprimés)

NOM

Code postal/code municipal (comprimés).

DESCRIPTION

Cette table permet de trouver un code postal réduit à trois, quatre, ou cinq caractères, la ou les municipalités qui ont ce code, le code, le nom et le statut correspondant à cette ou à ces municipalités. Elle permet également de trouver le CLSC.

PRECISIONS

Le tri se fait par code postal comprimé (CPC) et par code municipal (MUN.). Le code municipal correspond au code géographique excluant les lieux de résidence hors Québec.

La table contient environ 28 000 enregistrements (2 Mo).

Division 5.10 Code postal/code municipal (comprimés)

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

ORDRE	IDENTIFICATION	FORMAT	POSITION DE	POSITION À	REMARQUE
	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 9 = Numérique
(n) = Nombre de caractère

CHAPITRE 5 Tables

Division 5.11 Période financière

NOM Période financière.

DESCRIPTION Cette table sert à déterminer et à valider le numéro de la période financière par rapport à la date de sortie d'un usager de l'installation.

Le contenu de cette table devrait être :

1) l'année de la période ;

2) le numéro de la période ;

3) la date initiale de la période ;

4) la date finale de la période.

PRÉCISION Cette table est mise à jour automatiquement dans l'application locale.

NOM Table d'adresse

DESCRIPTION Cette table sert à la validation de certains types de provenance et du code postal de l'usager. Elle contient l'adresse des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui ont un code postal exclusif.

Contenu de la table :

- Code de l'installation ;
- Nom de l'installation ;
- Nom de l'installation abrégé;
- Adresse;
- Adresse abrégée;
- Code postal ;
- Nom de la municipalité;
- Mission

PRÉCISION Cette table est sujette à des modifications ou ajouts en cours d'année. Aussi, une nouvelle table est disponible au début de chaque année financière.

CARACTÈRE TECHNIQUE Table sur support électronique.

IDENTIFICATION	FORMAT	DE	À	REMARQUE
Code de l'installation	9 (8)	1	8	
Nom de l'installation	X(55)	9	63	
Nom de l'installation abrégé	X(30)	64	93	
Adresse	X(55)	94	148	
Adresse abrégée	X(30)	149	178	
Code postal	X(6)	179	184	
Nom de la municipalité	X(45)	185	229	
Mission	X(5)	230	234	

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

NOM Type de condition de séjour

DESCRIPTION Cette table sert à la validation des types de condition de séjour pour l'usager ayant un statut de niveau de soins alternatif.

Contenu de la table

1) le code du type de condition de séjour;
2) le nom du type de condition de séjour.

PRÉCISIONS Cette table n'est pas fournie par le système MED-ÉCHO. Elle est créée par l'utilisateur qui doit référer aux informations fournies à la division 3.43.1.

Lorsqu'il y a modification ou ajout de valeur, MED-ÉCHO avise les centres hospitaliers au moyen du cadre normatif.

Cette table est sujette à des modifications ou ajouts en cours d'année.

En développement

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
6.1	Guide de transmission des données
6.2	Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ
6.3	Transmission préliminaire de certaines données
6.4	Guide pour la transmission préliminaire de certaines données

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.1 Guide de transmission des données

Le guide vise à informer les fournisseurs de service ou les centres hospitaliers détenant leurs propres systèmes informatiques des modalités techniques exigées lors des transmissions des fichiers de transactions d'abrégés par le système MED-ÉCHO. Il n'est pas à l'intention des utilisateurs du système MED-ÉCHO; le contenu de ce chapitre concerne les responsables des systèmes informatiques qui transmettent ou viennent chercher des fichiers pour MED-ÉCHO.

L'ensemble des communications entre les centres hospitaliers et la RAMQ est basé sur les technologies qui sont décrites dans les sections du guide. Le processus de transmission, les particularités relatives à la sécurité, les particularités administratives, les modalités de transmission (envoi et réception), les précisions techniques pour les fichiers de résultat de validation, la description des fichiers XML et la correction des erreurs dans le cadre du système MED-ÉCHO y sont documentés.

Pour obtenir le guide ou pour toutes questions portant sur les divers sujets abordés dans ce chapitre, veuillez communiquer avec le pilote du système MED-ÉCHO.

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.2 Précisions additionnelles sur la transmission régulière 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'usager. 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 4e et 10e services enregistrés ont une valeur 3 pour le « type de séjour »; la somme des valeurs « nombre de jours » (1 + 25) est inscrite au 10e 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 3e et 5e 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 5e 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 1er , 2e et 7e 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 7e service, puisqu'il s'agit du dernier service enregistré dans cette catégorie, mais le « diagnostic (service) » du 1er service est le « diagnostic principal »; c'est donc à ce service qu'on attribue la somme des valeurs « nombre de jours » ;

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 11e 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 6e 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 8e service qui est en double, il sera tout simplement éliminé.

B REGROUPEMENT DES DONNÉES POUR LES SOINS INTENSIFS

Les données sur les soins intensifs sont entrées dans l'ordre chronologique de leur fréquentation par l'usager. Lors de la transmission, l'ordre chronologique est conservé et tous les séjours aux soins intensifs doivent être regroupés si le code de l'unité est le même et que les dates se suivent.

