



CADRE NORMATIF DU SYSTÈME MED - ÉCHO

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

Octobre 1987

Révision : Avril 2023

MED-ÉCHO MED-ÉCHO

Québec 

CADRE NORMATIF

DU

SYSTÈME MED-ÉCHO

OCTOBRE 1987

RÉVISION : AVRIL 2023

MISE À JOUR

DATE	RAISON		CHAPITRE/DIVISION
2019-10-16	Modification de définition	3.39 3.40	Mortinaissance Masse à la naissance
2019-10-16	Modification de validation	4.12D	Mortinaissance
2020-04-01	Modifications d'éléments	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)
2020-04-01	Modifications de validations	4.ii	Diagnostics et interventions
2020-04-01	Intégration de la documentation	3.43 3.43.1 3.43.2 3.43.3 3.43.4 5.13	Niveau de soins alternatifs Type de condition de séjour Date de début de la condition de séjour Date de fin de la condition de séjour Nombre de jours (NSA) Type de condition de séjour
2021-04-01	Ajouts d'éléments	3.03 3.04	Date de modification de l'abrégé Heure de modification de l'abrégé
2021-04-01	Modification d'éléments	3.0 3.4 3.15 3.18 3.31.4 3.33.3 3.35.7 3.35.9 3.36 3.40 5.11 6.3	Abrégé MED-ÉCHO Numéro d'admission Lieu de naissance État civil Spécialité du médecin (service) Spécialité du médecin (consultation) Spécialité du médecin (traitement) Spécialité du médecin (anesthésie) Soins intensifs Masse à la naissance Période financière Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2021-04-01	Modification de validations	4.18	Traitement
2022-04-01	Modification de définitions	3.24.3	Diagnostic d'admission
2022-04-01	Modification d'éléments	3.35.3 6.2 6.3	Lieu de l'intervention Précisions additionnelles sur la transmission des données MED-ÉCHO à la RAMQ Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO
2022-04-01	Modification de validations	4.18	Traitement
2023-04-01	Ajouts d'éléments	3.9.4 3.35.2.5	Adresse de l'utilisateur Durée de l'intervention

MISE À JOUR

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

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

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

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.9.4 Adresse de l'utilisateur

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.15 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 facultative et ne peut prendre que les valeurs suivantes :

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

PRÉCISION	Cet élément est sujet à révision.
-----------	-----------------------------------

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.3 Lieu de l'intervention

ÉLÉMENT	Lieu de l'intervention
FORMAT	1 – numérique.
DÉFINITION	Code indiquant le lieu où l'intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire si le code de l'intervention pratiquée débute par 1_, 2_, 3_ et 5_. Autrement, elle peut être facultative sous réserve de la validation 4.18F.

Les valeurs possibles sont les suivantes :

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

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

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

La valeur 6 doit être utilisée dans le cas des interventions pratiquées à l'extérieur de l'installation durant l'hospitalisation de l'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).

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.3 Lieu de l'intervention

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.2.5 Durée de l'intervention

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.35.5 Nombre d'interventions

ÉLÉMENT	Nombre d'interventions.
FORMAT	2 – numérique.
DÉFINITION	Indication du nombre de fois qu'une intervention a été pratiquée.
DESCRIPTION	Cette donnée est obligatoire pour chaque code d'intervention transmis et peut prendre les valeurs de 00 à 99.
PRÉCISION	Pour l'utilisation de la version 37 des APR-DRG, la valeur 0 ne permet plus d'indiquer qu'il s'agit d'une intervention qui ne doit pas être pris en compte par le Groupeur (3M). L'intervention sera prise en compte à moins qu'elle ait eu lieu à l'extérieur dans une autre installation (lieu de l'intervention=6), ou que l'intervention ait été abandonnée (attribut de situation= « A »). La valeur 0 peut être utilisée dans ces deux situations.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36 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 quatre informations :</p> <ol style="list-style-type: none">1) code de l'unité ;2) nombre de jours;3) date de début;4) date de fin. <p>Ces informations sont obligatoires pour les installations ayant un regroupement physique de lits de soins intensifs lorsqu'un usager y séjourne.</p>
PRÉCISION	<p>Dans la transmission régulière, il peut y avoir jusqu'à 15 séjours différents à l'unité de soins intensifs par abrégé comme il peut y en avoir aucun. Dans le cadre de la transmission préliminaire, il n'y a aucun maximum de séjours différents à l'unité de soins intensifs.</p> <p>Les soins intermédiaires ne font pas partie de l'unité de soins intensifs, ils font partie de l'unité de soins (lieu physique) où l'utilisateur a reçu les services.</p>

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.2 Nombre de jours (soins intensifs)

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

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.3 Date de début (soins intensifs)

ÉLÉMENT Date de début (soins intensifs).

FORMAT 8 - numérique (AAAAMMJJ).

DÉFINITION Date à laquelle le séjour aux soins intensifs a débuté.

DESCRIPTION Cette donnée est obligatoire pour chaque séjour aux soins intensifs.

