



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Registre québécois du cancer

CADRE NORMATIF

**Partie 1 : Présentation du système d'information
et description des éléments**

Mai 2019, version 1.30

19-902-03W

Ce document est produit par la direction du Programme québécois de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans tout le document, le mot établissement désigne aussi bien l'installation que l'établissement.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-84612-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2019

REMERCIEMENTS

L'élaboration d'un tel document nécessite la collaboration et la participation de nombreuses personnes. Nous désirons remercier ceux et celles qui y ont contribué de près ou de loin, plus particulièrement :

Mise à jour – Version 1.30

M^{me} Christine Bertrand, directrice, Direction de l'information et du registre en cancérologie, Programme québécois de cancérologie, MSSS

M^{me} Geneviève Boucher, M. Sc., Direction de l'analyse statistique et de la performance, Direction générale adjointe de l'information, de la performance et de l'évaluation, MSSS

M^{me} Annie Bourassa, M. Sc., Direction de l'information et du registre en cancérologie, Programme québécois de cancérologie, MSSS

M^{me} Lyne David, A.M., registraire en oncologie, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Karine Pinard, A.M., CTR, Direction de l'information et du registre en cancérologie, Programme québécois de cancérologie, MSSS

Version initiale 2012

M^{me} Luce Beaulieu, A.M.A., registraire en oncologie, CHA, Hôpital du Saint-Sacrement

M. Louis-Étienne Beaumont, M.B.A., architecture d'entreprise, volet information, SOSA, MSSS

M. Michel Beaupré, ex-pilote d'orientation du Fichier des tumeurs du Québec, Direction québécoise de cancérologie, MSSS

M. Vincent Belzil, conseiller en architecture fonctionnelle, RAMQ

M^{me} Christine Bertrand, responsable de la mise en place du RQC, gestionnaire du projet RQC, Direction québécoise de cancérologie, MSSS

M^{me} Geneviève Boucher, M. Sc., INSPQ

M^{me} Maryse Boucher, A.M., CTR, registraire en oncologie, adjointe au registre du cancer au CUSM

M^{me} Christine Boutin, A.M.A., CTR, B.A., spécialiste en procédés administratifs, responsable du registre du cancer, CUSM

M^{me} Julie Boutin, A.M., CTR, registraire en oncologie, CUSM

M^{me} Johanne Castonguay, A.M.A., CTR, registraire en oncologie, présidente du conseil d'administration, AQRO

M. Taha Chaabouni, conseiller en architecture de données, Direction québécoise de cancérologie, MSSS

M^{me} Caroline Cherhal, A.M., registraire en oncologie, CHUM

M^{me} Roxanne Desharnais, A.M., registraire en oncologie, CHA, Hôpital du Saint-Sacrement

M. Marcel Giguère, B. Sc., M.A.P., consultant

M^{me} Suzanne Gingras, M. Sc., INSPQ

M^{me} Julie Giraudias, A.M., registraire en oncologie, pilote d'opération, RAMQ

M. Mario Gourde, conseiller en architecture de données, RAMQ

M^{me} Rabiâ Louchini, M. Sc., pilote d'orientation du RQC, Direction québécoise de cancérologie, MSSS

M. Sylvain Mailhot, M.D., pathologiste, CSSS de Rimouski-Neigette

M^{me} Diane Major, Ph. D., INSPQ

M^{me} Sophie Martel, A.M., registraire en oncologie, Hôpital du Sacré-Cœur

M. Jean-Luc Morency, conseiller en architecture d'intégration, RAMQ

M^{me} Odette Perreault, M. Sc. inf., M.A.P., coordonnatrice, Centre de lutte contre le cancer, CHUM

M^{me} Linda Perron, M.D., Ph. D., FRCP, INSPQ

M^{me} Karine Pinard, A.M., registraire en oncologie, CHUQ

M^{me} Simone Provencher, M.D., M. Sc., Direction de santé publique, ASSS de la Montérégie

M^{me} Nicole Roberge, A.M., pilote d'opération de MED-ÉCHO, RAMQ

M. Sylvain Trahan, M.D. anatomopathologiste, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Mise en page

M^{me} Nathalie Dumontier, Programme québécois de cancérologie, MSSS

Révision linguistique

M. Gilles Bordage

AVANT-PROPOS

Le Registre québécois du cancer (RQC) émane des recommandations faites en mars 2008 par le Comité consultatif sur le registre du cancer de la Table sectorielle en oncologie des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), à l'ancienne Direction de la lutte contre le cancer du MSSS. Le Comité consultatif avait alors pour mandat de « définir les balises à l'intention des établissements impliqués dans le diagnostic et le traitement du cancer dans le but d'établir et d'exploiter un registre québécois du cancer ». En plus d'intégrer les inscriptions de cas du Fichier des tumeurs du Québec (FITQ), le RQC vise à améliorer l'exhaustivité des nouveaux cas de cancer déclarés, à rehausser la qualité de l'information recueillie et à respecter les normes internationales reconnues.

Le Cadre normatif du RQC décrit le système d'information qu'est le RQC et présente les consignes devant dicter la collecte, la validation, la transmission et la gestion des données contenues dans ce registre. Il s'adresse avant tout à ceux qui opérationnalisent ce système d'information et qui en gèrent la base de données ainsi qu'aux archivistes médicaux qui travaillent dans les registres locaux de cancer et aux autres ressources médicales qui colligent, saisissent et transmettent les données alimentant le RQC. Il s'adresse aussi à tous les utilisateurs du RQC, soit les acteurs de la lutte contre le cancer au Québec, les acteurs de la surveillance de l'état de santé de la population québécoise, la communauté des chercheurs dans le domaine du cancer, les prestataires de soins de santé ainsi que les gestionnaires du réseau de la santé au Québec.

Le Cadre normatif du RQC est constitué de cinq parties pour en faciliter la consultation.

Partie 1 : Présentation du système d'information et descriptions des éléments

La première partie du Cadre normatif, qui compte deux chapitres, décrit sommairement le système d'information du RQC et fournit une description standardisée et opérationnelle des éléments associés à chacune des variables gérées par le registre, incluant les variables en entrée (celles reçues des diverses sources d'information) et les variables dérivées par le système d'information.

Partie 2 : Guide de validation des données en entrée provenant des registres locaux du cancer (RLC)

La deuxième partie du Cadre normatif décrit toutes les validations effectuées sur les données en entrée provenant des RLC.

Partie 3 : Guide de transmission des données

La troisième partie regroupe les règles de transmission des données complétées par l'opérateur du système RQC, soit la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ces règles sont décrites dans les documents sur l'architecture fonctionnelle, soit le P490U et le guide de transmission, le P700.

Partie 4 : Guide d'intégration des sources externes de données et consolidation

La quatrième partie du Cadre normatif décrit toutes les démarches qui sont réalisées pour convertir et valider les informations provenant des sources de données autres que les RLC. De plus, elle décrit les démarches pour procéder à la consolidation de l'ensemble des sources afin de constituer la base de données centrale du RQC.

Partie 5 : Tableaux de références du Registre québécois du cancer

La cinquième partie du Cadre normatif regroupe différents types de tableaux de référence, telles des listes de valeurs permises, des tables de combinaisons valides, de conversion, de cohérence, etc.

Chacune de ces cinq parties du Cadre normatif fait l'objet d'un document séparé, quoique les différents documents forment un tout, puisqu'ils renvoient souvent les uns aux autres.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE.....	x
TERMINOLOGIE, SIGLES ET ACRONYMES	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 – APERÇU DU REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER	3
1.1. Portée et finalités du RQC.....	3
1.2. Éléments contextuels du développement du RQC.....	4
1.2.1. Assises légales du RQC	4
1.2.2. Continuité avec le FITQ.....	4
1.2.3. Création du RQC.....	5
1.2.4. Résumé des sources de données.....	6
1.3. Aperçu du système d'information du RQC	7
1.3.1. Sources d'alimentation du RQC	7
1.3.2. Réception, validation et raccordement des données	7
1.3.3. Liste des éléments gérés par le RQC	7
1.4. Suivi des changements apportés.....	8
1.4.1. Admissibilité et non-admissibilité des diagnostics.....	8
1.4.2. Éléments à déclarer pour tous les sièges de cancer	9
1.4.3. Changements de définition	11
1.4.4. Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements	12
1.4.5. Consignes pour la déclaration des cas	14
1.4.6. Coordonnées des responsables du RQC	14
CHAPITRE 2 – DESCRIPTION DE CHACUN DES ÉLÉMENTS.....	15
2.1. Données sur la personne	16
P1 – Numéro d'assurance maladie	18
P2 – Date de naissance	19
P3 – Sexe.....	20
P4 – Nom de famille	21
P5 – Prénom	22
P6 – Deuxième prénom.....	23
P7 – Nom de la mère	24
P8 – Prénom de la mère	25
P9 – Nom du père	26
P10 – Prénom du père	27
P11 – Lieu de naissance	28
P12 – Date du dernier contact.....	29
P13 – Date du décès.....	30

P14 – Cause initiale du décès.....	31
P15 à P24 – Causes secondaires du décès 1 à 10	32
P25 – Numéro de matricule du décès.....	33
P26 – Indicateur d'autopsie.....	34
P27 – Lieu du décès.....	35
P28 – Établissement/Installation du décès.....	36
P29 – Date de fin d'admissibilité à l'assurance maladie	37
P30 – Numéro de la personne au FIPA	38
P31 – Numéro d'identification au RCC.....	39
P32 – Numéro d'identification unique de l'utilisateur – RU	40
PD1 – Statut vital.....	41
PD2 – Source d'informations sur le décès	42
PD3 – Numéro de la personne au RQC.....	43
2.2. Données sur la tumeur	44
T1 – Numéro de dossier médical	49
T2 – Code postal	50
T3 – Municipalité	51
T4 – Code de municipalité.....	52
T5 – Date du diagnostic du cancer.....	53
T6 – Méthode utilisée pour établir la date du diagnostic	54
T7 – Lieu du diagnostic	55
T10 – Méthode de confirmation du diagnostic	56
T11 – Topographie (siège primaire) de la tumeur	57
T12 – Latéralité	58
T13 – Histologie (morphologie).....	59
T14 – Code de comportement.....	60
T15 – Grade ou différenciation.....	61
T18 – Invasión lymphovasculaire	62
T23 – Type d'enregistrement de la tumeur	63
T24 – Classe de cas.....	64
T25 – Numéro de référence de la tumeur	67
T26 – Numéro d'établissement transmetteur	68
T27 – Valeur du T clinique du TNM.....	69
T28 – Valeur du N clinique du TNM	70
T29 – Valeur du M clinique du TNM.....	71
T30 – Stade clinique TNM.....	72
T31 – Description du préfixe ou du suffixe du stade clinique	73
T32 – Valeur du T pathologique du TNM	74
T33 – Valeur du N pathologique du TNM.....	75
T34 – Valeur du M pathologique du TNM	76
T35 – Stade pathologique TNM	77
T36 – Description du préfixe ou du suffixe du stade pathologique.....	78
T37 – Numéro d'édition de la classification du TNM de l'AJCC	79
TD1 – CLSC, RLS et RSS de résidence permanente de la personne.....	80
TD2 – Code de région du diagnostic.....	81
TD3 – Numéro de référence de la tumeur.....	82
TD4 – Topographie (siège primaire) version CIM-O-3.....	83
TD5 – Système original de classification de la topographie.....	84

TD6 – Histologie (morphologie) version CIM-O-3	85
TD7 – Système original de classification de l'histologie (morphologie).....	86
TD8 – Code de comportement version CIM-O-3.....	87
2.3. Données sur les hospitalisations.....	88
H1 – Secteur de soins	89
H2 – Date d'admission	90
H3 – Date de sortie	91
H4 – Établissement/Installation de l'hospitalisation.....	92
H5 – Numéro de dossier médical.....	93
HD1 – Code de la région de l'installation de l'hospitalisation.....	94
2.4. Données sur les traitements.....	95
TR1 – Date de début de la première ligne de traitement	98
TR2 – Raison de l'absence de la date de début de la première ligne de traitement.....	99
TR3 – Statut du traitement	100
TR4 – Date de la première procédure chirurgicale	101
TR5 – Raison de l'absence de la date de la première procédure chirurgicale.....	102
TR6 – Date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire	103
TR7 – Raison de l'absence de la date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire.....	104
TR8 – Procédure chirurgicale sur le siège primaire	105
TR9 – Établissement/Installation où la procédure chirurgicale sur le siège primaire a été réalisée	106
TR10 – Méthode – Chirurgie du siège primaire	107
TR11 – Marge chirurgicale du siège primaire	108
TR12 – Chirurgie des ganglions régionaux.....	109
TR13 – Établissement/Installation – Chirurgie des ganglions régionaux	110
TR14 – Procédure chirurgicale/Autre siège	111
TR15 – Établissement/Installation – Procédure chirurgicale/Autre siège.....	112
TR16 – Date de sortie de l'hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire	113
TR17 – Raison de l'absence de la date de sortie de l'hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire.....	114
TR18 – Réadmission au même hôpital dans les 30 jours suivant la sortie lors de la chirurgie sur le siège primaire.....	115
TR19 – Raison de l'absence de chirurgie sur le siège primaire	116
TR20 – Date du début de la radiothérapie	117
TR21 – Raison de l'absence de la date du début de la radiothérapie.....	118
TR22 – Établissement/Installation – Traitement de radiothérapie.....	119
TR23 – Volume du traitement de radiothérapie	120
TR24 – Modalité de traitement régional de radiothérapie	122
TR25 – Dose régionale de radiothérapie : cGy	123
TR26 – Modalité de traitement de surimpression « boost » de radiothérapie.....	124
TR27 – Dose de surimpression « boost » de radiothérapie.....	126
TR28 – Nombre de fractions (séances) de traitement administrées.....	127
TR29 – Date de fin de traitement de radiothérapie	128
TR30 – Raison de l'absence de la date de fin de traitement de radiothérapie.....	129
TR31 – Raison de l'absence de traitement de radiothérapie	130
TR32 – Date de début de traitement systémique.....	131
TR33 – Raison de l'absence de la date de début de traitement systémique	132
TR34 – Date de début de chimiothérapie.....	133
TR35 – Raison de l'absence de la date de début de chimiothérapie	134
TR36 – Chimiothérapie	135

TR37 – Établissement/Installation – Chimiothérapie.....	136
TR38 – Date de début de l'hormonothérapie.....	137
TR39 – Raison de l'absence de la date de début de l'hormonothérapie.....	138
TR40 – Hormonothérapie.....	139
TR41 – Établissement/Installation – Hormonothérapie.....	140
TR42 – Date de début de l'immunothérapie.....	141
TR43 – Raison de l'absence de la date de début de l'immunothérapie.....	142
TR44 – Immunothérapie.....	143
TR45 – Établissement/Installation – Immunothérapie.....	144
TR46 – Transplantation hématologique et procédure endocrine.....	145
TR47 – Date de début d'un autre traitement.....	147
TR48 – Raison de l'absence de la date de début d'un autre traitement.....	148
TR49 – Autre traitement.....	149
TR50 – Établissement/Installation – Autre traitement.....	150
TR51 – Traitement palliatif.....	151
TR52 – Établissement/Installation – Traitement palliatif.....	152
TRD1 – Séquence radiothérapie/chirurgie.....	153
TRD2 – Séquence traitement systémique/chirurgie.....	154
BIBLIOGRAPHIE.....	155
ANNEXE : ÉLÉMENTS RETIRÉS DONT UNE SAISIE PARTIELLE A ÉTÉ RÉALISÉE.....	156
T16 – Système de gradation.....	157
T17 – Valeur de gradation.....	158
T22 – Type de déclaration du diagnostic.....	159

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1 : Sources de données du RQC selon les années	6
Figure 1 : Modèle intégré du système d'information du RQC.....	7
Tableau 2 : Diagnostics admissibles selon les années.....	8
Tableau 3 : Exceptions - Diagnostics non admissibles déclarés selon les années.....	9
Tableau 4 : Éléments définis par le RQC pour tous les sièges selon les années.....	10
Tableau 5 : Éléments retirés des données à transmettre.....	11

TERMINOLOGIE, SIGLES ET ACRONYMES¹

TERMINOLOGIE

Cancer

Terme générique qui désigne toutes les tumeurs malignes. Le cancer est une maladie caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules anormales.

Chirurgie

Technique médicale qui consiste en une intervention manuelle et instrumentale sur les tissus. Pour le traitement du cancer, la chirurgie se fait généralement par l'ablation de la tumeur et parfois des tissus avoisinants.

Comportement

Système de classification des tumeurs qui est associé à l'histologie et qui permet de décrire le caractère bénin ou malin de la tumeur.

