



CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2017

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2017

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'utilisateur
		3.9.3	Prénom de l'utilisateur
2017-04-01	Ajouts d'éléments	3.35.2.1	Date de l'intervention (traitement)
		3.35.2.2	Heure de l'intervention (traitement)
		3.35.2.3	Date de sortie de la salle d'opération
		3.35.2.4	Heure de sortie de la salle d'opération

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division Table des matières

DIVISION	CONTENU
3.38	Décès
3.38.1	Cause immédiate du décès
3.38.2	Type de décès
3.38.3	Autopsie
3.39	Mortinaissance
3.39.1	Nombre de mortinaissances
3.39.2	Nombre de mortinaissances autopsiées
3.40	Masse à la naissance
3.41	Durée de la gestation
3.42	Numéro de dossier médical de la mère

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

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

CHAPITRE

3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.i Index alphabétique des éléments

DIVISION	CONTENU
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
3.38.2	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 3.6 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'utilisateur 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	<p>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.</p> <p>Ex. : Le code 1104 5051 est celui du Centre hospitalier universitaire de Québec. 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 :</p> <table><tr><td>5121 7586</td><td>pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ;</td></tr><tr><td>5121 7594</td><td>pavillon le Centre hospitalier de l'Université Laval ;</td></tr><tr><td>5121 7602</td><td>pavillon Saint-François-d'Assise.</td></tr></table>	5121 7586	pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ;	5121 7594	pavillon le Centre hospitalier de l'Université Laval ;	5121 7602	pavillon Saint-François-d'Assise.
5121 7586	pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec ;						
5121 7594	pavillon le Centre hospitalier de l'Université Laval ;						
5121 7602	pavillon Saint-François-d'Assise.						

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.

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'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.

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 3.20.1 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 <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 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 3.22 Type de provenance

ÉLÉMENT	Type de provenance
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Code servant à préciser le lieu où était l'utilisateur avant son hospitalisation.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :</p> <p>01 : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques ; 03 : centre d'hébergement et de soins de longue durée ; 09 : centre hospitalier de soins (physiques et psychiatriques) de courte durée, hors province ; 10 : centre d'hébergement et de soins (physiques et psychiatriques) de longue durée, hors province ; 13 : centre de réadaptation ; 17 : domicile – envoyé par un CLSC (incluant les dispensaires) ; 21 : domicile ; 27 : unité de chirurgie d'un jour ; 29 : soins <i>post-mortem</i> ; 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.</p>
PRÉCISIONS	<ol style="list-style-type: none">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.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.22 Type de provenance

- 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 3.29 Type de destination

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.29 Type de destination

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

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'utilisateur dans le service.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire et peut prendre les valeurs suivantes :

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

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 y en avoir aucun.

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	57	Pédiatrie du développement
2	Cardiologie	58	Médecine interne générale
3	Dermatologie	59	Médecine communautaire
4	Endocrinologie et métabolisme	61	Médecine maternelle et foetale
5	Gastroentérologie	66	Obstétrique et gynécologie
6	Hématologie	67	Médecine néonatale et périnatale
7	Médecine interne	69	Pathologie clinique
8	Néphrologie	70	Anatomo-pathologie
9	Neurologie	71	Biochimie médicale
10	Médecine physique et réadaptation	72	Pathologie générale
11	Pneumologie	73	Microbiologie médicale et infectiologie
12	Rhumatologie	74	Pathologie hématologique
13	Spécialités dentaires autres ⁽¹⁾	75	Pathologie judiciaire
14	Dentisterie générale	76	Radiologie diagnostique
15	Prothodontie (prothèse)	77	Radio-oncologie
20	Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique*	78	Médecine nucléaire
21	Chirurgie vasculaire	79	Médecine de soins intensifs
22	Chirurgie buccale et maxillo-faciale	80	Pédiatrie
23	Chirurgie générale oncologique	81	Oncologie gynécologique
24	Chirurgie générale	82	Médecine du travail
26	Chirurgie plastique	83	Neuropsychiatrie*
27	Chirurgie générale pédiatrique	84	Hygiène et santé publique*
28	Chirurgie thoracique	85	Médecine de famille
30	Neurochirurgie	86	Électroencéphalographie*
32	Ophtalmologie	87	Oncologie médicale
34	Chirurgie orthopédique	89	Gériatrie
36	Oto-rhino-laryngologie/chirurgie cervico-faciale	90	Psychiatrie
38	Urologie	91	Génétique médicale
39	Hématologie/oncologie pédiatrique	92	Médecine d'urgence
46	Gérontopsychiatrie	93	Médecine d'urgence pédiatrique
47	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	94	Médecine de l'adolescence
48	Psychiatrie légale	95	Neuropathologie
50	Anesthésiologie	96	Chirurgie cardiaque
56	Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité	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 3.33.3 Spécialité du médecin (consultation)

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 3.35 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 treize informations :</p> <ul style="list-style-type: none">– 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 3.35.2 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 (AAAAMMDD).
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.