CHAPITRE 3 Description des éléments

Division 3.36.4 Date de fin (soins intensifs)

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

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.43.1 Type de condition de séjour

ÉLÉMENT	Type de condition de séjour
FORMAT	3 – alphanumérique.
DÉFINITION	Code indiquant qu'il s'agit d'un usager ayant un statut de niveau de soins alternatif. Cette variable est utilisée exclusivement lors de la transmission préliminaire.
DESCRIPTION	<p>Cette information est obligatoire lorsqu'il s'agit d'un usager ayant un statut de niveau de soins alternatif et sera validé par la table du type de condition de séjour (division 5.13). Elle est transmise dans le cadre de la transmission préliminaire et les valeurs disponibles sont :</p> <ul style="list-style-type: none">0 Soins actifs;1.1 Processus d'orientation - évaluation en cours;1.2 Processus d'orientation - demande transmise;2 Attente SAD;3.1 Attente soins de longue durée (CHSLD);3.2 Attente RI ou RTF;4.1 Attente réadaptation intensive ou spécialisée AVC/Traumatologie;4.2 Attente réadaptation intensive ou spécialisée Autres diagnostics;4.3 Attente réadaptation d'intensité modérée et progressive;4.4 Attente convalescence;5 Attente soins palliatifs;6.1 Attente résidence privée pour aînés;6.2 Attente CHSLD privé non conventionné;7 Attente hébergement santé mentale;8 Usagers visés par une ordonnance judiciaire;9 Attente ordonnance hébergement.

PRÉCISION SUR LES DESCRIPTIONS

Processus d'orientation – évaluation en cours	Comprend les usagers ayant obtenu leur statut NSA pour lesquels le type de ressource permettant de répondre le mieux à leurs besoins après leur séjour hospitalier n'est identifié; des démarches sont en cours (Variable RQSUCH 8b).
Processus d'orientation – demande transmise	Comprend les usagers dont l'évaluation des besoins est terminée et la demande est transmise au service approprié ou à un mécanisme d'accès externe, sans que l'orientation ne soit confirmée

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.43.1 Type de condition de séjour

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

CHAPITRE 3. Description des éléments

Division 3.43.1 Type de condition de séjour

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

CHAPITRE 4 Validation

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

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

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

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 débuter par un chiffre (1 à 9) ou ne devrait pas débuter par une des valeurs suivantes :

BEBE
CHILD
INFANT
FILLE
GARCON
BB
ENF
INF
- 14L** la date de naissance doit être différente de la date d'admission et elle doit être inférieure de deux jours ou plus.

Si l'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_) ;

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.14 Nouveau-né

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

CHAPITRE 4 Validation

Division 4.17 Soins intensifs

NOMBRE DE JOURS

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

DATE DE DÉBUT

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

DATE DE FIN

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

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

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

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

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

B REGROUPEMENT DES DONNÉES POUR LES SOINS INTENSIFS

Les données sur les soins intensifs sont entrées dans l'ordre chronologique de leur fréquentation par l'utilisateur. Lors de la transmission, l'ordre chronologique est conservé et tous les séjours aux soins intensifs doivent être regroupés si le code de l'unité est le même et que les dates se suivent.

C PRIORITÉ DANS LA TRANSMISSION DE CERTAINES INFORMATIONS

1) Services

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

- le service dont le « diagnostic (service) » correspond au « diagnostic principal » (le 1^{er} service dans le tableau de la p. 5)
- le service dont le « type de séjour » a une valeur 3, le cas échéant ; (le 10^e service dans le tableau de la p.5).
- le service dont le « diagnostic (service) » est Z51.5 (le 11^e service dans le tableau de la page 5)
- les autres services selon l'ordre décroissant des valeurs « nombre de jours » (le 5^e service dans le tableau de la p. 5)

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

2) Autres diagnostics

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

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

3) Consultation médicale

Les neufs premières consultations doivent être transmises.

4) Traitement

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

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

5) Soins intensifs

Un maximum de quinze séjours sont transmis. S'il y a plus de quinze séjours, les séjours suivants ne seront pas transmis.

6) Code de tumeur

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

- les tumeurs d'origine différentes, c'est-à-dire dont les codes de « topographie de la tumeur » diffèrent ;

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

- les tumeurs ayant une même origine, mais dont les codes de « morphologie de la tumeur » diffèrent.

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

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

7) Masse à la naissance

Les trois premières masses enregistrées sont transmises.