Ganglions lymphatiques

Petits organes situés le long du système circulatoire lymphatique qui sont principalement regroupés au niveau des aisselles, de l'aîne, du cou, de la poitrine ou de l'abdomen. La lymphe y circule afin de se débarrasser des impuretés et des agents infectieux qu'elle contient.

Grade

Système de classification des tumeurs basé sur la description du degré de différenciation entre les cellules cancéreuses et les tissus sains ainsi que sur leur activité proliférative. Le système utilisé pour évaluer le grade peut différer selon le type de cancer.

Histologie

Description des tumeurs basée sur l'étude microscopique des cellules et des tissus. Parfois, le terme *morphologie* est utilisé comme synonyme d'*histologie*.

Marges

Tissus entourant une tumeur à la suite d'une résection chirurgicale.

Métastases

Foyer secondaire de cellules cancéreuses qui ont migré, par voie lymphatique ou sanguine, vers un autre organe ou une autre partie du corps à partir d'une tumeur primitive.

Morphologie

Description des tumeurs basée sur l'étude microscopique des cellules et des tissus. Le code de morphologie décrit l'histologie et le comportement de la tumeur.

Oncologie

Spécialisation de la médecine qui s'intéresse à l'étude, au diagnostic et au traitement des tumeurs.

1. Le Cadre normatif étant constitué de cinq parties différentes, pour faciliter la compréhension, la même liste de termes, de sigles et d'acronymes est répétée.

Radiothérapie

Type de traitement qui consiste à traiter le cancer par l'emploi de rayonnements à haute énergie. La radiothérapie permet de détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier.

Siège primaire

Synonyme de *topographie*. Le siège primaire du cancer désigne la localisation de l'origine de la tumeur dans le corps.

Source de données

Système à partir duquel les données composant le RQC ont été extraites.

Stade

Système de classification des tumeurs cancéreuses qui décrit leur degré d'extension dans l'organisme. Les différents types de cancer qui font l'objet d'une stadification sont évalués selon des critères propres au siège. Il existe différents systèmes permettant de définir le stade du cancer.

Stade clinique

Stade basé sur les critères du TNM et évalué selon un examen physique et des tests d'investigation (cytologie, biopsie localisée, imagerie, endoscopie et exploration chirurgicale). Le stade clinique permet de planifier les traitements.

Stade pathologique

Stade basé sur les critères du TNM et évalué à la suite du traitement chirurgical selon un examen histologique des tissus.

Stade TNM

Système de classification international permettant de décrire l'étendue du cancer. Le stade TNM est basé sur l'évaluation de trois critères : la taille ou l'extension de la tumeur (T), l'absence, la présence ou l'extension des atteintes métastatiques des ganglions régionaux (N) et l'absence ou la présence de métastases à distance (M).

Stadification concertée

Système de classification permettant de décrire l'étendue du cancer. La stadification concertée utilise les critères de la stadification de trois autres systèmes de classification (AJCC TNM, Summary Staging et SEER EOD) afin de produire un stade dérivé. Le sigle SC est utilisé dans le document et correspond à la traduction de CS (Collaborative Staging).

Topographie

Synonyme de *siège primaire*. La topographie du cancer désigne la localisation de l'origine de la tumeur dans le corps.

Traitement systémique

Type de traitement qui consiste à administrer, par voie orale ou intraveineuse, des substances voyageant par le sang et pouvant se déplacer vers toutes les cellules du corps. Les traitements systémiques les plus courants pour traiter le cancer sont la chimiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie.

Tumeur

Terme général qui désigne une masse anormale de cellules qui cause une augmentation de volume localisée à un organe ou à une région du corps. Une tumeur peut être maligne (cancer), bénigne, *in situ*, de nature non précisée ou à évolution imprévisible.

SIGLES ET ACRONYMES

AJCC	American Joint Committee on Cancer
CIM-O-2	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 2 ^e édition
CIM-O-3	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3 ^e édition
CIM-9	Classification internationale des maladies, 9 ^e édition
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e édition
CIM-10-CA	Classification internationale des maladies, 10 ^e édition, adaptée à la classification de la morbidité au Canada
CLSC	Centre local de services communautaires
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées au régime d'assurance maladie du Québec
FiTQ	Fichier des tumeurs du Québec
FORDS	Facility Oncology Registry Data Standards
ISO	International Standards Organization
LSP	Loi sur la santé publique
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M02	Fichier des établissements du réseau sociosanitaire québécois
M34	Référentiel contenant essentiellement des données de définitions et de correspondances territoriales permettant la validation de territoires de base (codes postaux et municipaux) et l'attribution de territoires sociosanitaires de gestion (CLSC, RLS, RSS)
NAACCR	North American Association of Central Cancer Registries
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCC	Registre canadien du cancer
RLC	Registre local du cancer
RLS	Réseau local de services
RQC	Registre québécois du cancer
RSS	Région sociosanitaire
RU	Registre des usagers du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé

SAI	Sans autre indication
SC	Stadification concertée
SEER EOD	<i>Surveillance Epidemiology and End Results Extension of Disease</i>
TNM	<i>Tumors, Node, Metastasis</i> (système de classification des stades du cancer de l'AJCC)

INTRODUCTION

La raison d'être du RQC est de documenter l'ensemble des nouveaux cas de cancer qui surviennent dans la population québécoise chaque année. Le RQC vise ainsi à répondre aux besoins de surveillance de l'état de santé de la population, aux besoins informationnels du Programme québécois de lutte contre le cancer ainsi qu'aux besoins de la recherche sur le cancer. Il se doit d'être exhaustif, fiable, complet, accessible et comparable dans le temps et avec les registres d'autres juridictions.

Le présent document, intitulé *Présentation du système d'information et description des éléments*, constitue la partie 1 du Cadre normatif. Il contient l'information requise afin de constituer la banque centrale du RQC en ce qui a trait aux données provenant des registres locaux du cancer, du Fichier des décès, de MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière), de certains fichiers de la RAMQ et d'autres sources (exemple : informations transmises par d'autres registres provinciaux du cancer). Cette partie du Cadre normatif s'adresse à tous les utilisateurs du RQC, soit les acteurs de la lutte contre le cancer au Québec, les acteurs de la surveillance de l'état de santé de la population québécoise, la communauté des chercheurs dans le domaine du cancer, les prestataires de soins de santé ainsi que les gestionnaires du réseau de la santé au Québec.

Ce document comporte deux chapitres. Le chapitre 1, *Aperçu du Registre québécois du cancer*, fait un survol de ce qu'est le RQC en présentant sa portée et ses finalités. Il décrit les principaux éléments contextuels ayant influencé le développement du RQC et schématise le système d'information. Il présente les changements apportés concernant les diagnostics admissibles, les éléments à déclarer et les définitions. Le chapitre 2, *Description de chacun des éléments*, décrit tous les éléments gérés par le système d'information du RQC, incluant les éléments en entrée par l'une ou l'autre des diverses sources d'information du RQC ainsi que ceux dérivés par le système.

CHAPITRE 1 – APERÇU DU REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER

Avant 2011, l'inscription des tumeurs au Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) était basée sur une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour. Cette façon de faire occasionnait une sous-déclaration de certains sièges de cancer. En effet, toutes les personnes pour lesquelles le diagnostic ou le traitement ne nécessitait pas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour n'étaient pas inscrites au FiTQ. Si l'évolution du cancer demandait une hospitalisation plus tard, la date du diagnostic ne correspondait pas à celle du diagnostic initial. En 2010, les travaux pour la création du RQC ont débuté, regroupant différentes sources d'information et permettant d'améliorer l'exhaustivité de la déclaration des tumeurs ainsi que de rehausser la qualité de l'information recueillie, en plus de respecter les normes reconnues.

1.1. Portée et finalités du RQC

Le RQC est un registre central du cancer qui couvre l'ensemble de la population du Québec. Il collecte des données admissibles sur les personnes atteintes de cancer à partir du 1^{er} janvier 2013 et intègre les données historiques du FiTQ ainsi que celles des années de transition 2011 et 2012.

Les critères de qualité attendus du RQC sont les suivants :

- L'exhaustivité : Tous les cas de tumeurs respectant les critères d'inclusion définis dans le Cadre normatif survenant dans la population québécoise doivent être répertoriés dans le RQC.
- La validité : Les données enregistrées dans le RQC doivent être valides. Elles doivent être saisies par un personnel qualifié, selon des normes reconnues, et publiées.
- La complétude : Le RQC doit comprendre un éventail de données pertinentes pour la lutte contre le cancer, notamment le stade du cancer au moment du diagnostic et la première ligne de traitement.
- L'accessibilité : Les données du RQC doivent être accessibles en temps opportun pour l'analyse et la diffusion des informations utiles à la lutte contre le cancer.
- La comparabilité : Le RQC doit être développé selon les standards reconnus en Amérique du Nord et les classifications recommandées par le Conseil canadien des registres du cancer. La conformité aux standards reconnus et publiés permettra d'assurer la comparabilité des informations produites par rapport à celles d'autres populations.

Pour atteindre ces critères de qualité, les améliorations suivantes ont été apportées par la création du RQC :

- Augmenter, par le jumelage de sources d'information différentes, le nombre de « portes d'entrée » dans le RQC, dont la pathologie en 2011 et les registres locaux du cancer (RLC) des établissements implantés depuis 2013, permettant ainsi de corriger le phénomène de sous-déclaration reconnu du FiTQ;
- Adapter le système pour recevoir et traiter les données des différentes sources en fonction des caractéristiques de chacune et en automatiser le traitement en vue d'améliorer la qualité des résultats produits;
- Ajouter, de façon graduelle dans le temps, des éléments tels que la stadification et les traitements afin d'améliorer la complétude des cas déclarés;
- Adapter les processus et le système d'information pour les rendre conformes aux normes reconnues (dont la date de diagnostic);
- Apporter le soutien et la formation nécessaires à l'ensemble des archivistes médicaux qui travaillent dans les registres locaux de cancer au Québec afin d'assurer l'uniformité et la qualité des données saisies dans les RLC.

On s'attend à ce que le RQC permette de répondre aux fins suivantes :

- Analyser et diffuser des données sur le cancer afin de soutenir les actions de lutte contre le cancer visant à réduire le fardeau attribuable à l'incidence, aux soins et services reçus et à la mortalité liée à cette maladie;
- Réaliser les activités de surveillance continue du cancer par la production d'indicateurs appropriés, notamment l'incidence, la prévalence, la survie, la mortalité associées à la maladie, en :
 - dressant un portrait de la situation du cancer dans la population québécoise et observant les tendances et les variations dans le temps, entre différents territoires et selon les caractéristiques de la population et de la maladie,
 - élaborant des scénarios prospectifs de la maladie dans la population québécoise,

- détectant les cancers en émergence, identifiant les cancers prioritaires, établissant des liens avec les facteurs de risque;
- Orienter les interventions de promotion, de prévention et de dépistage;
- Mesurer l'atteinte de résultats de certaines actions du continuum de soins et de services et en évaluer la performance;
- Alimenter la recherche (études épidémiologiques, analyses descriptives et évolutives, études de cohorte, échantillonnage, etc.).

1.2. Éléments contextuels du développement du RQC²

1.2.1. Assises légales du RQC

Les assises légales qui soutiennent la collecte et l'utilisation de données sur les cas de cancer qui se déclarent dans la population québécoise sont fondées d'abord sur la Loi sur la santé publique (LSP). Cette loi prévoit qu'« une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée » (article 33), et que la fonction de surveillance « est confiée exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique » (article 34). Pour mener à bien l'exercice de cette fonction, « le ministre et les directeurs de santé publique [...] doivent élaborer des plans de surveillance qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements » (article 35).

Le cancer est déjà l'un des objets de surveillance reconnus dans le Plan national de surveillance, anciennement le Plan commun de surveillance. Cependant, le RQC demandait de nouvelles sources de déclaration et des éléments de données supplémentaires sur le stade et sur la première ligne de traitement qui ont nécessité un amendement au Plan national de surveillance.

Par ailleurs, la LSP, en vertu de l'article 47, est explicite sur la possibilité pour le ministre de créer un système de collecte de données comme le Registre québécois du cancer :

« Le ministre peut également établir et maintenir, notamment à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, des systèmes de collecte de données et de renseignements, personnels ou non, sur la prévalence, l'incidence et la répartition des problèmes de santé et, en particulier, sur les problèmes ayant des répercussions significatives sur la mortalité prématurée, la morbidité et l'incapacité, dont les modalités d'application sont fixées par règlement. »

Enfin, en ce qui concerne l'acquisition de données sur les cas de cancer déclarés pour des Québécois diagnostiqués ou traités hors Québec, elle se fait en vertu des ententes signées avec d'autres registres provinciaux et territoriaux, de même qu'avec Statistique Canada, conformément à l'article 68 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q. c. S2.2).

1.2.2. Continuité avec le FiTQ

La collecte de données sur les cas de cancer déclarés dans la population québécoise a débuté en 1961 grâce à la collaboration volontaire de quelques hôpitaux de la région de Québec. À la fin des années 60, la collecte est étendue à l'ensemble du Québec et les données sont conservées sur un support informatique nommé le FiTQ. Actuellement, les fichiers de cas incidents de cancer au Québec sont disponibles à partir de 1975.

Une étape importante est franchie en 1981 lorsque le FiTQ s'associe au nouveau système d'information MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière), s'assurant ainsi d'une déclaration plus complète des personnes hospitalisées au Québec avec un diagnostic de tumeur maligne. En septembre 1983, les

2. Plusieurs éléments mentionnés dans ce texte sont issus de Christine Bertrand, Guillaume Ruel et Christine St-Pierre, *Le Registre québécois du cancer : son évolution, son environnement et ses premiers résultats pour l'incidence du cancer au Québec en 2011*, Québec, MSSS, Direction générale de cancérologie, document non publié.

cas non hospitalisés mais traités dans les unités de chirurgie d'un jour des centres hospitaliers de soins de courte durée sont ajoutés au système MED-ÉCHO et au FiTQ.

Entre 1984 et 2010, des améliorations significatives sont apportées à l'univers des cas de cancer déclarés au FiTQ. D'abord, la signature d'ententes légales avec plusieurs provinces, dont l'Ontario en 1987, permet de recueillir les cas de cancer pour la population québécoise diagnostiquée ou traitée hors province. Ensuite, en 1994, une première refonte technologique permet d'améliorer la validation des données recueillies, puis une autre en 2004 permet rétroactivement le raccordement avec les données du Fichier des décès afin, d'une part, de recueillir les cas déclarés au décès seulement et, d'autre part, d'obtenir une information plus détaillée sur le décès des personnes atteintes de cancer et déjà inscrites au FiTQ.

Une étude sur l'exhaustivité du FiTQ réalisée en 2003³ constate que, depuis la fin des années 90, la qualité des données du FiTQ se dégrade. La sous-déclaration s'accroît à cause du nombre croissant de cas pour certains types de cancer qui ne nécessitent plus l'hospitalisation pour le diagnostic ou les traitements, ou encore qui en nécessitent une à un stade plus avancé de la maladie. Cette étude suggère des améliorations de l'exhaustivité du FiTQ.

1.2.3. Création du RQC

L'approche préconisée pour la création du RQC vise à soutenir et à accompagner les établissements et les régions pour leur permettre de disposer des informations nécessaires afin d'évaluer leurs services et de poursuivre l'amélioration continue de leur qualité. En contrepartie, les établissements transmettent au RQC les informations convenues, permettant ainsi de mesurer et d'évaluer l'état de santé de la population et de cibler les interventions nécessaires pour optimiser les soins et les services liés au cancer.

Le modèle de fonctionnement choisi en 2010 repose sur la mise en place des RLC qui saisissent l'information puis la transmettent au niveau central où elle est combinée à l'information provenant d'autres sources de données. Les RLC seront tous mis en place en 2013.

Le RQC se développe donc dans la continuité du FiTQ, dont il intègre tout le contenu antérieur à 2011. L'exhaustivité, la validité et l'éventail des données accessibles en temps opportun constituent les principales lacunes du FiTQ que le RQC est appelé à combler. Dans ce but, les priorités établies pour le développement et l'implantation du RQC sont les suivantes :

- Priorité 1 : Améliorer l'exhaustivité de la déclaration des cas admissibles au RQC par l'ajout des données en provenance des rapports de pathologie, que ces derniers soient disponibles en format électronique et standardisé ou non;
- Priorité 2 : Obtenir une information plus détaillée, soit le stade du cancer au moment du diagnostic et la première ligne de traitement (traitements initiaux) pour certains sièges de cancer ciblés (côlon et rectum, sein, poumon et prostate) dans un premier temps.

