

CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2015

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2015

MISE À JOUR

DATE	RAISON		CHAPITRE / DIVISION
2014-06-01	Modification de libellés	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)
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 3.9.3 3.37.1 3.37.2 3.37.3 3.37.4 3.35.3 3.35.6 3.35.7 4.9C 4.18F	Nom de l'utilisateur Prénom de l'utilisateur Nom du père Prénom du père Nom de la mère à la naissance Prénom de la mère Lieu de l'intervention Statut de résidence du médecin Spécialité du médecin Décès Traitement
2015-04-01	Modification de définition	3.38.2	Type de décès
2015-04-01	Modifications à la transmission	6.2-B 6.2-C2 6.2-D2	Soins intensifs Autres diagnostics Bloc traitement

CHAPITRE 1

Division 1.4 Présentation de la révision d'avril 2006

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 3 Description des éléments

Division 3.9.2 Nom de l'utilisateur

ÉLÉMENT	Nom de l'utilisateur
FORMAT	30 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom de l'utilisateur à la naissance.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire.
PRÉCISIONS	<p>Le nom doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.3 Prénom de l'utilisateur

ÉLÉMENT	Prénom de l'utilisateur
FORMAT	20 – alphabétique.
DÉFINITION	Prénom de l'utilisateur à la naissance.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire.
PRÉCISIONS	<p>Le prénom doit être composé exclusivement de n'importe lequel des caractères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 3.35.3 Lieu de l'intervention

ÉLÉMENT	Lieu de l'intervention
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant le lieu où l'intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	<p>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.</p> <p>Les valeurs possibles sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">1 : bloc opératoire ;2 : salle d'accouchement ;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	<p>La valeur 6 doit être utilisée dans le cas des interventions pratiquées à l'extérieur de l'installation durant l'hospitalisation de l'utilisateur. Si l'absence est de plus de 24 heures, on devrait retrouver une valeur dans « nombre de jours de congé temporaire » (division 3.26).</p> <p>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).</p>

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	<p>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.</p> <p>Elle peut prendre les valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">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	67	Médecine néonatale et périnatale
2	Cardiologie	69	Pathologie clinique
3	Dermatologie	70	Anatomo-pathologie
4	Endocrinologie et métabolisme	71	Biochimie médicale
5	Gastroentérologie	72	Pathologie générale
6	Hématologie	73	Microbiologie médicale et infectiologie
7	Médecine interne	74	Pathologie hématologique
8	Néphrologie	75	Pathologie judiciaire
9	Neurologie	76	Radiologie diagnostique
10	Médecine physique et réadaptation	77	Radio-oncologie
11	Pneumologie	78	Médecine nucléaire
12	Rhumatologie	79	Médecine de soins intensifs
13	Spécialités dentaires autres ⁽¹⁾	80	Pédiatrie
14	Dentisterie générale	81	Oncologie gynécologique
15	Prothodonte (prothèse)	82	Médecine du travail
20	Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique*	83	Neuropsychiatrie*
21	Chirurgie vasculaire	84	Hygiène et santé publique*
22	Chirurgie buccale et maxillo-faciale	85	Médecine de famille
23	Chirurgie générale oncologique	86	Électroencéphalographie*
24	Chirurgie générale	87	Oncologie médicale
26	Chirurgie plastique	88	Acte posé par un non-médecin
27	Chirurgie générale pédiatrique	89	Gériatrie
28	Chirurgie thoracique	90	Psychiatrie
30	Neurochirurgie	91	Génétique médicale
32	Ophtalmologie	92	Médecine d'urgence
34	Chirurgie orthopédique	93	Médecine d'urgence pédiatrique
36	Oto-rhino-laryngologie/chirurgie cervico-faciale	94	Médecine de l'adolescence
38	Urologie	95	Neuropathologie
39	Hématologie/oncologie pédiatrique	96	Chirurgie cardiaque
50	Anesthésiologie	97	Chirurgie colorectale
59	Médecine communautaire	98	Maladies infectieuses
61	Médecine maternelle et fœtale	99	Acte posé par une sage-femme
66	Obstétrique et gynécologie		