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 1er service dans le tableau de la p. 5)

– le service dont le « type de séjour » a une valeur 3, le cas échéant ; (le 10e service dans le tableau de la p.5).

– le service dont le « diagnostic (service) » est Z51.5 (le 11e service dans le tableau de la page 5)
– les autres services selon l'ordre décroissant des valeurs « nombre de jours » (le 5e service dans le tableau de la p. 5)

Les diagnostics non transmis sont conservés comme « autres diagnostics ». (diagnostics des 2e, 4e, 6e et 9e services du tableau) et les doubles sont éliminés par les regroupements. (voir le tableau de la p.5 (diagnostics des 7e et 8e 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 quinze séjours sont transmis. S'il y a plus de quinze séjours, les séjours suivants ne seront pas transmis.

6) Code de tumeur

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

- les tumeurs d'origine différentes, c'est-à-dire dont les codes de « topographie de la tumeur » diffèrent ;

– les tumeurs ayant une même origine, mais dont les codes de « morphologie de la tumeur » diffèrent.

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

– le « diagnostic principal » ;

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

– 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.

Exemple de regroupement des séjours/services

Installation							Regroupement				
No	Début	Nb de jours	Type de séjour	Diagnostic	Code de serv. CH	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.

Exemple de regroupement des séjours aux soins intensifs

				Regroupement			
Code de l'unité	Date de début	Date de fin	Nombre de jours	Code de l'unité	Date de début	Date de fin	Nombre de jours
06	2022-07-01	2022-07-03	2	06	2022-07-01	2022-07-05	4
06	2022-07-03	2022-07-05	2	01	2022-07-05	2022-07-08	3
01	2022-07-05	2022-07-08	3	06	2022-07-12	2022-07-15	3
06	2022-07-12	2022-07-15	3				

D TRANSMISSION DES ÉPISODES DE SOINS À LA BANQUE MINISTÉRIELLE

1) Transmission des épisodes de soins à la banque ministérielle

La transmission des épisodes de soins valides vers la banque ministérielle doit être automatisée à partir de paramètres modifiables par le représentant du centre hospitalier. Ces paramètres sont relatifs au moment (jour et heure) et à la fréquence de la transmission (hebdomadaire) et concerne les données de l'année financière en cours de saisie. La transmission manuelle doit demeurer disponible et peut être effectuées pour l'ensemble des épisodes valides ou uniquement certains épisodes de soins valides qui auront été sélectionnés au préalable (transmission prioritaire).

Le représentant du centre hospitaliser doit être informé par son application locale lorsqu'il y a un problème avec la transmission des données vers la banque ministérielle. 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.

3) Fermeture annuelle de la banque de données

L'application locale doit permettre au centre hospitaliser d'indiquer à la banque centrale que l'ensemble des données de l'année financière ont été codées et validées.

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
3.03	Date de modification de l'abrégé
3.04	Heure de modification de l'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'usager
3.9.3	Prénom de l'usager
3.9.4	Adresse de l'usager
3.10	Nouveau-né
3.11	Date de naissance
3.12	Sexe
3.13	Code postal de l'usager
3.14	Code géographique de l'usager
3.16	Responsabilité de paiement
3.19	Date d'accident
3.21	Code de l'installation de provenance
3.22	Type de provenance
3.23	Date d'inscription à l'urgence
3.24.1	Date d'admission
3.24.2	Heure d'admission
3.24.3	Diagnostic d'admission

No de l'élément	Nom de l'élément
3.25.1	Date de sortie
3.25.2	Heure de sortie
3.27	Séjour total
3.28	Code de l'installation de destination
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 (soins intensifs)
3.36.3	Date de début (soins intensifs)
3.36.4	Date de fin (soins intensifs)
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
3.43.4	Nombre de jours (niveau soins alternatif)

PRÉCISIONS

L'application MED-ÉCHO doit rendre la transmission préliminaire automatisé à partir de paramètres modifiables 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). De plus, un fichier de données est attendu à tous les jours où la transmission est planifiée même si aucune donnée n'est mise à jour dans l'application locale.

Chaque abrégé transmis dans le cadre de la transmission préliminaires est déclenché par l'ajout ou la modification de certains éléments de données lorsque ceux-ci sont transmis par l'ADT. Il s'agit de la date d'admission, la date de départ, le type de séjour, le diagnostic principal, le diagnostic d'admission, le type de soins, le nombre de jours aux soins intensifs, la date de début (soins intensifs), la date de fin (soins intensifs) et les éléments relatifs au niveau de soins alternatifs.

Chaque abrégé transmis dans le cadre de la transmission préliminaires est aussi déclenché par tout ajout ou toute

modification d'un élément de données lorsque ceux-ci sont saisis par l'archiviste médicale dans l'application locale MED-ÉCHO.