L'implantation du RQC s'est faite en deux phases. La première phase d'implantation concerne l'ajout des laboratoires de pathologie comme sources d'information pour les années 2011 et 2012. Ces années sont considérées comme des années de transition. Tous les établissements ayant un laboratoire de pathologie devaient transmettre au registre central les données des cas de cancer identifiés (nouveaux ou non) sur les rapports de pathologie. Pour ce faire, le FiTQ a été adapté afin de recevoir, à compter du 1^{er} janvier 2011, les cas provenant de ces rapports. Ils s'ajoutent aux cas provenant de MED-ÉCHO, du Fichier des décès et des autres registres provinciaux du cancer (cas traités hors province). À titre d'exemple, bien que les travaux pour la création du RQC aient débuté en 2010 et que les RLC aient été tous en place en 2013, certains éléments décrits dans cette partie du Cadre normatif ont une entrée en vigueur antérieure à 2011 ou 2013 et constituent les données historiques provenant du FiTQ (ou de MED-ÉCHO). L'ajout de nouvelles sources a permis d'apporter des modifications, par exemple pour retirer des cas prévalents qui auraient pu être considérés comme incidents ou pour retirer des récidives des cas incidents.

La deuxième phase, en place depuis le 1^{er} janvier 2013, a pour but la transmission des nouveaux cas de cancer au registre central par les RLC. Ce changement assure une information plus exhaustive et plus précise, car les RLC ne

3. Jacques Brisson, Diane Major et Éric Pelletier. (2003). *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec*, Québec, Direction des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique, 35 p. [<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/217-RapportExhaustiviteRegistreCancers.pdf>].

transmettent que les nouveaux cas, à la suite d'une analyse de l'ensemble du dossier. Lors de la phase 1, tous les rapports de pathologie concernant un même individu étaient envoyés au RQC sans égard au fait qu'il s'agisse d'un nouveau cancer ou non. Les données provenant des RLC deviennent donc, en raison de l'ampleur de l'information clinique analysée et de la qualité de l'interprétation de ces informations par des archivistes médicaux qui se spécialisent graduellement en cancérologie, la source d'information privilégiée du RQC.

De plus, à partir du 1^{er} janvier 2014, en plus de la déclaration des nouveaux cas de cancer, des informations sur le stade TNM (*Tumors, Node, Metastasis*) et sur la première ligne de traitement pour certains sièges de cancer ont été ajoutées (voir le tableau 6). Ces données sont transmises par l'intermédiaire des RLC et deviennent ainsi obligatoires. Étant donné le grand nombre d'éléments et la complexité de leur collecte et de leur codification, la priorité est accordée, dans un premier temps, aux quatre sièges de cancer les plus fréquents, soit le côlon-rectum, le sein, le poumon et la prostate.

1.2.4. Résumé des sources de données

Jusqu'à l'année 2010, le FiTQ tirait son information de MED-ÉCHO, du Fichier des décès et de données sur les résidents du Québec diagnostiqués ou traités hors province.

Pour sa part, le RQC utilise, ou utilisera une fois à terme, les sources de données additionnelles suivantes : les rapports de pathologie, les RLC, les données des centres de radio-oncologie, les données du Fichier d'inscription des personnes assurées et les données du Fichier des paiements à l'acte de la RAMQ. Le tableau 1 résume les différents moments où les sources d'information ont été ajoutées au RQC. Par la suite, chacune des sources de données du RQC est présentée avec un court résumé des avantages et des enjeux qui y sont liés.

Tableau 1 : Sources de données du RQC selon les années

Source	≤ 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	≥ 2019*
	FiTQ	Début du RQC (années de transition)		RQC						
MED-ÉCHO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Hors Québec	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Fichier des décès	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Rapports de pathologie		✓	✓							
Historique des RLC		✓	✓							
RLC				✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Radio-oncologie										✓
Paiements à l'acte (RAMQ)										✓

* Sources de données dont l'intégration au RQC est prévue après 2018.

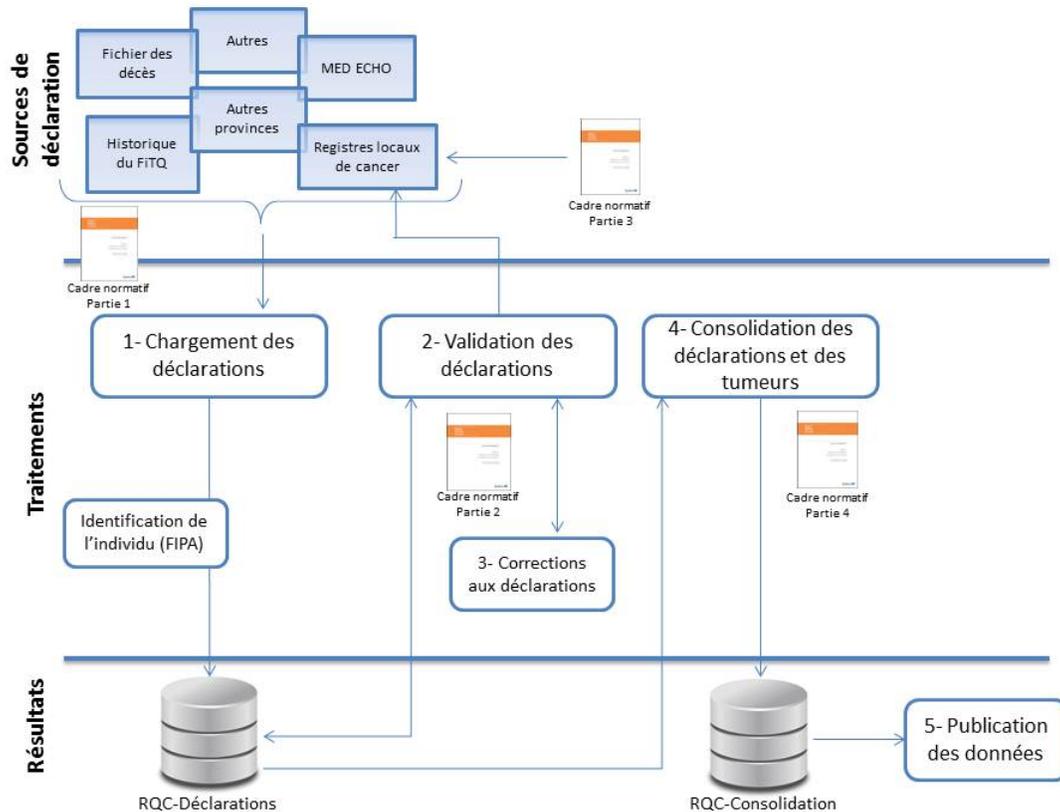
Le chargement des déclarations de certains RLC a permis d'identifier des cas prévalents en 2011 et 2012 et d'améliorer la codification à la suite de l'ajout des rapports de laboratoire. D'autres corrections ont permis de préciser le siège de cancer préalablement défini comme inconnu.

1.3. Aperçu du système d'information du RQC

1.3.1. Sources d'alimentation du RQC

Le système d'information du RQC est alimenté par plusieurs sources d'information : les RLC, le fichier MED-ÉCHO, le Fichier des décès, les données provenant des registres des autres provinces (cas hors Québec) et certains fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Figure 1 : Modèle intégré du système d'information du RQC



1.3.2. Réception, validation et raccordement des données

La partie 2 du Cadre normatif, *Guide de validation des données en entrée provenant des RLC*, décrit l'ensemble des validations sur les données reçues. La partie 3 du Cadre normatif présente les modalités de transmission des données provenant des RLC. Une fois validées, les données, obtenues de l'une ou l'autre des sources d'information, sont transmises dans une base intermédiaire pour l'étape des raccordements.

Les données sont raccordées entre elles de façon à constituer un seul enregistrement pour chaque nouveau cancer déclaré. Les séquences de raccordement et de sélection des données sont décrites en détail à la partie 4 du Cadre normatif.

1.3.3. Liste des éléments gérés par le RQC

Le RQC compte quatre catégories de variables ou d'éléments : ceux sur la personne (P), la tumeur (T), les hospitalisations reliées au cancer (H) et la première ligne de traitement du cancer (TR). Au chapitre 2 du présent document, toutes les variables incluses dans chacune de ces catégories sont décrites et détaillées. Ces variables

incluent autant celles transmises par les sources d'alimentation du RQC (variables en entrée) que celles dérivées par le système à partir des données reçues.

1.4. Suivi des changements apportés

1.4.1. Admissibilité et non-admissibilité des diagnostics

À compter du 1^{er} janvier 2011, la transmission des informations s'est faite à partir de tous les rapports de pathologie. Les tableaux suivants résument les changements apportés au contenu du RQC. Il est à noter que chacune des sources de données identifiées pour alimenter le RQC collecte un sous-ensemble des éléments de données retenues et des cas admissibles.

Tableau 2 : Diagnostics admissibles selon les années

Année	Comportement ⁴ (codes de la CIM-O-3)	Topographie (codes de la CIM-O-3)	Histologie (codes de la CIM-O-3)
Jusqu'en 2010 (FiTQ)	Pour les années 1975 à 1993 inclusivement, le FiTQ ne recueillait que les tumeurs malignes. À compter de l'année 1994, les tumeurs à évolution imprévisible et les tumeurs de nature non précisée ont été intégrées au système.		
À partir du 1 ^{er} janvier 2011	0	C70 à C72 (méninges, cerveau, moelle épinière, nerfs crâniens et autres régions du système nerveux central) C75.1, C75.2, C75.3 (hypophyse, canal craniopharyngé et glande pinéale)	8000 à 9989
	1	C00 à C80	8000 à 9989
	2	C00 à C80	8000 à 9989
	3	C00 à C80	8000 à 9989
À partir du 1 ^{er} janvier 2013	0	C70 – C72 (méninges, cerveau, moelle épinière, nerfs crâniens et autres régions du système nerveux central) C75.1, C75.2, C75.3 (hypophyse, canal craniopharyngé et glande pinéale)	8000 à 9582
	1** et 3	C00-C80 Voir les exceptions ci-dessous	8000 à 9992
	2	C00 – C80 incluant les lésions intraépithéliales de haut grade du col utérin, de la vulve et du vagin* Voir les exceptions ci-dessous	8000 à 9582
À partir du 1 ^{er} janvier 2014	2	C15-C26 (dysplasies de haut grade de l'appareil digestif)	8000 à 9582

* En 2013, les lésions admissibles étaient définies par la notion de « haut grade », de « lésion de grade III » ou de « lésion de grade II avec marqueur P16 positif ». À partir de 2014, les lésions de grade II, de grade II/III et de grade III sont incluses d'emblée.

** Les tumeurs à évolution imprévisible (comportement = 1) dont le comportement est établi uniquement à partir d'une cytologie n'ont pas à être déclarées.

4. Code de comportement : 0 = Bénin, 1= Indéterminé si bénin ou malin, 2= Carcinome *in situ*, 3= Malin, siège primaire.

Tableau 3 : Exceptions - Diagnostics non admissibles déclarés selon les années

Année	Comportement ⁵ (codes de la CIM-O-3)	Topographie (codes de la CIM-O-3)	Histologie (codes de la CIM-O-3)
À partir du 1 ^{er} janvier 2011	1, 2, 3	C44 (Peau)	8000 à 8005 (SAI), 8010 à 8046 (tumeur épithéliale), 8050 à 8084 (tumeur épidermoïde), 8090 à 8110 (tumeur basocellulaire)
	2*	C21 (Anus_AIN III) C25 (Pancréas_PanIN III) C51 (Vulve_VIN III) C52 (Vagin_VAIN III) C53 (Col utérin_CIN III) C61 (Prostate_PIN III)	8077 8148
	2	C00-C80 (lymphome <i>in situ</i>)	9590-9992
À partir du 1 ^{er} janvier 2013	1, 2, 3	C44 (Peau)	8000 à 8005 (SAI), 8010 à 8046 (tumeur épithéliale), 8050 à 8084 (tumeur épidermoïde), 8090 à 8110 (tumeur basocellulaire)
	1	C42.1 MGUS (gammopathie monoclonale de signification indéterminée) - exclusion en cours d'année 2013	9765
	2	C61.9 (PIN ou NIP III, lésions intraépithéliales de la prostate)	8148
		C00-C80 (lymphome <i>in situ</i>)	9590-9992

* La dysplasie de haut grade est à soumettre au RQC seulement si le pathologiste fait mention d'un carcinome *in situ* au diagnostic final.

1.4.2. Éléments à déclarer pour tous les sièges de cancer

Le choix des éléments inclus et non inclus dans le Cadre normatif a été effectué en fonction des éléments à normaliser ainsi que de la capacité de l'équipe de pilotage et des établissements à assumer cette normalisation et à la prendre en charge dans le quotidien de la saisie. Certains éléments proviennent du FITQ et sont intégrés au RQC. D'autres proviennent des rapports de pathologie et de cytologie ou encore, des RLC. Ces informations sont transmises par les établissements au RQC en fonction des années présentées au tableau 4.

5. Code de comportement : 0 = Bénin, 1= Indéterminé si bénin ou malin, 2= Carcinome *in situ*, 3= Malin, siège primaire

Tableau 4 : Éléments définis par le RQC pour tous les sièges selon les années

Année	Éléments (P) Variables sur la personne	Éléments (T) Variables sur la tumeur
Jusqu'en 2010 (FiTQ)	Numéro d'assurance maladie d'origine Date de naissance Sexe Nom à la naissance Prénom à la naissance Nom du père Prénom du père Nom de la mère Prénom de la mère Pays de naissance Province de naissance Date du décès Source d'information sur le décès Pays du décès Province de décès Cause sous-jacente du décès Indicateur d'autopsie	Date de déclaration du diagnostic de tumeur Date de confirmation (diagnostic histologique) Topographie ou siège de la tumeur Morphologie Mode de diagnostic Latéralité Secteur de soins Numéro de dossier médical Date d'admission Date de sortie Code municipal du lieu de résidence au moment du diagnostic Code postal du lieu de résidence de l'individu
À partir du 1 ^{er} janvier 2011 (pour les rapports de pathologie et de cytologie)	Numéro de dossier médical Numéro d'assurance maladie Date de naissance Sexe Nom de famille Prénom Code postal Code municipal	Lieu du diagnostic Date du diagnostic Méthode utilisée pour obtenir le diagnostic Siège de la tumeur (topographie) Latéralité Histologie (morphologie) Code de comportement
À partir du 1 ^{er} janvier 2013 (pour les RLC)	Numéro d'assurance maladie Date de naissance Sexe Nom de famille Prénom Deuxième prénom Nom de la mère Prénom de la mère Nom du père Prénom du père Lieu de naissance Date du dernier contact Date du décès Cause initiale du décès Causes secondaires du décès 1 à 10 Numéro de matricule du décès Indicateur d'autopsie Lieu du décès Établissement/Installation du décès Date de fin d'admissibilité à l'assurance maladie	Numéro de dossier médical Code postal Municipalité Code de municipalité Date du diagnostic du cancer Méthode utilisée pour établir la date du diagnostic Lieu du diagnostic Méthode de confirmation du diagnostic Topographie (siège primaire) de la tumeur Latéralité Histologie (morphologie) Code de comportement Grade ou différenciation Invasion lymphovasculaire Type de déclaration du diagnostic Type d'enregistrement de la tumeur Classe de cas

De plus, certains éléments dont la transmission était obligatoire ont été retirés. Les éléments retirés pour lesquels des données ont été saisies sont présentés en annexe.

Tableau 5 : Éléments retirés des données à transmettre

Année	Éléments
2013	T8- Diagnostic à terminologie ambiguë
	T9- Date du diagnostic définitif
	T19- Tumeurs multiples signalées comme tumeur primaire unique
	T20- Date de diagnostic des tumeurs primaires multiples signalées comme unique
	T21- Nombre de tumeurs signalées comme tumeur primaire unique
2014	T16- Système de gradation
	T17- Valeur de gradation
	T22- Type de déclaration du diagnostic
	T38 à T94 Stadification concertée

Particularités des classes de cas générées par le système :

Même si cette variable ne faisait pas partie des données obligatoires à la phase 1 du RQC, une classe de cas a été attribuée par le système à chaque déclaration. La classe de cas permet de catégoriser les cas pour ainsi sélectionner et prioriser les valeurs à retenir. Ainsi, la classe de cas est transmise uniquement par les RLC depuis 2013, mais le système en attribue une à toutes les déclarations, selon la source, depuis 2011. Les classes de cas 29, 43, 47, 48 et 49 sont rencontrées dans les situations suivantes :

- 29 Correspond aux extractions RLC pour les années 2004 à 2012. Ces extractions ont été demandées aux établissements qui possédaient un RLC avant la création du RQC (complémentaires aux déclarations de laboratoire 2011-2012)
- 43 Correspond aux déclarations des rapports de laboratoire de pathologie transmises en 2011 et 2012
- 47 Correspond aux déclarations de MED ÉCHO
- 48 Correspond aux déclarations des fichiers des autres provinces
- 49 Correspond aux déclarations du Fichier des décès

1.4.3. Changements de définition

Avec l'arrivée du RQC, certains éléments ont subi un changement important dans leur définition ou dans la liste de valeurs permises. Une comparaison des cadres normatifs du FITQ permettrait une identification exhaustive de ces changements, par exemple la variable « sexe » qui passe de la liste de valeurs « M = Masculin, F = Féminin, X = Hermaphrodite ou inconnu » à « 1 = Masculin, 2 = Féminin, 3 = Autre (exemple : hermaphrodite), 4 = Transsexuel, 9 = Inconnu ».