CHAPITRE 3 Description des éléments

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 facultative pour chaque code d'intervention.
PRÉCISION	Lorsqu'une intervention est répétée plus d'une fois, inscrire l'heure de la première intervention pratiquée.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.2.3 Date de sortie de la salle d'opération

ÉLÉMENT	Date de sortie de la salle d'opération
FORMAT	8 - numérique (AAAAMMDD).
DÉFINITION	Date à laquelle l'utilisateur a quitté la salle d'opération.
DESCRIPTION	Cette donnée est facultative

CHAPITRE 3 Description des éléments

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'utilisateur a quitté la salle d'opération.
DESCRIPTION	Cette donnée est facultative.

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 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).

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.

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

⁽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 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 3.35.9 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	57	Pédiatrie du développement
2	Cardiologie	58	Médecine interne générale
3	Dermatologie	59	Médecine communautaire
4	Endocrinologie et métabolisme	61	Médecine maternelle et fœtale
5	Gastroentérologie	66	Obstétrique et gynécologie
6	Hématologie	67	Médecine néonatale et périnatale
7	Médecine interne	69	Pathologie clinique
8	Néphrologie	70	Anatomo-pathologie
9	Neurologie	71	Biochimie médicale
10	Médecine physique et réadaptation	72	Pathologie générale
11	Pneumologie	73	Microbiologie médicale et infectiologie
12	Rhumatologie	74	Pathologie hématologique
13	Spécialités dentaires autres ⁽¹⁾	75	Pathologie judiciaire
14	Dentisterie générale	76	Radiologie diagnostique
15	Prothodontie (prothèse)	77	Radio-oncologie
20	Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique*	78	Médecine nucléaire
21	Chirurgie vasculaire	79	Médecine de soins intensifs
22	Chirurgie buccale et maxillo-faciale	80	Pédiatrie
23	Chirurgie générale oncologique	81	Oncologie gynécologique
24	Chirurgie générale	82	Médecine du travail
26	Chirurgie plastique	83	Neuropsychiatrie*
27	Chirurgie générale pédiatrique	84	Hygiène et santé publique*
28	Chirurgie thoracique	85	Médecine de famille
30	Neurochirurgie	86	Électroencéphalographie*
32	Ophthalmologie	87	Oncologie médicale
34	Chirurgie orthopédique	89	Gériatrie
36	Oto-rhino-laryngologie/chirurgie cervico-faciale	90	Psychiatrie
38	Urologie	91	Génétique médicale
39	Hématologie/oncologie pédiatrique	92	Médecine d'urgence
46	Gérontopsychiatrie	93	Médecine d'urgence pédiatrique
47	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	94	Médecine de l'adolescence
48	Psychiatrie légale	95	Neuropathologie
50	Anesthésiologie	96	Chirurgie cardiaque
56	Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité	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 3.36 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	<p>Le bloc « soins intensifs » comprend deux informations :</p> <ol style="list-style-type: none">1) code de l'unité ;2) nombre de jours. <p>Ces informations sont obligatoires pour les installations ayant un regroupement physique de lits de soins intensifs lorsqu'un usager y séjourne.</p>
PRÉCISION	Il peut y avoir jusqu'à trois séjours différents à l'unité de soins intensifs par abrégé comme il peut y en avoir aucun.

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 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	<ul style="list-style-type: none">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 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. ^
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. _

CHAPITRE 4 Validation

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

A	
ON NE DEVRAIT PAS RETROUVER...	
A-17	On ne devrait pas retrouver un code de diagnostic O34.20_ en présence d'un code d'accouchement par voie vaginale 5.MD.5^.^ Le code O75.7 devrait être saisi tel que mentionné à l'exclusion du code 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.
B	
ON DEVRAIT RETROUVER	
B-1	On devrait toujours retrouver des codes de diabète du même niveau dans un épisode de soins (Tous des E10._ ou tous des E11._ ou tous des E13._ ou tous des E14._)
B-2	On devrait retrouver un seul code d'hypertension (I10._, I11._, I12._, I13._ ou I15._) par épisode de soins
B-3	On devrait toujours retrouver la même 6 ^e position pour les codes d'obstétrique (O10._ à O99._) d'un épisode de soins sauf pour les 6 ^e positions 1 et 2 qui peuvent figurer dans un même épisode de soins
B-4	On devrait retrouver un code de pourcentage de surface corporelle (T31 ou T32) avec les codes de brûlure ou de corrosion T20._ à T25._ et T29._ dans un épisode de soins
B-5	On devrait retrouver un seul code T31._ par épisode de soins
B-6	On devrait retrouver un seul code T32._ par épisode de soins
B-7	On devrait retrouver un seul code J44._ <i>Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques</i> par épisode de soins.
B-8	On devrait toujours retrouver un attribut de lieu différent de zéro pour au moins un code 1.SY.80.^ de l'épisode de soins lorsqu'il y a un diagnostic principal de hernie peu importe la localisation (K40._, K41._, K42._, K43._, K45._ ou K46._)

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.3 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 4.18 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.

DATES ET HEURES DE L'INTERVENTION

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

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

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

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

CHAPITRE 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 6 Transmission des données

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

Exemple de regroupement des séjours aux soins intensifs

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

D TRANSMISSION DES ÉPISODES DE SOINS À LA BANQUE MINISTÉRIELLE

1) Sélection d'épisodes à transmettre

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

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

2) Bloc traitement (3.35)

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

E TRANSMISSION DES HEURES NON RENSEIGNÉES

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