



CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2016

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2016

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'utilisateur
		3.9.3	Prénom de l'utilisateur
		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	4.ii	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'utilisateur
		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

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 (#)• Chiffre (seulement si l'utilisateur 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.

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'utilisateur selon une nomenclature propre au système MED-ÉCHO.

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

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

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	<p>Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">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 1^{er} janvier 2016)

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

PRÉCISIONS SUR LES DÉFINITIONS

01 : MSSS sans accident

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.16 Responsabilité de paiement

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 autorisés 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).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.19 Date d'accident

ÉLÉMENT	Date d'accident.
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
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'utilisateur.
PRÉCISIONS	<p>Cette donnée doit également être présente pour les hospitalisations qui traiteront les effets et les séquelles de cet accident.</p> <p>Si la date d'accident est inconnue, ne rien inscrire.</p> <p>Si le jour et le mois sont inconnus, inscrire seulement l'année.</p> <p>Si le jour est inconnu, inscrire le mois et l'année.</p>

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.20 Codes d'accident

ÉLÉMENT	Codes d'accident
DÉFINITION	Codification du traumatisme initial subi par l'utilisateur 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 du traumatisme initial, selon la <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> .
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	<ol style="list-style-type: none">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 du 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 <i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA)</i> , 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	<ol style="list-style-type: none">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 3.32 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 : <ol style="list-style-type: none">1) référence service ;2) diagnostic ;3) caractéristique du diagnostic.
PRÉCISION	Il peut y avoir jusqu'à quarante autres diagnostics par abrégé comme il peut n'y en avoir aucun.

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	<p>Le bloc « traitement » comprend dix informations :</p> <ul style="list-style-type: none">– référence service ;– date de l'intervention ;– 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 n'y en avoir aucun, sauf pour le type de soins 27 qui doit avoir au moins un traitement.

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)
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.^

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.2 Autres diagnostics

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

- 2S** **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par Z37.0__ et Z37.1__, seule la première masse à la naissance doit être remplie, les 2 autres masses doivent être nulles.

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.

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

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

- 2Q** **AVERTISSEMENT** - Si le code de diagnostic correspond à un code de cause externe de traumatisme (valeur est comprise entre V01 et Y89), celui-ci ne doit pas être égal au code de diagnostic de l'élément « code de cause extérieure d'accident ».

CARACTÉRISTIQUE DU DIAGNOSTIC

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

TUMEUR

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.3 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) ou de la rubrique « Actes médicaux et chirurgicaux considérés comme cause externe de séquelles » (Y88).
- 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).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.14 Nouveau-né

Si l'utilisateur 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'utilisateur ne devrait pas débiter par un chiffre (1 à 9) ou ne devrait pas débiter par une des valeurs suivantes :
 - BEBE
 - CHILD
 - INFANT
 - FILLE
 - GARCON
 - BB
 - ENF
 - INF

Si l'utilisateur 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).

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.15 Responsabilité de paiement

15A Si la valeur de « responsabilité de paiement » est 09 (non-résident du Québec), la valeur du « code géographique de l'utilisateur » 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'utilisateur » 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'utilisateur » doit être un code de la province de Québec.

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

16R Le diagnostic du premier service transmis doit être identique au « diagnostic principal ».

16S Avec un « diagnostic (service) » commençant par Z37, la « durée de gestation » doit être inscrite et une des zones « masse à la naissance » doit être remplie.

16T Avec un diagnostic commençant par I21.-, I22.- ou égal à I24.0, on doit aussi retrouver un code égal à R94.30, R94.31 ou R94.38 en « diagnostic (service) » ou un « autre diagnostic ».

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

16U **AVERTISSEMENT** – Avec un diagnostic commençant par Z37.0__ et Z37.1__, seule la première masse à la naissance doit être remplie, les 2 autres masses doivent être nulles.

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.

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

TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

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

CAUSE EXTERNE DE TRAUMATISME

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.16 Service

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

CODE DU SERVICE

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

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

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

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

TUMEUR

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.18 Traitement

SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN (ANESTHÉSIE)

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

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

RÉFÉRENCE SERVICE

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

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

STATUT DE RÉSIDENCE DU MÉDECIN (TRAITEMENT)

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

DATE DE L'INTERVENTION

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

DIAGNOSTICS

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

CHAPITRE 4 VALIDATION

Division 4.18 Traitement

CODE D'INTERVENTION

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

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

TECHNIQUE D'ANESTHÉSIE

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

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

MODE DIAGNOSTIQUE

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

MORPHOLOGIE DE LA TUMEUR

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

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

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

AVERTISSEMENT - Si le code de « topographie de la tumeur » est égal à C30.00, C30.01, C30.1 ou C31.0 à C31.9 le code de « morphologie de la tumeur » doit être différent de 9250 à 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);

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.19 Tumeur

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

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

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

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

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

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

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

AVERTISSEMENT - Si le code de « morphologie de la tumeur » est compris entre 9590 et 9729 (lymphomes) le code de « topographie de la tumeur » doit être compris entre C81 à 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 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 quarante « 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 trente-cinq traitements sont transmis dans l'ordre suivant :

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

5) Soins intensifs

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

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.