La plus importante de ces modifications concerne la définition de la date de diagnostic. Jusqu'en 2010, la date d'un diagnostic de cancer représentait la date de la sortie de l'hôpital à la suite du premier épisode de soins (hospitalisation ou chirurgie d'un jour de MED-ÉCHO). À compter de 2011, la date de diagnostic suit un ordre de priorité en fonction des informations disponibles qui est maintenant le même que celui de l'ensemble des autres registres du cancer au Canada. Ainsi, la date du diagnostic de la tumeur est déterminée selon l'ordre de priorité suivant :

- 1) Date du diagnostic cytologique;
- 2) Date du diagnostic histologique;
- 3) Date du diagnostic non confirmé par examen microscopique (il n'y a pas d'ordre de priorité à l'intérieur des diagnostics non confirmés par examen microscopique; la première méthode qui permet d'établir le diagnostic est retenue ainsi que la date correspondante) :
 - a) Examen de laboratoire ou étude par marqueur positif,
 - b) Visualisation directe sans confirmation microscopique (chirurgie sans histologie),
 - c) Radiographie et autres techniques d'imagerie sans confirmation microscopique,
 - d) Diagnostic clinique, y compris les observations physiques (sans diagnostic microscopique),
 - e) Méthode de diagnostic inconnue;
- 4) Date du décès si la tumeur n'a été déclarée à aucun autre moment :
 - a) Certificat de décès seulement,
 - b) Autopsie seulement (sans suspicion antérieure).

1.4.4. Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements

À partir du 1^{er} janvier 2014, la transmission des variables pour le stade de la tumeur au moment du diagnostic (T27-T36) ainsi que pour la première ligne de traitement (TR), selon le siège de la tumeur, a été ajoutée, permettant de compléter ces éléments du Cadre normatif.

Les éléments pour compléter l'information sur le stade selon la méthode de la stadification concertée (*collaborative staging* [CS]) ont été prévus lors des travaux de développement du RQC, mais comme il a été annoncé que cette méthode serait abandonnée par l'ensemble des registres en Amérique du Nord, le RQC n'a jamais colligé d'informations sur le CS. Ainsi, les champs prévus pour ces éléments (T38 à T75) n'ont pas été remplis obligatoirement. Les données de stades recueillies depuis 2014 ont été saisies directement avec les variables de la septième édition du TNM de l'AJCC.

Pour les données de traitement, aucun standard canadien sur les données à colliger n'existe. De nombreux travaux sont en cours pour définir un groupe de données minimal à recueillir. Celles qui sont actuellement colligées suivent le standard américain FORDS. Le choix des données à transmettre depuis 2014 a été fait dans un souci de comparabilité, d'utilité pour décrire la trajectoire de soins et de faisabilité quant aux ressources requises pour colliger l'information dans les RLC.

Le tableau 6 présente les données de stadification et de traitements pour certains sièges tumoraux qui doivent être transmises obligatoirement au RQC par les RLC. La saisie de données de stadification pour d'autres sièges est optionnelle de même que pour d'autres traitements décrits au Cadre normatif.

Tableau 6 Éléments sur le stade et les traitements définis par le RQC pour certains sièges

Année	Siège de cancer (codes de la CIM-O-3)	Histologie (codes de la CIM-O-3)*	Éléments	
			Stade de la tumeur (facteurs pronostiques)	Traitement de première ligne
À partir du 1 ^{er} janvier 2014	Colon et rectum (C18.0- C20.9)	<u>Traitement</u> : toutes histologies sauf les maladies hématopoiétiques (9590-9992) <u>Stade</u> : Voir les codes d'histologie des chapitres 13, 14 16 et 17 du TNM de l'AJCC, 7 ^e édition	T27-T36	TR1, TR3, TR4, TR6, TR8, TR9, TR11, TR20, TR22, TR23, TR34, TR37, TR38, TR41, TR42, TR45, TR51, TR52
À partir du 1 ^{er} janvier 2015	Sein (C50.0 à C50.9)	<u>Traitement</u> : toutes histologies sauf les maladies hématopoiétiques (9590-9992) <u>Stade</u> : Voir les codes d'histologie du chapitre 32 du TNM de l'AJCC, 7 ^e édition		
À partir du 1 ^{er} janvier 2016	Poumon (C34.0 à C34.9)	<u>Traitement</u> : toutes histologies sauf les maladies hématopoiétiques (9590-9992) <u>Stade</u> : Voir les codes d'histologie du chapitre 25 du TNM de l'AJCC, 7 ^e édition		
À partir du 1 ^{er} janvier 2017	Prostate (C61.9)	<u>Traitement</u> : toutes histologies sauf les maladies hématopoiétiques (9590-9992) <u>Stade</u> : Voir les codes d'histologie du chapitre 41 du TNM de l'AJCC, 7 ^e édition		

1.4.5. Consignes pour la déclaration des cas

La description de l'admissibilité et de la non-admissibilité des diagnostics (section 1.4.1) fournit des renseignements sur les changements apportés concernant les cas admissibles au RQC.

L'ensemble des informations sur les consignes pour la déclaration de chaque élément (ou variable) des cas se trouve aux chapitres 1 à 4 du *Guide de codage et de saisie du RQC*, mis à jour annuellement.

De plus, la description des éléments au chapitre suivant donne de l'information sur les règles des dérivations pour les éléments dont la valeur est générée par le système.

1.4.6. Coordonnées des responsables du RQC

Les coordonnées des responsables étant susceptibles de changer fréquemment, le site Internet du RQC est la meilleure référence pour obtenir ces informations à jour. Il est possible d'y accéder en copiant l'adresse suivante dans un moteur de recherche :

<https://k28.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Fichier/FichierConsultation.aspx?enc=rSF8j/kNF0XXDpT+n480qOLPf7wcLXvFqYQ/CrTiKGLXWLRguLeKZcdQ+jnzWWia>

CHAPITRE 2 – DESCRIPTION DE CHACUN DES ÉLÉMENTS

Ce chapitre décrit tous les éléments du RQC, associés aux variables en entrée et aux variables dérivées. Les variables en entrée sont transmises par les RLC ou sont copiées d'autres systèmes d'information. Les variables dérivées sont générées par le système du RQC et sont calculées ou déduites selon un algorithme. Pour en assurer la qualité, les variables sont dérivées après la complétude des étapes de validation et de raccordement.

Pour des raisons pratiques, les éléments sont classés par numéro d'élément. Afin de faciliter la présentation, chaque élément est décrit selon un format type dont voici le détail.

Numéro de l'élément – Nom de l'élément

Format	Alphabétique, Alphanumérique ou Numérique						
Longueur	Nombre maximal de caractères						
Description	Présente une brève description de l'élément.						
Règles de dérivation	Décrit les règles de dérivation servant à générer les variables dérivées.						
Sources de données	Indique de quelles sources de données proviennent les informations.						
En vigueur	Précise la date d'entrée en vigueur de cet élément dans le RQC. Il est toutefois possible que les variables correspondant aux éléments soient incomplètes, particulièrement s'il s'agit d'une donnée provenant du FITQ ou dont la saisie n'est pas obligatoire. À noter que, pour les sources de données qui seront intégrées au RQC après 2018, les variables pour les années antérieures peuvent être alimentées rétroactivement.						
Valeurs permises	Énumère les valeurs permises au RQC et leurs significations. Pour certains éléments, les valeurs permises sont précisées à la partie 5 du Cadre normatif.						
Références	Présente les références, si elles sont pertinentes.						
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Année	Description				
Année	Description						

2.1. Données sur la personne

Les données sur la personne sont des données se rapportant aux personnes atteintes de cancer. Elles sont transmises par les RLC ou copiées, dérivées ou calculées par le système du RQC. Les éléments sur la personne sont listés dans le tableau ci-dessous et décrits dans les pages qui suivent. Le lecteur peut se référer au *Guide de codage et de saisie du RQC* pour avoir plus de détails et pour obtenir des exemples sur les règles et des consignes pour les éléments devant être saisis par les RLC.

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
P1	Numéro d'assurance maladie	Depuis 1975
P2	Date de naissance	Depuis 1975
P3	Sexe	Depuis 1975
P4	Nom de famille	Depuis 1975
P5	Prénom	Depuis 1975
P6	Deuxième prénom	Depuis 2013
P7	Nom de la mère	Depuis 1975
P8	Prénom de la mère	Depuis 2000
P9	Nom du père	Depuis 2000
P10	Prénom du père	Depuis 1975
P11	Lieu de naissance	Depuis 1975
P12	Date du dernier contact	Depuis 2013 ⁶
P13	Date du décès	Depuis 1975
P14	Cause initiale du décès	Depuis 1975
P15 à P24	Causes secondaires du décès 1 à 10	Depuis 2013
P25	Numéro de matricule du décès	Depuis 1975
P26	Indicateur d'autopsie	Depuis 1975
P27	Lieu du décès	Depuis 1975
P28	Établissement/Installation du décès	Depuis 1975

6. Il est prévu que les données seront disponibles rétroactivement pour les années 2013 et suivantes, lorsque la source sera intégrée au RQC.

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
P29	Date de fin d'admissibilité à l'assurance maladie	Depuis 2013 ⁷
P30	Numéro de la personne au FIPA	Depuis 2000
P31	Numéro d'identification au RCC	Depuis 1992
P32	Numéro d'identification unique de l'utilisateur – RU	Depuis 2013
PD1	Statut vital	Depuis 2013
PD2	Source d'informations sur le décès	Depuis 1975
PD3	Numéro de la personne au RQC	Depuis 1975

7. Il est prévu que les données seront disponibles rétroactivement pour les années 2013 et suivantes, lorsque la source sera intégrée au RQC.

P1 – Numéro d'assurance maladie

Format	Alphanumérique		
Longueur	12		
Description	Numéro unique attribué par la RAMQ à la personne qui bénéficie du régime d'assurance maladie au Québec		
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, FIPA		
En vigueur	1975		
Valeurs permises	Sans objet		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

P2 – Date de naissance

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Date (année, mois, jour) à laquelle la personne est née				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, fichiers – autres provinces, FIPA				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	Sans objet				
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Année	Description		
Année	Description				

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Sexe de la personne au moment du diagnostic	
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, fichiers – autres provinces, FIPA	
En vigueur	1975	
Valeurs permises	Code	Description
	1	Masculin
	2	Féminin
	3	Autre (exemple : hermaphrodite)
	4	Transsexuel
	9	Inconnu
Références	FORDS (NAACCR #220)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

P4 – Nom de famille

Format	Alphabétique				
Longueur	30				
Description	Nom de famille légal de la personne; dans le cas des femmes mariées, le nom de famille de naissance				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, fichiers – autres provinces, FIPA				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	Sans objet				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

Format	Alphanumérique						
Longueur	20						
Description	Prénom légal de la personne						
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, fichiers – autres provinces, FIPA						
En vigueur	1975						
Valeurs permises	Sans objet						
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Année	Description				
Année	Description						

P6 – Deuxième prénom

Format	Alphanumérique
Longueur	20
Description	Deuxième prénom de la personne
Sources de données	Fichiers – autres provinces
En vigueur	2013
Valeurs permises	Sans objet

Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

P7 – Nom de la mère

Format	Alphabétique
Longueur	30
Description	Nom légal de la mère de la personne
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, FIPA
En vigueur	1975
Valeurs permises	Sans objet

Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

P8 – Prénom de la mère

Format	Alphanumérique
Longueur	20
Description	Prénom légal de la mère de la personne
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, FIPA
En vigueur	2000
Valeurs permises	Sans objet

Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

P9 – Nom du père

Format	Alphabétique
Longueur	30
Description	Nom légal du père de la personne
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, FIPA
En vigueur	2000
Valeurs permises	Sans objet

Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

P10 – Prénom du père

Format	Alphanumérique
Longueur	20
Description	Prénom légal du père de la personne
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, FIPA
En vigueur	1975
Valeurs permises	Sans objet

Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

P11 – Lieu de naissance

Format	Numérique				
Longueur	3				
Description	Province ou territoire où la personne a vu le jour au Canada, ou pays si elle est née à l'extérieur du Canada				
Sources de données	MED-ÉCHO, Fichier des décès, fichiers – autres provinces				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	Voir la liste des codes de pays dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglets <i>Codes de pays selon ISO et RCC</i> et <i>Code de pays avant 1996</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

P12 – Date du dernier contact

Format	Numérique		
Longueur	8		
Description	Date (année, mois, jour) à laquelle la personne a reçu des services médicaux (dernier contact)		
Sources de données	Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte		
En vigueur	Il est prévu que les données seront disponibles rétroactivement pour les années 2013 et suivantes, lorsque la source sera intégrée au RQC.		
Valeurs permises	Sans objet		
Références	NAACCR #1750		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

P13 – Date du décès

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Date (année, mois, jour) à laquelle la personne est décédée				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (date de sortie), Fichier des décès, fichiers – autres provinces, FIPA, Maison de soins palliatifs				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	Sans objet				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

P14 – Cause initiale du décès

Format	Alphanumérique						
Longueur	4						
Description	Cause initiale du décès telle qu'elle est codée dans le Fichier des décès selon la Classification internationale des maladies						
Sources de données	Fichier des décès, fichiers – autres provinces						
En vigueur	1975						
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec la liste des causes de décès de la CIM-9 (avant 2000) ou de la CIM-10 (pour les données à partir de 2000). Voir la liste des codes des causes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglets <i>CIM-9 Cause sous-jacente DC</i> et <i>CIM-10 Causes s-j DC</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.						
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1975</td> <td>CIM-9</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>CIM-10</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description	1975	CIM-9	2000	CIM-10
Année	Description						
1975	CIM-9						
2000	CIM-10						

P15 à P24 – Causes secondaires du décès 1 à 10

Format	Alphanumérique		
Longueur	4		
Description	Causes secondaires du décès telles qu'elles sont codées dans le Fichier des décès selon la Classification internationale des maladies		
Sources de données	Fichier des décès		
En vigueur	2013		
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec la liste des causes de décès de la CIM-10. Voir la liste des codes des causes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>CIM-10 Causes s-j DC</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

P25 – Numéro de matricule du décès

Format	Numérique		
Longueur	11		
Description	Numéro séquentiel unique du formulaire du certificat de décès de la personne. Le numéro d'enregistrement doit correspondre à celui qui est inscrit dans le Fichier des décès du Québec.		
Sources de données	Fichier des décès		
En vigueur	1975		
Valeurs permises	Vide si les cas ne sont pas décédés		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

P26 – Indicateur d'autopsie

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Indication relative à la réalisation ou non d'une autopsie sur la personne. Il est prévu dans les règlements que si l'autopsie a lieu subséquemment à la déclaration du décès, le pathologiste qui procède à l'autopsie doit remplir un autre formulaire.	
Sources de données	Fichier des décès, MED-ÉCHO (mode diagnostique), RLC (méthode de confirmation du diagnostic)	
En vigueur	1975	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Non applicable
	1	Autopsie pratiquée
	2	Autopsie non pratiquée
	9	Inconnu
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

Format	Numérique				
Longueur	3				
Description	Pays ou province du décès de la personne				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, fichiers – autres provinces				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	Voir la liste des codes de pays dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes de pays selon ISO et RCC</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

P28 – Établissement/Installation du décès

Format	Numérique										
Longueur	8										
Description	<p>Établissement où la personne est décédée et autres informations lorsque celle-ci n'est pas décédée dans un établissement du Québec.</p> <p>Pour le fichier de décès, ce code est transmis dans l'élément « numéro d'établissement MSSS » par l'Institut de la statistique du Québec.</p> <p>Cet élément indique aussi le lieu du décès de la personne si elle n'est pas décédée dans un établissement hospitalier reconnu.</p>										
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (code de l'installation), Fichier des décès, fichiers – autres provinces										
En vigueur	1975										
Valeurs permises	<p>Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.</p> <p>Les valeurs suivantes sont aussi permises :</p> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Code</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>Décès à l'extérieur de la province</td> </tr> <tr> <td>97000000</td> <td>Décès à domicile au Québec</td> </tr> <tr> <td>98000000</td> <td>Décès hors établissement et hors du domicile au Québec</td> </tr> <tr> <td>99000000</td> <td>Lieu de décès inconnu</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Description	00000000	Décès à l'extérieur de la province	97000000	Décès à domicile au Québec	98000000	Décès hors établissement et hors du domicile au Québec	99000000	Lieu de décès inconnu
Code	Description										
00000000	Décès à l'extérieur de la province										
97000000	Décès à domicile au Québec										
98000000	Décès hors établissement et hors du domicile au Québec										
99000000	Lieu de décès inconnu										
Révision	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Année</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description								
Année	Description										