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.7 Spécialité du médecin (traitement)

PRÉCISION

Cette liste a été préparée d'après les spécialités médicales inscrites au tableau du Collège des Médecins du Québec le 25 novembre 2010 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 3.37.1 Nom du père

ÉLÉMENT	Nom du père à la naissance
FORMAT	30 – alphabétique.
DÉFINITION	Nom à la naissance du père de l'utilisateur.
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 : <ul style="list-style-type: none">• 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'utilisateur.
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 : <ul style="list-style-type: none">• 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'utilisateur.
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 : <ul style="list-style-type: none">• 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'utilisateur.
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 : <ul style="list-style-type: none">• Lettres majuscules ou minuscules de A à Z• Toutes les lettres accentuées de la langue française• Caractères spéciaux : espace (), point (.), apostrophe (') tiret (-) ou dièse (#)

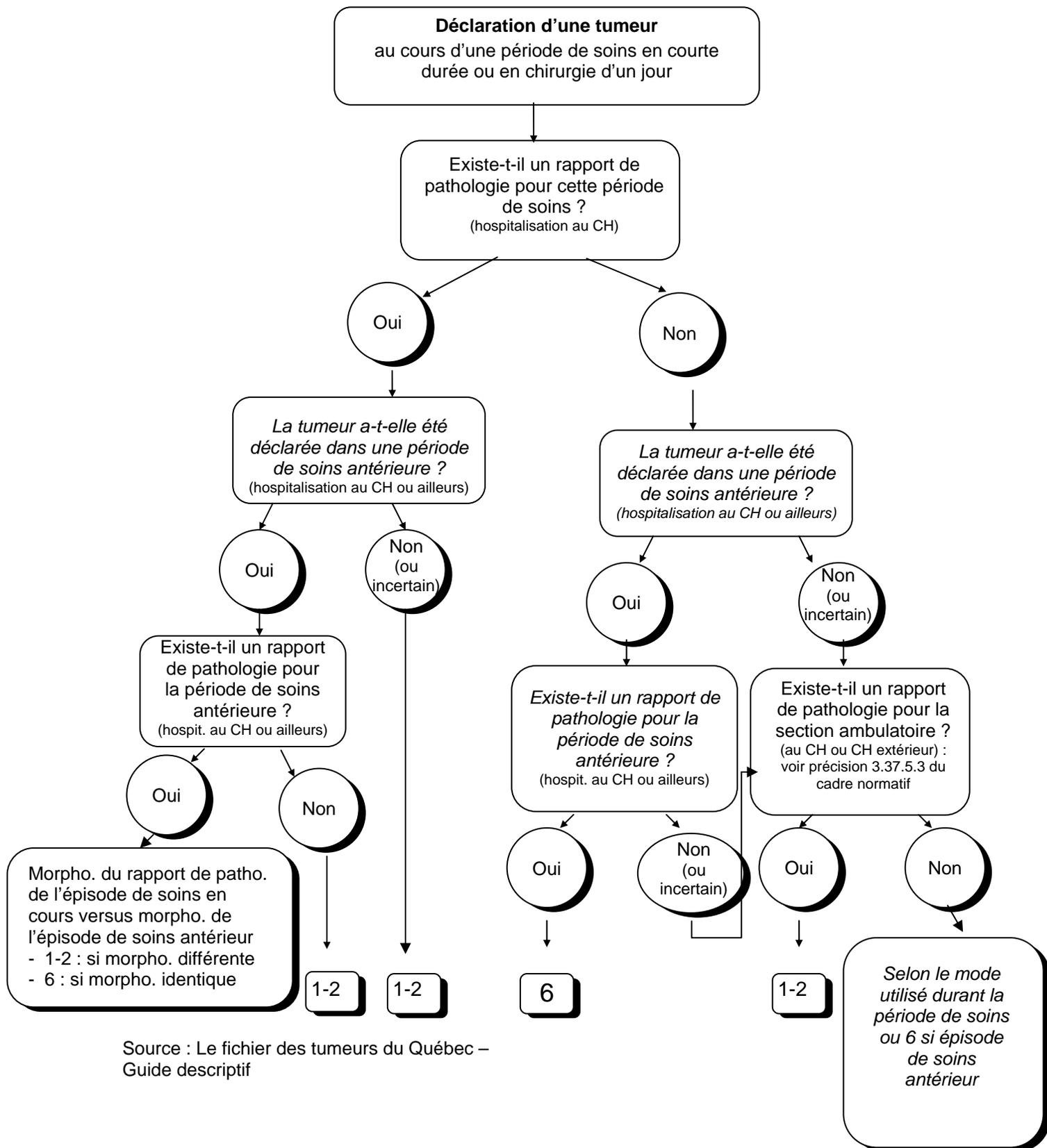
Exemple : Jeanne d'Arc se transmet tel quel.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.37.5.3 Mode de diagnostic