La transmission préliminaire cesse lorsque l'abrégé est transmis dans le cadre de la transmission régulière à la RAMQ, conformément à la section 6.1 et 6.2. Toutefois, l'application doit faire cette vérification lors de l'envoi dans le cadre de la transmission régulière « Tout épisode n'ayant jamais été extrait en régulier avant la date de dernière extraction préliminaire qui a été exécuté normalement, mais ayant eu une modification depuis la dernière extraction préliminaire sera inclus lors de l'envoi. »

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.

Les données de la division 3.36 « Soins intensifs » sont entrées dans l'ordre chronologique de leur fréquentation par l'usager et l'ensemble des valeurs de cette division sont transmises à chaque transmission.

Les données de la division 3.43 « Niveau de soins alternatifs » sont entrées par ordre chronologique de date et l'ensemble des valeurs de cette division sont transmises à chaque transmission.

Les données de la division 3.43 « Niveau de soins alternatifs » peuvent être importées de l'ADT via le protocole HL7, elles peuvent être saisies dans l'application locale MED-ÉCHO ou elles peuvent être injectées dans l'application locale lorsque le format préétabli est respecté.

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.4 Guide sur la transmission préliminaire de certaines données

Le guide sur la transmission préliminaire vise à informer les fournisseurs de service ou les centres hospitaliers détenant leurs propres systèmes informatiques des modalités techniques exigées pour les fichiers lors de la transmission préliminaire des abrégés par le système MED-ÉCHO. Il n'est pas à l'intention des utilisateurs du système MED-ÉCHO; le contenu de ce chapitre concerne les responsables des systèmes informatiques qui transmettent des fichiers pour MED-ÉCHO.

L'ensemble des communications entre les centres hospitaliers et la RAMQ est basé sur les technologies qui sont décrites dans les sections du guide sur la transmission préliminaire. Le processus de transmission, les particularités relatives à la sécurité, les particularités administratives, les modalités de transmission (envoi et réception), et la description des fichiers XML dans le cadre du système MED-ÉCHO y sont documentés.

Pour obtenir le guide ou pour toutes questions portant sur les divers sujets abordés dans ce chapitre, veuillez communiquer avec le pilote du système MED-ÉCHO.

CHAPITRE 7 Rapports médico-hospitaliers et références

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
7.1	Liste des rapports
7.2	Liste des manuels de références

CHAPITRE 7 Rapports médico-hospitaliers et références

Division 7.1 Liste des rapports

Le lecteur trouvera, dans la présente section, une liste de rapports médico-hospitaliers qui devront être produits localement puisque ceux-ci ne seront plus disponibles dans le système central MED-ÉCHO.

Les rapports statistiques, index, listes et registres de base que chaque installation doit produire et conserver doivent être conformes aux prescriptions des normes en archives médicales, pour les centres hospitaliers.

Pour les définitions et les calculs nécessaires à ces rapports, vous en référer au manuel PRODUCTION MED-ÉCHO. Une copie de ce manuel est disponible, pour consultation, au service des archives médicales de chaque installation.

LISTE DES RAPPORTS

Sommaire des types de destination des usagers

Sommaire des types de provenance des usagers

Registre des transferts (destination des usagers)

Registre des transferts (provenance des usagers)

Statistique générale

Index service

Liste des décès

Index diagnostic

Index infection

Index complication

Index médecin

Index traitement

Fréquence des diagnostics de service et séjour selon le sexe

Niveau de soins alternatifs

Données sur les diagnostics (CIM-10-CA) principal et associés selon le séjour et le sexe (ordre de catégorie)

Données sur les diagnostics (CIM-10-CA) principal et associés selon le séjour et le sexe (tri selon la fréquence du diagnostic)

Fréquence des interventions (CCI) selon le sexe

CHAPITRE 7 Rapports médico-hospitaliers et références

Division 7.1 Liste des rapports

Liste des dossiers des nouveau-nés selon la masse avec données sur le séjour et le décès

Morphologie des tumeurs

Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon le groupe d'âge et le sexe

Sommaire des départs par sexe, selon le regroupement D1 du diagnostic principal

Sommaire des interventions selon le regroupement T1 et le sexe

Sommaire des départs et séjour moyen par sexe selon le type d'admission

Sommaire des départs selon le diagnostic principal (regroupements choisis)

Sommaire des départs par service et département clinique pour les soins de courte durée seulement

Sommaire des départs par service et département clinique selon les types de soins

Sommaire des départs selon les jours d'hospitalisation pour l'ensemble des types de soins

Collège des médecins du Québec. *Tenue du dossier – Guide concernant la tenue du dossier par le médecin dans les centres hospitaliers de soins de courte durée et dans les CLSC*, Montréal, Collège des médecins du Québec, novembre 1996, 23 pages.

Gouvernement du Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1999.

Ministère des affaires sociales. *Normes en archives médicales pour les centres hospitaliers de courte durée*, Québec, Ministère des affaires sociales, novembre 1984, 18 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux. *Normes et pratiques de gestion - Manuel de gestion financière*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, mai 1999, 698 pages.

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada

Classification canadienne des interventions.

MED-ÉCHO. *Productions MED-ÉCHO*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, novembre 1987, 123 pages.

Classification internationale des maladies – Oncologie, 2e édition.