P29 – Date de fin d’admissibilité à l’assurance maladie

Format	Numérique		
Longueur	8		
Description	Dernière date (année, mois, jour) de fin d’admissibilité de la personne à l’assurance maladie du Québec		
Sources de données	Fichier d’admissibilité à l’assurance maladie du Québec		
En vigueur	Il est prévu que les données seront disponibles rétroactivement pour les années 2013 et suivantes, lorsque la source sera intégrée au RQC.		
Valeurs permises	Sans objet		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

P30 – Numéro de la personne au FIPA

Format	Numérique		
Longueur	9		
Description	Numéro séquentiel unique attribué à la personne dans le Fichier d'inscription des personnes assurées de la RAMQ (FIPA). La donnée sera absente si la personne n'a pas été trouvée au FIPA.		
Sources de données	FIPA		
En vigueur	2000		
Valeurs permises	Sans objet		
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody></tbody></table>	Année	Description
Année	Description		

P31 – Numéro d'identification au RCC

Format	Alphanumérique		
Longueur	9		
Description	Numéro d'identification unique attribué à la personne par Statistique Canada lors de son inscription au Registre canadien du cancer. Le numéro d'identification doit être conforme aux valeurs transmises par Statistique Canada.		
Sources de données	RCC		
En vigueur	1992		
Valeurs permises	Voir le <i>Guide du système du RCC – dictionnaire des données</i>		
Références	RCC-P3		
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead></table>	Année	Description
Année	Description		

P32 – Numéro d'identification unique de l'utilisateur – RU

Format	Numérique		
Longueur	10		
Description	Numéro d'identification unique attribué à un usager dans le cadre du Registre des usagers du Québec. L'attribution de ce numéro a commencé à partir de la valeur 1 000 000 000.		
Règles de dérivation	Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par l'établissement.		
Sources de données	RLC, RU		
En vigueur	2013		
Valeurs permises	1000000000 – 9999999999		
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody></tbody></table>	Année	Description
Année	Description		

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	État de la personne, à savoir si elle est vivante ou décédée	
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RQC. • Elle sera générée aussi pour les données historiques depuis 1975. 	
Sources de données	Sans objet	
En vigueur	2013	
Valeurs permises	Code	Description
	1	Vivant
	2	Décédé
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

PD2 – Source d'informations sur le décès

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Nom de l'organisme qui transmet l'information ou les données de mise à jour sur le décès de la personne	
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RCC. 	
Sources de données	Sans objet	
En vigueur	1975	
Valeurs permises	Code	Description
	1	MED-ÉCHO
	2	Fichier FIPA
	3	Fichier des décès
	4	Fichiers – autres provinces
	5	Registre canadien du cancer (RCC)
	6	Maison de soins palliatifs
	7	Laboratoires de pathologie
	8	RLC
Révision	Année	Description
	2011	Ajout des données provenant des laboratoires de pathologie
	2013	Ajout du RLC comme source de données

PD3 – Numéro de la personne au RQC

Format	Numérique				
Longueur	9				
Description	<p>Numéro d'identification séquentiel unique attribué automatiquement à la personne lors de son inscription dans le système du RQC.</p> <p>Si le numéro de référence de la personne est plus petit que 6 000 000, alors il provient de l'ancien système (Ingres).</p>				
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none">• Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RQC.				
Sources de données	Sans objet				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	Sans objet				
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Année	Description		
Année	Description				

2.2. Données sur la tumeur

Les données sur la tumeur sont des données se rapportant à la tumeur déclarée, saisie ou dérivée au RLC ou des données copiées, dérivées ou calculées par le système du RQC. Les éléments sur la tumeur sont listés dans le tableau ci-dessous et décrits dans les pages qui suivent. Le lecteur peut se référer au *Guide de codage et de saisie du RQC* pour avoir plus de détails et pour obtenir des exemples sur les règles et des consignes pour les éléments devant être saisis par les RLC. À noter que certains éléments relatifs à la tumeur prévus initialement au RQC ont été retirés. Pour ces éléments, la saisie est non obligatoire et l'information saisie a été conservée. Les éléments pour lesquels une saisie partielle a été faite sont présentés en annexe. La saisie de la stadification obligatoire en 2014 est décrite à la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements ».

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
T1	Numéro de dossier médical	Depuis 1975
T2	Code postal	Depuis 1975
T3	Municipalité	Depuis 2013
T4	Code de municipalité	Depuis 1975
T5	Date du diagnostic du cancer	Depuis 1975
T6	Méthode utilisée pour établir la date du diagnostic	Depuis 1975
T7	Lieu du diagnostic	Depuis 1975
T8	Diagnostic à terminologie ambiguë	Retrait
T9	Date du diagnostic définitif	Retrait
T10	Méthode de confirmation du diagnostic	Depuis 2013
T11	Topographie (siège primaire) de la tumeur	Depuis 1975
T12	Latéralité	Depuis 1975
T13	Histologie (morphologie)	Depuis 1975
T14	Code de comportement	Depuis 1975
T15	Grade ou différenciation	Depuis 2013
T16	Système de gradation	Retrait ⁸
T17	Valeur de gradation	Retrait ⁸
T18	Invasion lymphovasculaire	Depuis 2013

8. Éléments retirés et dont une saisie partielle a été faite.

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
T19	Tumeurs multiples signalées comme tumeur primaire unique	Retrait
T20	Date de diagnostic des tumeurs primaires multiples signalées comme unique	Retrait
T21	Nombre de tumeurs signalées comme tumeur primaire unique	Retrait
T22	Type de déclaration du diagnostic	Retrait ⁹
T23	Type d'enregistrement de la tumeur	Depuis 2013
T24	Classe de cas	Depuis 2013
T25	Numéro de référence de la tumeur	Depuis 2013
T26	Numéro d'établissement transmetteur	Depuis 2013
T27	Valeur du T clinique du TNM	Depuis 2014
T28	Valeur du N clinique du TNM	Depuis 2014
T29	Valeur du M clinique du TNM	Depuis 2014
T30	Stade clinique TNM	Depuis 2014
T31	Description du préfixe ou du suffixe du stade clinique	Depuis 2014
T32	Valeur du T pathologique du TNM	Depuis 2014
T33	Valeur du N pathologique du TNM	Depuis 2014
T34	Valeur du M pathologique du TNM	Depuis 2014
T35	Stade pathologique TNM	Depuis 2014
T36	Description du préfixe ou du suffixe du stade pathologique	Depuis 2014
T37	Numéro d'édition de la classification du TNM de l'AJCC	Depuis 2014
T38	Taille de la tumeur selon la SC	Retrait
T39	Extension de la tumeur selon la SC	Retrait
T40	Méthode d'évaluation de la taille ou de l'extension de la tumeur selon la SC	Retrait
T41	Ganglions lymphatiques régionaux atteints selon la SC	Retrait

9. Élément retiré et dont une saisie partielle a été faite.

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
T42	Méthode d'évaluation des ganglions lymphatiques régionaux selon la SC	Retrait
T43	Nombre de ganglions régionaux positifs selon la SC	Retrait
T44	Nombre de ganglions régionaux examinés	Retrait
T45	Métastases au diagnostic selon la SC	Retrait
T46	Métastases au diagnostic – os selon la SC	Retrait
T47	Métastases au diagnostic – cerveau selon la SC	Retrait
T48	Métastases au diagnostic – foie selon la SC	Retrait
T49	Métastases au diagnostic – poumon selon la SC	Retrait
T50	Méthode d'évaluation des métastases selon la SC	Retrait
T51 à T75	Facteur 1 à facteur 25 propres au siège selon la SC	Retrait
T76	Valeur du T dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T77	Descripteur du T dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T78	Valeur du N dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T79	Descripteur du N dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T80	Valeur du M dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T81	Descripteur du M dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T82	Valeur du TNM dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T83	Valeur du T dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T84	Descripteur du T dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T85	Valeur du N dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T86	Descripteur du N dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T87	Valeur du M dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T88	Descripteur du M dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
T89	Valeur du TNM dérivé selon l'AJCC-6	Retrait

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
T90	Dérivé du stade sommaire (<i>Summary Stage</i>) 1977	Retrait
T91	Dérivé du stade sommaire (<i>Summary Stage</i>) 2000	Retrait
T92	Version de la SC dérivée	Retrait
T93	Version de la SC en entrée initiale	Retrait
T94	Version de la SC en entrée courante	Retrait
TD1	CLSC, RLS et RSS de résidence permanente de la personne	Depuis 1975
TD2	Code de région du diagnostic	Depuis 1975
TD3	Numéro de référence de la tumeur	Depuis 2000
TD4	Topographie (siège primaire) version CIM-O-3	Depuis 2007
TD5	Système original de classification de la topographie	Depuis 2013
TD6	Histologie (morphologie) version CIM-O-3	Depuis 2007
TD7	Système original de classification de l'histologie (morphologie)	Depuis 2013
TD8	Code de comportement version CIM-O-3	Depuis 2007
TD9	Valeur du T dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
TD10	Descripteur du T dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
TD11	Valeur du N dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
TD12	Descripteur du N dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
TD13	Valeur du M dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
TD14	Descripteur du M dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
TD15	Valeur du TNM dérivé selon l'AJCC-6	Retrait
TD16	Valeur du T dérivé selon l'AJCC-7	Retrait
TD17	Descripteur du T dérivé selon l'AJCC-7	Retrait
TD18	Valeur du N dérivé selon l'AJCC-7	Retrait
TD19	Descripteur du N dérivé selon l'AJCC-7	Retrait

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
TD20	Valeur du M dérivé selon l'AJCC-7	Retrait
TD21	Descripteur du M dérivé selon l'AJCC-7	Retrait
TD22	Valeur du TNM dérivé selon l'AJCC-7	Retrait
TD23	Dérivé du stade sommaire (<i>Summary Stage</i>) 1977	Retrait
TD24	Dérivé du stade sommaire (<i>Summary Stage</i>) 2000	Retrait
TD25	Version de la SC dérivée au central	Retrait
TD26	Version de la SC initiale au central	Retrait
TD27	Version de la SC courante au central	Retrait

T1 – Numéro de dossier médical

Format	Alphanumérique		
Longueur	12		
Description	Numéro non descriptif, unique et permanent qui est attribué à la personne par l'établissement ou par l'installation. Le numéro de dossier médical permet de regrouper toutes les données concernant la personne et les services qui lui sont donnés.		
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO		
En vigueur	1975		
Valeurs permises	Sans objet		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

T2 – Code postal

Format	Alphanumérique				
Longueur	6				
Description	Code postal du lieu de la résidence permanente de la personne au moment du diagnostic				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès, fichiers – autres provinces, FIPA				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	<p>Les valeurs permises sont en conformité avec le M34. Voir la description des tables dans le fichier TABM34aaaa.doc.</p> <p>L'utilisation des tables CP-MUN-CLSC (CP6MUN) est recommandée. La table CP6MUN permet de rechercher un code postal complet et de trouver la municipalité (parfois plusieurs possibles) avec son statut et le CLSC (soit de la municipalité ou du code postal).</p> <p>Voir le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>CP_Municipalité</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.</p>				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Année</u></th> <th><u>Description</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

Format	Alphabétique				
Longueur	58				
Description	Municipalité de la résidence permanente de la personne au moment du diagnostic. Il faut considérer que le nom de la municipalité <i>T3 - Municipalité</i> et le code de municipalité <i>T4 - Code de municipalité</i> forment un tandem.				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (code géographique de l'utilisateur), Fichier des décès, FIPA				
En vigueur	2013				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M34. Voir la description des tables dans le fichier TABM34aaaa.doc. Voir la table MUNCLSC du M34 en se référant aux occurrences dont le STATUT=2 (ACTIF) ainsi que la liste des toponymes MUNTOPO du M34. Voir aussi le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>CP_Municipalité</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Année</u></th> <th><u>Description</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

T4 – Code de municipalité

Format	Numérique
Longueur	5
Description	Code de la municipalité de résidence permanente de la personne au moment du diagnostic. Le code ne doit pas contredire le nom de la municipalité <i>T3 - Municipalité</i> . C'est une paire indissociable.
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (code géographique de l'utilisateur), Fichier des décès, fichiers – autres provinces (code géographique type), FIPA
En vigueur	1975
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M34. Voir la description des tables dans le fichier TABM34aaaa.doc. Voir la table MUNCLSC du M34 (en se référant aux occurrences, dont le STATUT=2 (ACTIF). Voir aussi le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>CP_Municipalité</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.

Révision	<u>Année</u> <u>Description</u>
	<hr/>

T5 – Date du diagnostic du cancer

Format	Numérique										
Longueur	8										
Description	Date (année, mois jour) à laquelle le diagnostic initial du cancer a été posé										
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (date d'admission), Fichier des décès (date du décès), fichiers – autres provinces										
En vigueur	1975										
Valeurs permises	Sans objet										
Références	RCC-T12										
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1975</td> <td>Date de déclaration</td> </tr> <tr> <td>1981</td> <td>Date de sortie de l'hôpital de la première déclaration</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>Date d'admission à l'hôpital de la première déclaration</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>Date à laquelle le diagnostic initial du cancer a été posé</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description	1975	Date de déclaration	1981	Date de sortie de l'hôpital de la première déclaration	2011	Date d'admission à l'hôpital de la première déclaration	2013	Date à laquelle le diagnostic initial du cancer a été posé
Année	Description										
1975	Date de déclaration										
1981	Date de sortie de l'hôpital de la première déclaration										
2011	Date d'admission à l'hôpital de la première déclaration										
2013	Date à laquelle le diagnostic initial du cancer a été posé										

T6 – Méthode utilisée pour établir la date du diagnostic

Format	Numérique																								
Longueur	2																								
Description	Méthode utilisée pour établir le diagnostic initial du cancer																								
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (mode diagnostique), fichiers - autres provinces																								
En vigueur	1975																								
Valeurs permises	Les valeurs sont classées par ordre de priorité.																								
	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 à 3</td> <td>Diagnostic établi par examen microscopique</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Cytologie positive</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Histologie positive</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Autopsie seulement (aucune suspicion avant le décès)</td> </tr> <tr> <td>4 à 9</td> <td>Diagnostic non établi par examen microscopique</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Examen de laboratoire ou étude par marqueur positif</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Visualisation directe sans confirmation microscopique (chirurgie ou autopsie sans histologie)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Radiographie et autres techniques d'imagerie sans confirmation microscopique</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Diagnostic clinique, y compris les observations physiques (sans analyse microscopique)</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Certificat de décès seulement</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Méthode utilisée pour établir la date du diagnostic inconnue</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Description	1 à 3	Diagnostic établi par examen microscopique	1	Cytologie positive	2	Histologie positive	3	Autopsie seulement (aucune suspicion avant le décès)	4 à 9	Diagnostic non établi par examen microscopique	4	Examen de laboratoire ou étude par marqueur positif	5	Visualisation directe sans confirmation microscopique (chirurgie ou autopsie sans histologie)	6	Radiographie et autres techniques d'imagerie sans confirmation microscopique	7	Diagnostic clinique, y compris les observations physiques (sans analyse microscopique)	8	Certificat de décès seulement	9	Méthode utilisée pour établir la date du diagnostic inconnue
Code	Description																								
1 à 3	Diagnostic établi par examen microscopique																								
1	Cytologie positive																								
2	Histologie positive																								
3	Autopsie seulement (aucune suspicion avant le décès)																								
4 à 9	Diagnostic non établi par examen microscopique																								
4	Examen de laboratoire ou étude par marqueur positif																								
5	Visualisation directe sans confirmation microscopique (chirurgie ou autopsie sans histologie)																								
6	Radiographie et autres techniques d'imagerie sans confirmation microscopique																								
7	Diagnostic clinique, y compris les observations physiques (sans analyse microscopique)																								
8	Certificat de décès seulement																								
9	Méthode utilisée pour établir la date du diagnostic inconnue																								
Références	RCC-T24																								
Révision	<table border="0"> <thead> <tr> <th><u>Année</u></th> <th><u>Description</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>																						
<u>Année</u>	<u>Description</u>																								