8) Référence service

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.2 Précisions additionnelles sur la transmission régulière 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. CH	Code de serv. MSSS	Nb de Jours	Type de séjour	Diagnostic	Code de serv. MSSS	Priorité de transmission
1	2006.01.01	2	0	F03 P	94	24	5	0	F03 P	24	1
2	2006.01.03	2	0	F03 -	96	24					
3	2006.01.05	7	0	K35.8 -	97	19					
4	2006.01.12	1	3	G37.9 *	89	89					
5	2006.01.13	3	0	K35.8	98	19	10	0	K35.8	19	4
6	2006.01.16	4	0	I30.9	92	19	4	0	I30.9*	19	non transmis
7	2006.01.21	1	0	F03 -	96	24					
8	2006.01.22	10	0	I30.9	44	07	10	0	I30.9-	07	non transmis
9	2006.02.01	2	0	K22.9	43	07	2	0	K22.9*	07	non transmis
10	2006.02.03	25	3	G81.99	43	07	26	3	G81.99	07	2
11	2006.02.28	12	0	Z51.5	85	85	12	0	Z51.5	85	3

NOTES : P = « Diagnostic principal ».

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

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

Exemple de regroupement des séjours aux soins intensifs

				Regroupement			
Code de l'unité	Date de début	Date de fin	Nombre de jours	Code de l'unité	Date de début	Date de fin	Nombre de jours
06	2022-07-01	2022-07-03	2	06	2022-07-01	2022-07-05	4
06	2022-07-03	2022-07-05	2	01	2022-07-05	2022-07-08	3
01	2022-07-05	2022-07-08	3	06	2022-07-12	2022-07-15	3
06	2022-07-12	2022-07-15	3				

CHAPITRE 6 Transmission des données

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

D TRANSMISSION DES ÉPISODES DE SOINS À LA BANQUE MINISTÉRIELLE

1) Transmission des épisodes de soins à la banque ministérielle

La transmission des épisodes de soins valides vers la banque ministérielle doit être automatisée à partir de paramètres modifiables par le représentant du centre hospitalier. Ces paramètres sont relatifs au moment (jour et heure) et à la fréquence de la transmission (hebdomadaire) et concerne les données de l'année financière en cours de saisie. La transmission manuelle doit demeurer disponible et peut être effectuées pour l'ensemble des épisodes valides ou uniquement certains épisodes de soins valides qui auront été sélectionnés au préalable (transmission prioritaire).

Le représentant du centre hospitalier doit être informé par son application locale lorsqu'il y a un problème avec la transmission des données vers la banque ministérielle. Tous les épisodes de soins qui sont transmis doivent être valides et doivent respecter les spécifications du cadre normatif notamment en ce qui concerne le type de transaction et la date de transmission.

2) Bloc traitement (3.35)

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

3) Fermeture annuelle de la banque de données

L'application locale doit permettre au centre hospitalier d'indiquer à la banque centrale que l'ensemble des données de l'année financière ont été codées et validées.

E TRANSMISSION DES HEURES NON RENSEIGNÉES

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.3 Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO

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

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

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

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

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.3 Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO

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

PRÉCISIONS

L'application MED-ÉCHO doit rendre la transmission préliminaire automatisé à partir de paramètres modifiables par le représentant du centre hospitalier. Ces paramètres sont relatifs au moment (date et heure) et à la fréquence de la transmission (journalière ou hebdomadaire). De plus, un fichier de données est attendu à tous les jours où la transmission est planifiée même si aucune donnée n'est mise à jour dans l'application locale.

Chaque abrégé transmis dans le cadre de la transmission préliminaires est déclenché par l'ajout ou la modification de certains éléments de données lorsque ceux-ci sont transmis par l'ADT. Il s'agit de la date d'admission, la date de départ, le type de séjour, le diagnostic principal, le diagnostic d'admission, le type de soins, le nombre de jours aux soins intensifs, la date de début (soins intensifs), la date de fin (soins intensifs) et les éléments relatifs au niveau de soins alternatifs.

Chaque abrégé transmis dans le cadre de la transmission préliminaires est aussi déclenché par tout ajout ou toute

CHAPITRE 6 Transmission des données

Division 6.3 Transmission préliminaire de certaines données MED-ÉCHO

modification d'un élément de données lorsque ceux-ci sont saisis par l'archiviste médicale dans l'application locale MED-ÉCHO.

La transmission préliminaire cesse lorsque l'abrégé est transmis dans le cadre de la transmission régulière à la RAMQ, conformément à la section 6.1 et 6.2. Toutefois, l'application doit faire cette vérification lors de l'envoi dans le cadre de la transmission régulière « Tout épisode n'ayant jamais été extrait en régulier avant la date de dernière extraction préliminaire qui a été exécuté normalement, mais ayant eu une modification depuis la dernière extraction préliminaire sera inclus lors de l'envoi. »

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

Les données de la division 3.36 « Soins intensifs » sont entrées dans l'ordre chronologique de leur fréquentation par l'utilisateur et l'ensemble des valeurs de cette division sont transmises à chaque transmission.

Les données de la division 3.43 « Niveau de soins alternatifs » sont entrées par ordre chronologique de date et l'ensemble des valeurs de cette division sont transmises à chaque transmission.

Les données de la division 3.43 « Niveau de soins alternatifs » peuvent être importées de l'ADT via le protocole HL7, elles peuvent être saisies dans l'application locale MED-ÉCHO ou elles peuvent être injectées dans l'application locale lorsque le format préétabli est respecté.