ÉLÉMENT	Mode de diagnostic
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser la méthode utilisée pour diagnostiquer la tumeur.
DESCRIPTION	<p>Cette donnée est obligatoire pour chaque « code de tumeur ». Les valeurs possibles sont :</p> <ul style="list-style-type: none">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.

Précision sur les modes de diagnostic 1 et 6



Source : Le fichier des tumeurs du Québec – Guide descriptif

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 <i>Normes en archives médicales pour les centres hospitaliers de courte durée</i> .
DESCRIPTION	<p>Les valeurs possibles sont :</p> <ul style="list-style-type: none">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 au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de celle-ci, si le décès n'est ni accidentel ni fortuit) ;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	<ul style="list-style-type: none">1) Les types de décès maternel et néonatal sont toujours prioritaires. Ex. : Une femme qui décède pendant une césarienne 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 4 Validation

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

Les validations de cette division sont de type avertissement.

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

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

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 4.18 Traitement

CODE D'INTERVENTION

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

A REGROUPEMENT DES DONNÉES SUR LES SERVICES

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

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

B REGROUPEMENT DES DONNÉES POUR LES SOINS INTENSIFS

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

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

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

C PRIORITÉ DANS LA TRANSMISSION DE CERTAINES INFORMATIONS

1) Services

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

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

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

2) Autres diagnostics

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

- les « diagnostics (service) » qui ont été reportés dans « autres diagnostics » ;

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

- 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 vingt traitements sont transmis dans l'ordre suivant :

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

5) Soins intensifs

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

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.

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

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

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

7) Masse à la naissance

Les trois premières masses enregistrées sont transmises.

8) Référence service

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

Exemple de regroupement des séjours/services

Installation							Regroupement				
No	Début	Nb de jours	Type de séjour	Diagnostic	Code de serv. Install.	Code de serv. MSSS	Nb de Jours	Type de séjour	Diagnostic	Code de serv. MSSS	Priorité de transmission
1	2006.01.01	2	0	K22.9 P	94	24	5	0	K22.9 P	24	1
2	2006.01.03	2	0	F03 *	96	24					
3	2006.01.05	7	0	K35.9 *	97	19					
4	2006.01.12	1	3	G37.9 *	89	89					
5	2006.01.13	3	0	K35.9 -	98	19					
6	2006.01.16	4	0	I30.9	92	19	14	0	I30.9	19	3
7	2006.01.21	1	0	F03 -	96	24					
8	2006.01.22	10	0	I30.9 -	44	07					
9	2006.02.01	2	0	K22.9	43	07	12	0	K22.9	07	4
10	2006.02.03	25	3	G81.99	43	07	26	3	G81.99	07	2
11	2006.02.28	3	0	I49.9	85	85	3	0	I49.9 *	85	non transmis

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

Exemple de regroupement des séjours aux soins intensifs

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

D TRANSMISSION DES ÉPISODES DE SOINS À LA BANQUE MINISTÉRIELLE

1) Sélection d'épisodes à transmettre

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

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

2) Bloc traitement (3.35)

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