T7 – Lieu du diagnostic

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Numéro d'identification du lieu (établissement ou installation) où le diagnostic a été effectué				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (code de l'installation), Fichier des décès (lieu de décès), fichiers – autres provinces (code de la province)				
En vigueur	1975				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

T10 – Méthode de confirmation du diagnostic

Format	Numérique		
Longueur	2		
Description	Méthode la plus exacte de confirmation du diagnostic, incluant les diagnostics non confirmés par un examen microscopique. Ce champ n'est pas lié à la date du diagnostic.		
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO (mode diagnostique), fichiers – autres provinces		
En vigueur	2013		
Valeurs permises	Les valeurs sont classées par ordre de priorité. Code Description 1 à 3, 10 Diagnostic confirmé par examen microscopique 1 Histologie positive 2 Cytologie positive 3 Autopsie seulement 10 Histologie positive PLUS <ul style="list-style-type: none"> • Immunophénotypage positif OU • Études génétiques positives (pour tumeurs hématopoïétiques et lymphoïdes SEULEMENT) 4 à 9 Diagnostic non confirmé par examen microscopique 4 Examen de laboratoire/Étude par marqueur positif 5 Visualisation directe sans confirmation microscopique (chirurgie sans histologie) 6 Radiographie et autres techniques d'imagerie sans confirmation microscopique 7 Diagnostic clinique, y compris les observations physiques (sans histologie) 8 Certificat de décès seulement 9 Méthode de confirmation du diagnostic inconnue		
Références	RCC-T25		
Révision	<hr/> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Année</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> </table> <hr/>	Année	Description
Année	Description		

T11 – Topographie (siège primaire) de la tumeur

Format	Alphanumérique										
Longueur	4										
Description	Topographie ou siège primaire de la tumeur selon le système original de classification										
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, Fichier des décès (cause initiale ou médicale du décès), fichiers – autres provinces										
En vigueur	1975										
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec la liste des codes topographiques selon les sources de données, soit la CIM-9, la CIM-10, la CIM-10-CA et la CIM-O-3. Voir les tables des codes de topographie selon la CIM dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglets <i>CIM-9 Codes de cancer</i> , <i>CIM-10-CA</i> et <i>CIM-O-2 et 3 Codes topographie</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.										
Références	RCC-T15 (NAACCR #400)										
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1975</td> <td>CIM-9</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>CIM-10</td> </tr> <tr> <td>2007</td> <td>CIM-10-CA</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>CIM-O-3</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description	1975	CIM-9	2000	CIM-10	2007	CIM-10-CA	2011	CIM-O-3
Année	Description										
1975	CIM-9										
2000	CIM-10										
2007	CIM-10-CA										
2011	CIM-O-3										

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Localisation spécifique du siège primaire de la tumeur dans les organes pairs ou côté du corps dans lequel la tumeur a pris naissance. Le code précise si la tumeur est située à droite, à gauche ou des deux côtés selon le cas.	
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, fichiers – autres provinces	
En vigueur	1975	
Valeurs permises	Code	Description
	0	Pas un organe pair
	1	Droite
	2	Gauche
	3	Un seul côté, origine gauche ou droite non spécifiée
	4	Atteinte bilatérale, latéralité d'origine inconnue pour une tumeur déclarée comme primaire unique. Ce code est rarement utilisé, sauf pour les maladies suivantes : les deux ovaires atteints simultanément, histologie unique; nodules diffus bilatéraux du poumon; rétinoblastome bilatéral; tumeur de Wilms bilatérale.
	5	Atteinte initiale médiane
	9	Organe pair, mais latéralité inconnue
Références	FORDS (NAACCR #410)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

T13 – Histologie (morphologie)

Format	Numérique								
Longueur	4								
Description	Description microscopique des cellules ou des tissus de la tumeur selon le code de la classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O). Note : La morphologie décrit l'histologie ET le comportement de la tumeur. Les termes « histologie » et « morphologie » sont parfois utilisés comme synonymes.								
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, fichiers – autres provinces								
En vigueur	1975								
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec la liste des codes histologiques de la CIM-O. Voir les tables des codes de l'histologie selon la CIM dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>CIM-O-3 Codes histologie</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.								
Références	RCC-T16 (NAACCR #522)								
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1975</td> <td>CIM-O</td> </tr> <tr> <td>Inconnue</td> <td>CIM-O-2</td> </tr> <tr> <td>2008</td> <td>CIM-O-3</td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description	1975	CIM-O	Inconnue	CIM-O-2	2008	CIM-O-3
Année	Description								
1975	CIM-O								
Inconnue	CIM-O-2								
2008	CIM-O-3								

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Le code de comportement associé à la description histologique de la tumeur décrit le potentiel prolifératif de la tumeur allant de /0 bénin à /3 malin (invasif) selon la classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O).	
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, fichiers – autres provinces	
En vigueur	1975	
Valeurs permises	Code	Description
	0	Bénin
	1	Indéterminé si bénin ou malin : <ul style="list-style-type: none"> ◦ à la limite de la malignité ◦ à faible potentiel de malignité ◦ à potentiel de malignité non assuré
	2	Carcinome <i>in situ</i> : <ul style="list-style-type: none"> ◦ intraépithélial ◦ non infiltrant ◦ non invasif
	3	Malin, siège primaire
	6	Malin, siège métastatique (malin, siège secondaire)*
	9	Malin, incertain si primaire ou métastatique*
	* Utilisé uniquement dans MED-ÉCHO pour les données historiques.	
Références	RCC-T22 (NAACCR #523)	
Révision	Année	Description
	1975	CIM-O
	Inconnue	CIM-O-2
	2008	CIM-O-3

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Le grade est le degré de différenciation. Il indique dans quelle mesure les cellules tumorales ressemblent à celles du tissu d'origine (organe d'origine). Les cellules tumorales bien différenciées ont une ressemblance marquée avec le tissu de l'organe d'origine. Les cellules tumorales peu différenciées ou indifférenciées ont un aspect désorganisé et anormal et ressemblent peu ou pas du tout aux cellules d'origine. Les codes 1 à 4 définissent le grade pour les tumeurs solides. Les grades 5 à 8 définissent des lignées de cellules particulières pour les lymphomes et les leucémies.	
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO, fichiers – autres provinces	
En vigueur	2013	
Valeurs permises	Code	Description
	1	Grade I, i, 1; tumeur bien différenciée; différenciée, SAI
	2	Grade II, ii, 2; tumeur moyennement différenciée; moyennement bien différenciée; différenciation intermédiaire
	3	Grade III, iii, 3; tumeur peu différenciée; pauvrement différenciée
	4	Grade IV, iv, 4; tumeur indifférenciée; anaplasique
	5	Lymphocyte T; précurseur T
	6	Lymphocyte B; pré-B; précurseur B
	7	Lymphocyte nul; lymphocyte non T non B
	8	Cellule NK (<i>natural killer</i>); cellule tueuse naturelle
	9	Grade ou différenciation non déterminé, non mentionné ou non applicable
Références	RCC-T23 (NAACCR #440)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

T18 – Invasion lymphovasculaire

Format	Numérique										
Longueur	1										
Description	Présence ou absence de cellules tumorales dans les vaisseaux lymphatiques (et non les ganglions lymphatiques) et dans les vaisseaux sanguins à l'intérieur de la tumeur primaire après une analyse microscopique par le pathologiste										
Sources de données	RLC, fichiers – autres provinces										
En vigueur	2013										
Valeurs permises	<table><thead><tr><th>Code</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>Absence d'invasion lymphovasculaire/Non identifiée</td></tr><tr><td>1</td><td>Présence d'invasion lymphovasculaire/Identifiée</td></tr><tr><td>8</td><td>Sans objet</td></tr><tr><td>9</td><td>Inconnue ou indéterminée si présence d'invasion lymphovasculaire</td></tr></tbody></table>	Code	Description	0	Absence d'invasion lymphovasculaire/Non identifiée	1	Présence d'invasion lymphovasculaire/Identifiée	8	Sans objet	9	Inconnue ou indéterminée si présence d'invasion lymphovasculaire
Code	Description										
0	Absence d'invasion lymphovasculaire/Non identifiée										
1	Présence d'invasion lymphovasculaire/Identifiée										
8	Sans objet										
9	Inconnue ou indéterminée si présence d'invasion lymphovasculaire										
Références	RCC-T63, FORDS (NAACCR #1182)										
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>								
<u>Année</u>	<u>Description</u>										

T23 – Type d'enregistrement de la tumeur

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Type d'enregistrement de la tumeur lors de la déclaration d'un cas par le RLC (un nouvel enregistrement réfère à la première fois qu'un cas est déclaré par un RLC)	
Sources de données	RLC, fichiers – autres provinces	
En vigueur	2013	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2013 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC
	1	Enregistrement supprimé
	2	Enregistrement mis à jour
	3	Nouvel enregistrement
Références	RCC-T5 (NAACCR #10, modifié)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	
	<hr/>	

Format	Numérique
Longueur	2
Description	<p>Les classes de cas divisent les cas de cancer en deux groupes. Les cas analytiques sont ceux qui sont pris en charge (partiellement ou totalement) par l'établissement/installation; ils sont groupés selon le lieu du diagnostic et le lieu de la première ligne de traitement. Les cas non analytiques peuvent être enregistrés pour répondre à d'autres besoins. Ils sont groupés selon la raison pour laquelle le patient qui a reçu des soins à l'établissement/installation, ou qui n'a jamais eu de soin à l'établissement/installation, est enregistré par cet établissement.</p>
Sources de données	RLC
En vigueur	2013
Valeurs permises	<p>Code Description</p> <p>Classes de cas analytiques</p> <p><i>Diagnostic du cancer à l'établissement/installation déclarant</i></p> <p>00 Diagnostic du cancer à l'établissement/installation déclarant ET aucun traitement n'est fait à l'établissement ou la décision de ne pas traiter n'est pas prise à l'établissement</p> <p>10 Diagnostic du cancer à l'établissement/installation déclarant ou au bureau d'un médecin ayant des privilèges de pratique à l'établissement/installation ET une partie ou tous les traitements ou la décision de ne pas traiter sont faits à l'établissement/installation déclarant, SAI</p> <p>11 Diagnostic du cancer fait au bureau d'un médecin ayant des privilèges de pratique à l'établissement/installation ET une partie de la première ligne de traitement est faite à l'établissement/installation déclarant</p> <p>12 Diagnostic du cancer fait au bureau d'un médecin ayant des privilèges de pratique à l'établissement/installation ET toute la première ligne de traitement ou décision de ne pas traiter faite à l'établissement/installation déclarant</p> <p>13 Diagnostic du cancer fait à l'établissement/installation déclarant ET une partie de la première ligne de traitement faite à l'établissement/installation déclarant; une partie de la première ligne de traitement faite ailleurs</p> <p>14 Diagnostic du cancer fait à l'établissement/installation déclarant ET toute la première ligne de traitement ou décision de ne pas traiter faite à l'établissement/installation déclarant</p> <p><i>Diagnostic du cancer fait ailleurs</i></p> <p>20 Diagnostic du cancer fait ailleurs ET une partie ou toute la première ligne de traitement faite à l'établissement/installation déclarant, SAI.</p> <p>21 Diagnostic du cancer fait ailleurs ET une partie de la première ligne de traitement faite à l'établissement/installation déclarant; une partie de la première ligne de traitement faite ailleurs</p>

- 22 Diagnostic du cancer fait ailleurs **ET** toute la première ligne de traitement ou décision de ne pas traiter est faite à l'établissement/installation déclarant
- 29* Extraction RLC (voir les détails dans la partie intitulée « Particularités des classes de cas générées par le système » de la section 1.4.2).

Classes de cas non analytiques

Patient vu à l'établissement/installation déclarant

- 30 Diagnostic du cancer et toute la première ligne de traitement faits ailleurs **ET** participation de l'établissement/installation déclarant à l'investigation (par exemple, consultation seulement, plan de traitement seulement, investigation pour stadification à la suite du diagnostic initial qui a été fait ailleurs)
- 31 Diagnostic du cancer et toute la première ligne de traitement faits ailleurs **ET** soins transitoires par l'établissement/installation déclarant; ou l'établissement fournit des soins qui facilitent le traitement ailleurs (par exemple, installation d'une endoprothèse)
- 32 Diagnostic du cancer et toute la première ligne de traitement faits ailleurs **ET** patient se présente à l'établissement/installation déclarant avec une maladie récurrente ou persistante (maladie active)
- 33 Diagnostic du cancer et toute la première ligne de traitement faits ailleurs **ET** patient se présente à l'établissement/installation déclarant avec antécédent de maladie seulement (maladie non active)
- 34 Type de cas non requis au RQC **ET** diagnostic du cancer **ET** une partie ou toute la première ligne de traitement faite à l'établissement/installation déclarant
- 35 Cas diagnostiqué avant l'admissibilité au RLC, mais ayant eu un diagnostic de cancer **ET** une partie ou toute la première ligne de traitement faite à l'établissement/installation déclarant
- 36 Type de cas non requis par le RQC **ET** diagnostic du cancer fait ailleurs **ET** une partie ou toute la première ligne de traitement faite à l'établissement/installation déclarant
- 37 Cas diagnostiqué avant l'admissibilité au RLC **ET** diagnostic du cancer fait ailleurs **ET** une partie ou toute la première ligne de traitement faite à l'établissement/installation déclarant
- 38 Diagnostic du cancer établi par autopsie à l'établissement/installation déclarant, cancer non soupçonné avant le décès

Patient non vu à l'établissement/installation déclarant

- 40 Diagnostic du cancer **ET** toute la première ligne de traitement faits au bureau d'un médecin ayant des privilèges de pratique à l'établissement/installation
- 41 Diagnostic du cancer **ET** toute la première ligne de traitement faits dans deux bureaux de médecin ou plus ayant des privilèges de pratique à l'établissement/installation
- 42 Diagnostic du cancer **OU** traitement fait par un autre organisme/médecin non relié à l'établissement/installation, mais cas enregistré (diagnostic ou

traitement) par l'établissement/installation déclarant

- 43 Seulement des spécimens provenant d'un laboratoire de pathologie ou d'un autre laboratoire
- 47* MED-ÉCHO
- 48* Hors province
- 49 Certificat de décès seulement
- 99 Cas non analytiques dont la relation avec l'établissement/installation déclarant n'est pas connue

* Utilisé seulement pour les sources autres que les RLC.

Références

FORDS (NAACCR #610)

Révision

Année	Description
--------------	--------------------

T25 – Numéro de référence de la tumeur

Format	Alphanumérique				
Longueur	20				
Description	Numéro séquentiel unique attribué automatiquement à chaque nouvelle tumeur déclarée au RLC				
Consignes à la saisie (RLC)	<ul style="list-style-type: none"> Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RLC. 				
Sources de données	RLC				
En vigueur	2013				
Valeurs permises	Sans objet				
Références	RCC-T3				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

T26 – Numéro d'établissement transmetteur

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	<p>Numéro d'établissement transmetteur des données (code physique du RLC).</p> <p>Cet élément correspond au code de l'établissement du RLC qui transmet les données. Ce code (généré) pourrait être le même que celui inscrit pour <i>T7 - Lieu du diagnostic</i>, si le RLC qui transmet les données est aussi celui de l'établissement où a eu lieu le diagnostic.</p>				
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RLC. 				
Sources de données	RLC, MED-ÉCHO				
En vigueur	2013				
Valeurs permises	<p>Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.</p>				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

T27 – Valeur du T clinique du TNM

Format	Alphanumérique			
Longueur	4			
Description	Évaluation clinique de la tumeur primaire (T) reflétant la taille ou l'extension de la tumeur, AVANT le début de la première ligne de traitement, selon les règles de l'AJCC			
Sources de données	RLC			
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)			
Valeurs permises	Code	Description	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	2A 2A1 2A2	T2a T2a1 T2a2
	X	TX (La tumeur primaire ne peut pas être évaluée.)	2B 2C	T2b T2c
	0	T0	2D	T2d
	A	Ta	3	T3
	IS	Tis	3A	T3a
	ISPU	Tispu	3B	T3b
	ISPD	Tispd	3C	T3c
	1MI	T1mi, T1 mic	3D	T3d
	1	T1	4	T4
	1A	T1a	4A	T4a
	1A1	T1a1	4B	T4b
	1A2	T1a2	4C	T4c
	1B	T1b	4D	T4d
	1B1	T1b1	4E	T4e
	1B2	T1b2	88	Ne s'applique pas
	1C	T1c		
	1D	T1d		
	2	T2		
Références	FORDS (NAACCR #940)			
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>		

T28 – Valeur du N clinique du TNM

Format	Alphanumérique			
Longueur	4			
Description	Observation clinique de la présence ou de l'absence de métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux (N) décrivant l'extension de l'atteinte métastatique des ganglions lymphatiques régionaux, AVANT le début de la première ligne de traitement, selon les règles de l'AJCC			
Sources de données	RLC			
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)			
Valeurs permises	Code	Description	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	1B 1C 2	N1b N1c N2
	X	NX (Les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués.)	2A 2B 2C	N2a N2b N2c
	0	N0	3	N3
	0I-	N0i-	3A	N3a
	0I+	N0i+	3B	N3b
	0M-	N0m-	3C	N3c
	0M+	N0m+	4	N4
	1MI	N1mi	88	Ne s'applique pas
	0A	N0a		
	0B	N0b		
	1	N1		
	1A	N1a		
Références	FORDS (NAACCR #950)			
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
	<hr/>			

T29 – Valeur du M clinique du TNM

Format	Alphanumérique	
Longueur	4	
Description	Observation clinique de la présence ou de l'absence de métastases à distance (M), AVANT le début de la première ligne de traitement, selon les règles de l'AJCC	
Sources de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	M0
	0+	M0(+)
	1	M1
	1A	M1a
	1B	M1b
	1C	M1c
	1D	M1d
	1E	M1e
	88	Ne s'applique pas
Références	FORDS (NAACCR #960)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

T30 – Stade clinique TNM

Format	Alphanumérique			
Longueur	4			
Description	Étendue de la maladie d'après les éléments T, N et M cliniques attribués AVANT le début de la première ligne de traitement et basés sur les règles de l'AJCC			
Sources de données	RLC			
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)			
Valeurs permises	Code	Description	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	2B	Stade IIB
			2C	Stade IIC
			3	Stade III
	0	Stade 0	3A	Stade IIIA
	0A	Stade 0A	3B	Stade IIIB
	0IS	Stade 0is	3C	Stade IIIC
	1	Stade I	3C1	Stade IIIC1
	1A	Stade IA	3C2	Stade IIIC2
	1A1	Stade IA1	4	Stade IV
	1A2	Stade IA2	4A	Stade IVA
	1B	Stade IB	4A1	Stade IVA1
	1B1	Stade IB1	4A2	Stade IVA2
	1B2	Stade IB2	4B	Stade IVB
	1C	Stade IC	4C	Stade IVC
	1S	Stade IS	OC	Stade occulte
	2	Stade II	99	Stade inconnu
	2A	Stade IIA	88	Ne s'applique pas
	2A1	Stade IIA1		
	2A2	Stade IIA2		
Références	FORDS (NAACCR #970)			
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
	<hr/>			

T31 – Description du préfixe ou du suffixe du stade clinique

Format	Alphanumérique	
Longueur	2	
Description	<p>Préfixe ou suffixe du stade clinique du cancer, AVANT le début de la première ligne de traitement, basé sur les règles de l’AJCC.</p> <p>Il s’agit d’un complément au stade clinique, mais il ne change pas celui-ci.</p> <p>Cet élément permet d’identifier les cas spéciaux nécessitant des analyses séparées.</p>	
Sources de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l’objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n’est pas codée
	0	Aucun
	1	E (extra-ganglionnaire, lymphomes seulement)
	2	S (rate, lymphomes seulement)
	3	M (tumeurs multiples dans un site primaire)
	5	E et S
	7	X (masse tumorale volumineuse, lymphomes seulement)
	8	E et X
	9	S et X
	10	S, E et X
	99	Inconnu, n’est pas indiqué dans le dossier médical
Références	FORDS (NAACCR #980), AJCC	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	
	<hr/>	

T32 – Valeur du T pathologique du TNM

Format	Alphanumérique			
Longueur	4			
Description	Évaluation histopathologique de la tumeur primaire (T), reflétant la taille ou l'extension de la tumeur, fondée sur une résection de la tumeur primitive ou sur une biopsie suffisante, lors de la première ligne de traitement, pour apprécier la catégorie pT la plus élevée, selon les règles de l'AJCC			
Sources de données	RLC			
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)			
Valeurs permises	Code	Description	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	2A	T2a
			2A1	T2a1
			2A2	T2a2
	X	TX (La tumeur primaire ne peut pas être évaluée.)	2B	T2b
			2C	T2c
	0	T0	2D	T2d
	A	Ta	3	T3
	IS	Tis	3A	T3a
	ISPU	Tispu	3B	T3b
	ISPD	Tispd	3C	T3c
	1MI	T1mi, T1mic	3D	T3d
	1	T1	4	T4
	1A	T1a	4A	T4a
	1A1	T1a1	4B	T4b
	1A2	T1a2	4C	T4c
	1B	T1b	4D	T4d
	1B1	T1b1	4E	T4e
	1B2	T1b2	88	Ne s'applique pas
	1C	T1c		
	1D	T1d		
	2	T2		
Références	FORDS (NAACCR #880)			
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>		

T33 – Valeur du N pathologique du TNM

Format	Alphanumérique			
Longueur	4			
Description	Observation histopathologique de l'atteinte métastatique ganglionnaire régionale, fondée sur une exérèse appropriée des ganglions régionaux permettant d'affirmer l'absence ou la présence de métastases ganglionnaires régionales ou d'évaluer la catégorie pN la plus élevée, selon les règles de l'AJCC.			
Sources de données	RLC			
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)			
Valeurs permises	Code	Description	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	1B 1C 2	N1b N1c N2
	X	NX (Les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués.)	2A 2B 2C	N2a N2b N2c
	0	N0	3	N3
	0I-	N0i-	3A	N3a
	0I+	N0i+	3B	N3b
	0M-	N0m-	3C	N3c
	0M+	N0m+	4	N4
	1MI	N1mi	88	Ne s'applique pas
	0A	N0a		
	0B	N0b		
	1	N1		
	1A	N1a		
Références	FORDS (NAACCR #890)			
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
	<hr/>			

T34 – Valeur du M pathologique du TNM

Format	Alphanumérique	
Longueur	4	
Description	Observation histopathologique (biopsie ou chirurgie) de la présence de métastases à distance, selon les règles de l'AJCC	
Sources de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	1	M1
	1A	M1a
	1B	M1b
	1C	M1c
	1D	M1d
	1E	M1e
	88	Ne s'applique pas
Références	FORDS (NAACCR #900)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

T35 – Stade pathologique TNM

Format	Alphanumérique			
Longueur	4			
Description	Étendue de la tumeur attribuée d'après les éléments T, N et M pathologiques basés sur les règles de l'AJCC			
Sources de données	RLC			
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)			
Valeurs permises	Code	Description	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	2B	Stade IIB
			2C	Stade IIC
			3	Stade III
	0	Stade 0	3A	Stade IIIA
	0A	Stade 0A	3B	Stade IIIB
	0IS	Stade 0is	3C	Stade IIIC
	1	Stade I	3C1	Stade IIIC1
	1A	Stade IA	3C2	Stade IIIC2
	1AI	Stade IA1	4	Stade IV
	1A2	Stade IA2	4A	Stade IVA
	1B	Stade IB	4A1	Stade IVA1
	1B1	Stade IB1	4A2	Stade IVA2
	1B2	Stade IB2	4B	Stade IVB
	1C	Stade IC	4C	Stade IVC
	1S	Stade IS	OC	Stade occulte
	2	Stade II	88	Ne s'applique pas
	2A	Stade IIA	99	Stade inconnu
	2A1	Stade IIA1		
	2A2	Stade IIA2		
Références	FORDS (NAACCR #910)			
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>		

T36 – Description du préfixe ou du suffixe du stade pathologique

Format	Alphanumérique																												
Longueur	2																												
Description	<p>Préfixe ou suffixe du stade pathologique du cancer LORS de la chirurgie comme première ligne de traitement, basé sur les règles de l'AJCC.</p> <p>Il s'agit d'un complément au stade pathologique, mais il ne change pas celui-ci.</p> <p>Cet élément permet d'identifier les cas spéciaux nécessitant des analyses séparées.</p>																												
Sources de données	RLC																												
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)																												
Valeurs permises	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vide</td> <td>Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Aucun</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>E (extra-ganglionnaire, lymphomes seulement)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>S (rate, lymphomes seulement)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>M (tumeurs multiples dans un site primaire)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Y (classification effectuée pendant ou après le traitement initial)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>E et S</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>M et Y</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>X (masse tumorale volumineuse, lymphomes seulement)</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>E et X</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>S et X</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>S, E et X</td> </tr> <tr> <td>99</td> <td>Inconnu, n'est pas indiqué dans le dossier médical</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Description	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	0	Aucun	1	E (extra-ganglionnaire, lymphomes seulement)	2	S (rate, lymphomes seulement)	3	M (tumeurs multiples dans un site primaire)	4	Y (classification effectuée pendant ou après le traitement initial)	5	E et S	6	M et Y	7	X (masse tumorale volumineuse, lymphomes seulement)	8	E et X	9	S et X	10	S, E et X	99	Inconnu, n'est pas indiqué dans le dossier médical
Code	Description																												
Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée																												
0	Aucun																												
1	E (extra-ganglionnaire, lymphomes seulement)																												
2	S (rate, lymphomes seulement)																												
3	M (tumeurs multiples dans un site primaire)																												
4	Y (classification effectuée pendant ou après le traitement initial)																												
5	E et S																												
6	M et Y																												
7	X (masse tumorale volumineuse, lymphomes seulement)																												
8	E et X																												
9	S et X																												
10	S, E et X																												
99	Inconnu, n'est pas indiqué dans le dossier médical																												
Références	FORDS (NAACCR #920), AJCC																												
Révision	<table border="0"> <thead> <tr> <th><u>Année</u></th> <th><u>Description</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>																										
<u>Année</u>	<u>Description</u>																												

T37 – Numéro d'édition de la classification du TNM de l'AJCC

Format	Alphanumérique										
Longueur	2										
Description	Édition du livre <i>AJCC Cancer Staging Manual</i> utilisé pour la stadification du cas										
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RLC. • Les codes TNM ont évolué dans le temps et la conversion n'est pas toujours possible. Par conséquent, il faut un indicateur spécifique pour pouvoir regrouper les cas pour les comparaisons. 										
Sources de données	RLC										
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)										
Valeurs permises	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Code</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vide</td> <td>Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td> </tr> <tr> <td>00</td> <td>Stade non déterminé (Le schéma de stadification de l'AJCC est applicable, mais le siège n'a pas été établi.)</td> </tr> <tr> <td>01</td> <td>Septième édition de l'AJCC</td> </tr> <tr> <td>99</td> <td>Stadifié selon l'AJCC, mais édition inconnue</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Description	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	00	Stade non déterminé (Le schéma de stadification de l'AJCC est applicable, mais le siège n'a pas été établi.)	01	Septième édition de l'AJCC	99	Stadifié selon l'AJCC, mais édition inconnue
Code	Description										
Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée										
00	Stade non déterminé (Le schéma de stadification de l'AJCC est applicable, mais le siège n'a pas été établi.)										
01	Septième édition de l'AJCC										
99	Stadifié selon l'AJCC, mais édition inconnue										
Références	RCC-T51 (NAACCR #1060)										
Révision	<table border="0" style="width: 100%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Année</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description								
Année	Description										

TD1 – CLSC, RLS et RSS de résidence permanente de la personne

Format	Alphanumérique						
Longueur	5						
Description	Code de CLSC, de RLS et de RSS du lieu de résidence permanente de la personne au moment du diagnostic						
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est attribuée, à l'aide du code postal et du code municipal, par le système référentiel ministériel « Découpage géographique » (M34). 						
Sources de données	Sans objet						
En vigueur	1975						
Valeurs permises	<p>Les valeurs sont en conformité avec le référentiel M34.</p> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Code</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>XX000</td> <td>Indéterminé</td> </tr> <tr> <td>99999</td> <td>Non-résidents du Québec, touristes</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Description	XX000	Indéterminé	99999	Non-résidents du Québec, touristes
Code	Description						
XX000	Indéterminé						
99999	Non-résidents du Québec, touristes						
Révision	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Année</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"> </td> <td style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description				
Année	Description						

TD2 – Code de région du diagnostic

Format	Numérique
Longueur	2
Description	Code de la région sociosanitaire de l'installation ou de l'établissement qui transmet les données au RQC
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est basée sur une information saisie préalablement dans un ou plusieurs autres éléments et qui est générée en fonction de ceux-ci. Elle est attribuée, à l'aide du code postal et du code municipal, par le système référentiel ministériel « Découpage géographique » (M34).
Sources de données	Sans objet
En vigueur	1975
Valeurs permises	Les valeurs sont en conformité avec le référentiel M34.

Code	Description
01	Bas-Saint-Laurent
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean
03	Capitale-Nationale
04	Mauricie et Centre-du-Québec
05	Estrie
06	Montréal
07	Outaouais
08	Abitibi-Témiscamingue
09	Côte-Nord
10	Nord-du-Québec
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
12	Chaudière-Appalaches
13	Laval
14	Lanaudière
15	Laurentides
16	Montérégie
17	Nunavik
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James
99	Hors Québec
00	Inconnu

Révision	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Année</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Description</th> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TD3 – Numéro de référence de la tumeur

Format	Numérique				
Longueur	9				
Description	Numéro séquentiel unique attribué automatiquement à chaque nouvelle tumeur déclarée pour une même personne au RQC				
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none">• Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RQC.				
Sources de données	Sans objet				
En vigueur	2000				
Valeurs permises	Sans objet				
Références	RCC-T3				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

TD4 – Topographie (siège primaire) version CIM-O-3

Format	Alphanumérique				
Longueur	4				
Description	Topographie de la tumeur selon le code de la CIM-O-3				
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RQC. 				
Sources de données	Sans objet				
En vigueur	2007				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec la liste des codes topographiques de la CIM-O-3. Voir la liste des codes de topographie selon la CIM-O-3 dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>CIM-O-2 & 3 Codes topographie</i>).				
Références	RCC-T15 (NAACCR #400)				
Révision	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Année</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TD5 – Système original de classification de la topographie

Format	Numérique										
Longueur	2										
Description	Système de classification de la topographie ou siège de la tumeur										
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none">• Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RCC.										
Sources de données	Sans objet										
En vigueur	2013										
Valeurs permises	<table><thead><tr><th>Code</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>CIM-10-CA</td></tr><tr><td>3</td><td>CIM-O-3</td></tr><tr><td>8</td><td>CIM-9</td></tr><tr><td>10</td><td>CIM-10</td></tr></tbody></table>	Code	Description	1	CIM-10-CA	3	CIM-O-3	8	CIM-9	10	CIM-10
Code	Description										
1	CIM-10-CA										
3	CIM-O-3										
8	CIM-9										
10	CIM-10										
Références	RCC-T14 (NAACCR #460)										
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody></tbody></table> <hr/> <hr/>	Année	Description								
Année	Description										

TD6 – Histologie (morphologie) version CIM-O-3

Format	Numérique		
Longueur	4		
Description	Description histologique de la tumeur selon le code de la CIM-O-3		
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none">• Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RQC.		
Sources de données	Sans objet		
En vigueur	2007		
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec la liste des codes histologiques de la CIM-O-3. Voir la liste des codes d'histologie selon la CIM-O-3 dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>CIM-O-3 Codes histologie</i>).		
Références	RCC-T21 (NAACCR #522)		
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead></table> <hr/> <hr/>	Année	Description
Année	Description		

TD7 – Système original de classification de l’histologie (morphologie)

Format	Numérique								
Longueur	1								
Description	Système de classification de la morphologie qui a servi à la codification de la morphologie								
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none">• Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RCC.								
Sources de données	Sans objet								
En vigueur	2013								
Valeurs permises	<table><thead><tr><th>Code</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td>3</td><td>CIM-O-3</td></tr><tr><td>6</td><td>CIM-O-2</td></tr><tr><td>10</td><td>Dérivé de CIM-10</td></tr></tbody></table>	Code	Description	3	CIM-O-3	6	CIM-O-2	10	Dérivé de CIM-10
Code	Description								
3	CIM-O-3								
6	CIM-O-2								
10	Dérivé de CIM-10								
Références	RCC-T14, FORDS (NAACCR #480)								
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody></tbody></table> <hr/> <hr/>	Année	Description						
Année	Description								

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Comportement associé à la description histologique de la tumeur selon le code de la CIM-O-3	
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RCC. • Cet élément correspond à la cinquième position numérique de morphologie des codes de la CIM-O-3. • Voir le manuel de la CIM-O-3. 	
Sources de données	Sans objet	
En vigueur	2007	
Valeurs permises	Code	Description
	0	Bénin
	1	Indéterminé si bénin ou malin : <ul style="list-style-type: none"> ◦ à la limite de la malignité ◦ à faible potentiel de malignité ◦ à potentiel de malignité non assuré
	2	Carcinome <i>in situ</i> : <ul style="list-style-type: none"> ◦ intraépithélial ◦ non infiltrant ◦ non invasif
	3	Malin, siège primaire
	6	Malin, siège métastatique (malin, siège secondaire)*
	9	Malin, incertain si primaire ou métastatique*
	*Utilisé uniquement dans MED-ÉCHO pour les données historiques.	
Références	RCC-T22 (NAACCR #523)	

Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	_____	_____

2.3. Données sur les hospitalisations

Les données sur les hospitalisations sont des données qui concernent uniquement les personnes hospitalisées en lien avec leur cancer et qui sont copiées, dérivées ou calculées par le système du RQC à partir de MED-ÉCHO. Les éléments sont présentés dans le tableau ci-dessous et décrits dans les pages qui suivent.

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
H1	Secteur de soins	Depuis 1981
H2	Date d'admission	Depuis 1981
H3	Date de sortie	Depuis 1981
H4	Établissement/Installation de l'hospitalisation	Depuis 1981
H5	Numéro de dossier médical	Depuis 1981
HD1	Code de la région de l'installation de l'hospitalisation	Depuis 1981

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Secteur de soins de l'établissement d'où proviennent les informations déclarées	
Sources de données	MED-ÉCHO (type de soins)	
En vigueur	1981	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas ne sont pas hospitalisés
	1	Soins de courte durée
	3	Soins de longue durée et hébergement
	27	Chirurgie d'un jour
	29	Post-mortem
	39	Autre ou inconnu
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

H2 – Date d'admission

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Date (année, mois, jour) à laquelle la personne a été admise dans un établissement de santé en raison d'un diagnostic principal ou secondaire de cancer				
Sources de données	MED-ÉCHO				
En vigueur	1981				
Valeurs permises	Vide si les cas ne sont pas hospitalisés				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

H3 – Date de sortie

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Date (année, mois, jour) à laquelle la personne est sortie de l'établissement de santé où elle a été admise en raison d'un diagnostic principal ou secondaire de cancer				
Sources de données	MED-ÉCHO				
En vigueur	1981				
Valeurs permises	Vide si les cas ne sont pas hospitalisés				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

H4 – Établissement/Installation de l'hospitalisation

Format	Numérique		
Longueur	8		
Description	Numéro d'identification du lieu (établissement ou installation) qui transmet les données des tumeurs		
Sources de données	MED-ÉCHO		
En vigueur	1981		
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02. Voir la liste des codes d'établissement dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Insta</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC. Vide si les cas ne sont pas hospitalisés.		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

H5 – Numéro de dossier médical

Format	Alphanumérique				
Longueur	12				
Description	<p>Numéro non descriptif, unique et permanent qui est attribué par l'installation à la personne.</p> <p>Le numéro de dossier médical permet de regrouper toutes les données concernant la personne et les services qui lui sont donnés. La composition de ce numéro est laissée à la discrétion du personnel de l'installation.</p> <p>Synonyme : Identifiant local attribué par l'installation.</p>				
Sources de données	MED-ÉCHO				
En vigueur	1981				
Valeurs permises	Vide si les cas ne sont pas hospitalisés				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

HD1 – Code de la région de l’installation de l’hospitalisation

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Code de la région sociosanitaire de l’installation ou de l’établissement qui transmet les données au RQC	
Règles de dérivation	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur générée : Cette information est générée automatiquement par le système du RQC. 	
Sources de données	Sans objet	
En vigueur	1981	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas ne sont pas hospitalisés
	01	Soins de courte durée
	02	Soins de longue durée et hébergement
	03	Chirurgie d’un jour
	04	Post-mortem
	05	Si les cas ne sont pas hospitalisés
	06	Soins de courte durée
	07	Soins de longue durée et d’hébergement
	08	Chirurgie d’un jour
	09	Post-mortem
	10	Autre ou inconnu
	11	Description
	12	Si les cas ne sont pas hospitalisés
	13	Soins de courte durée
	14	Soins de longue durée et d’hébergement
	15	Chirurgie d’un jour
	16	Post-mortem
	17	Autre ou inconnu
	18	Description
	99	Si les cas ne sont pas hospitalisés
	00	Soins de courte durée

Révision	Année	Description

2.4. Données sur les traitements

Les données sur les traitements concernent uniquement la première ligne de traitement reçue par les personnes atteintes de cancer, que ce soit pour le siège, les ganglions lymphatiques ou un siège distant. Elles sont saisies au RLC ou copiées, dérivées ou calculées par le système du RQC. Les éléments sur les traitements sont listés dans le tableau ci-dessous et décrits dans les pages qui suivent. La saisie de la stadification obligatoire en 2014 est décrite à la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements ». Le lecteur peut se référer au *Guide de codage et de saisie du RQC* pour avoir plus de détails et pour obtenir des exemples sur les règles et des consignes pour les éléments devant être saisis par les RLC.

La première ligne de traitement concerne tous les traitements administrés au patient après son diagnostic de cancer, selon le plan de traitement initial, avant la progression de la maladie ou une récurrence. Un plan de traitement décrit les types de thérapies visant à modifier, contrôler, enlever ou détruire les cellules cancéreuses.

Cette section sur les traitements est fortement inspirée des données du manuel FORDS (*Revised for 2013*) de la Commission on Cancer de l'American College of Surgeons. Les informations qu'elle contient sont traduites et adaptées à partir de ce texte : <http://www.facs.org/cancer/coc/fords/fords-2012c.pdf>.

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
TR1	Date de début de la première ligne de traitement	Depuis 2014
TR2	Raison de l'absence de la date de début de la première ligne de traitement	Depuis 2014
TR3	Statut du traitement	Depuis 2014
TR4	Date de la première procédure chirurgicale	Depuis 2014
TR5	Raison de l'absence de la date de la première procédure chirurgicale	Depuis 2014
TR6	Date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire	Depuis 2014
TR7	Raison de l'absence de la date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire	Depuis 2014
TR8	Procédure chirurgicale sur le siège primaire	Depuis 2014
TR9	Établissement/Installation où la procédure chirurgicale sur le siège primaire a été réalisée	Depuis 2014
TR10	Méthode – Chirurgie du siège primaire	Depuis 2014
TR11	Marge chirurgicale du siège primaire	Depuis 2014
TR12	Chirurgie des ganglions régionaux	Depuis 2014
TR13	Établissement/Installation – Chirurgie des ganglions régionaux	Depuis 2014
TR14	Procédure chirurgicale/Autre siège	Depuis 2014
TR15	Établissement/Installation – Procédure chirurgicale/Autre siège	Depuis 2014
TR16	Date de sortie de l'hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire	Depuis 2014

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
TR17	Raison de l'absence de la date de sortie de l'hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire	Depuis 2014
TR18	Réadmission au même hôpital dans les 30 jours suivant la sortie lors de la chirurgie sur le siège primaire	Depuis 2014
TR19	Raison de l'absence de chirurgie sur le siège primaire	Depuis 2014
TR20	Date du début de la radiothérapie	Depuis 2014
TR21	Raison de l'absence de la date du début de la radiothérapie	Depuis 2014
TR22	Établissement/Installation – Traitement de radiothérapie	Depuis 2014
TR23	Volume du traitement de radiothérapie	Depuis 2014
TR24	Modalité de traitement régional de radiothérapie	Depuis 2014
TR25	Dose régionale de radiothérapie : cGy	Depuis 2014
TR26	Modalité du traitement de surimpression « Boost » de radiothérapie	Depuis 2014
TR27	Dose de surimpression « Boost » de radiothérapie	Depuis 2014
TR28	Nombre de fractions (séances) de traitement administrées	Depuis 2014
TR29	Date de fin de traitement de radiothérapie	Depuis 2014
TR30	Raison de l'absence de la date de fin de traitement de radiothérapie	Depuis 2014
TR31	Raison de l'absence de traitement de radiothérapie	Depuis 2014
TR32	Date de début de traitement systémique	Depuis 2014
TR33	Raison de l'absence de la date de début de traitement systémique	Depuis 2014
TR34	Date de début de chimiothérapie	Depuis 2014
TR35	Raison de l'absence de la date de début de chimiothérapie	Depuis 2014
TR36	Chimiothérapie	Depuis 2014
TR37	Établissement/Installation – Chimiothérapie	Depuis 2014
TR38	Date de début de l'hormonothérapie	Depuis 2014
TR39	Raison de l'absence de la date de début de l'hormonothérapie	Depuis 2014
TR40	Hormonothérapie	Depuis 2014

Numéro de l'élément	Nom de l'élément	État
TR41	Établissement/Installation – Hormonothérapie	Depuis 2014
TR42	Date de début de l'immunothérapie	Depuis 2014
TR43	Raison de l'absence de la date de début de l'immunothérapie	Depuis 2014
TR44	Immunothérapie	Depuis 2014
TR45	Établissement/Installation – Immunothérapie	Depuis 2014
TR46	Transplantation hématologique et procédure endocrine	Depuis 2014
TR47	Date de début d'un autre traitement	Depuis 2014
TR48	Raison de l'absence de la date de début d'un autre traitement	Depuis 2014
TR49	Autre traitement	Depuis 2014
TR50	Établissement/Installation – Autre traitement	Depuis 2014
TR51	Traitement palliatif	Depuis 2014
TR52	Établissement/Installation – Traitement palliatif	Depuis 2014
TRD1	Séquence radiothérapie/chirurgie	Depuis 2014
TRD2	Séquence traitement systémique/chirurgie	Depuis 2014

TR1 – Date de début de la première ligne de traitement

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Date (année, mois, jour) à laquelle un traitement pour le cancer (chirurgie, radiothérapie, traitement systémique ou autre traitement) a été amorcé, quel que soit le traitement.				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	<table><tr><td>Code</td><td>Description</td></tr><tr><td>Vide</td><td>Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td></tr></table>	Code	Description	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Code	Description				
Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée				
Références	FORDS (NAACCR #1270)				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

TR2 – Raison de l'absence de la date de début de la première ligne de traitement

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans l'élément <i>TR1 - Date de début de la première ligne de traitement</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR1 - Date de début de la première ligne de traitement</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Pas d'information sur le traitement (on ne sait pas s'il y a eu un traitement ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas de traitement donné ou autopsie seulement)
	12	Date inconnue (un traitement a été donné, mais la date est inconnue)
Références	FORDS (NAACCR #1271)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Indique si le patient a reçu un traitement quelconque, incluant une prise en charge pour une surveillance active	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Aucun traitement donné
	1	Traitement donné
	2	Surveillance active (<i>watchful waiting</i>)
	9	Inconnu si le patient a reçu un traitement
Références	FORDS (NAACCR #1285)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR4 – Date de la première procédure chirurgicale

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Date de la première procédure chirurgicale de la première ligne de traitement (chirurgie sur le siège primaire, sur les ganglions ou sur un autre siège), quel que soit l'établissement				
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	<table><tr><td>Code</td><td>Description</td></tr><tr><td>Vide</td><td>Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td></tr></table>	Code	Description	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Code	Description				
Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée				
Références	FORDS (NAACCR #1200)				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

TR5 – Raison de l'absence de la date de la première procédure chirurgicale

Format	Numérique										
Longueur	2										
Description	Raison de l'absence de valeur dans l'élément <i>TR4 - Date de la première procédure chirurgicale</i>										
Source(s) de données	RLC										
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)										
Valeurs permises	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Code</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vide</td> <td>Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR4 - Date de la première procédure chirurgicale</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Aucune information (on ne sait pas s'il y a eu une chirurgie ou non)</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Non applicable (exemple : pas de chirurgie)</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Date inconnue (une chirurgie a eu lieu, mais la date est inconnue)</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Description	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR4 - Date de la première procédure chirurgicale</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	10	Aucune information (on ne sait pas s'il y a eu une chirurgie ou non)	11	Non applicable (exemple : pas de chirurgie)	12	Date inconnue (une chirurgie a eu lieu, mais la date est inconnue)
Code	Description										
Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR4 - Date de la première procédure chirurgicale</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée										
10	Aucune information (on ne sait pas s'il y a eu une chirurgie ou non)										
11	Non applicable (exemple : pas de chirurgie)										
12	Date inconnue (une chirurgie a eu lieu, mais la date est inconnue)										
Références	FORDS (NAACCR #1201)										
Révision	<table border="0" style="width: 100%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Année</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description								
Année	Description										

TR6 – Date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire

Format	Numérique		
Longueur	8		
Description	Date (année, mois, jour) de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire lors de la première ligne de traitement		
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO		
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)		
Valeurs permises	Code Description Vide Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée		
Références	FORDS (NAACCR #3170)		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

TR7 – Raison de l'absence de la date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans l'élément <i>TR6 - Date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR6 - Date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu une chirurgie ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas de chirurgie)
	12	Date inconnue (une chirurgie a eu lieu, mais la date est inconnue)
Références	FORDS (NAACCR #3171)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR8 – Procédure chirurgicale sur le siège primaire

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Type de procédure chirurgicale réalisée sur le siège primaire	
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00	Pas de procédure chirurgicale sur le siège primaire; diagnostic à l'autopsie
	10-19	Codes spécifiques au siège; destruction de la tumeur; pas de spécimen pathologique Voir le manuel FORDS en vigueur
	20-80	Codes spécifiques au siège; résection de la tumeur Voir l'annexe B du manuel FORDS en vigueur
	90	Chirurgie SAI
	98	Code spécifique au siège; spécial Voir l'annexe B du manuel FORDS en vigueur
	99	Inconnu si une chirurgie sur le siège primaire a été réalisée ou non Le dossier médical ne mentionne pas si une chirurgie a été réalisée sur le siège primaire et aucune autre information n'est disponible. Certificat de décès seulement.
Références	FORDS (NAACCR #1290)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR9 – Établissement/Installation où la procédure chirurgicale sur le siège primaire a été réalisée

Format	Numérique		
Longueur	8		
Description	Numéro d'identification du lieu (établissement ou installation) où la procédure chirurgicale la plus définitive a été réalisée		
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO		
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)		
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.		
Références	FORDS (NAACCR #670, modifié)		
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>
<u>Année</u>	<u>Description</u>		

TR10 – Méthode – Chirurgie du siège primaire

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Méthode chirurgicale utilisée pour procéder à la chirurgie sur le siège primaire	
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Pas de chirurgie du siège primaire
	1	Robotisée
	2	Robotisée convertie en chirurgie ouverte
	3	Endoscopie ou laparoscopie
	4	Endoscopie ou laparoscopie convertie en chirurgie ouverte
	5	Chirurgie ouverte ou méthode non spécifiée
	9	Inconnu si une chirurgie a été réalisée
Références	FORDS (NAACCR #668)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR11 – Marge chirurgicale du siège primaire

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Statut final des marges chirurgicales après résection du siège primaire	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Pas de tumeur résiduelle (microscopique ou macroscopique); toutes les marges macroscopiques et microscopiques sont négatives
	1	Tumeur résiduelle SAI; indication de présence, mais non spécifiée autrement
	2	Tumeur résiduelle microscopique; ne peut-être vue à l'œil nu
	3	Tumeur résiduelle macroscopique; la tumeur macroscopique peut être vue à l'œil nu
	7	Marges non évaluables; les marges ne peuvent être évaluées (indéterminées)
	8	Pas de chirurgie sur le siège primaire; diagnostic à l'autopsie
	9	Inconnu ou non applicable; inconnu s'il y a eu une procédure chirurgicale sur le siège primaire; certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1320)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR12 – Chirurgie des ganglions régionaux

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Résection, biopsie ou aspiration d'un ou des ganglions régionaux au moment de la chirurgie du siège primaire ou durant une procédure chirurgicale séparée	
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Pas de résection chirurgicale de ganglion
	1	Biopsie ou aspiration d'un ou des ganglions régionaux, SAI
	2	Biopsie d'un ganglion sentinelle
	3	Nombre de ganglions régionaux enlevés inconnu ou non mentionné; ganglions régionaux enlevés SAI
	4	1 à 3 ganglions régionaux enlevés (la procédure n'est pas associée à une biopsie d'un ganglion sentinelle)
	5	4 ganglions régionaux ou plus enlevés (la procédure n'est pas associée à une biopsie d'un ganglion sentinelle)
	6	Biopsie d'un ganglion sentinelle et code 3, 4 ou 5 au même moment ou le moment n'est pas précisé
	7	Biopsie d'un ganglion sentinelle et code 3, 4 ou 5 à des moments différents
	9	Inconnu ou non applicable; certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1292)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR13 – Établissement/Installation – Chirurgie des ganglions régionaux

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où la résection, la biopsie ou l'aspiration d'un ou des ganglions régionaux au moment de la chirurgie du siège primaire ou durant une procédure chirurgicale séparée a été réalisée				
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Références	FORDS (NAACCR #670, modifié)				
Révision	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Année</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TR14 – Procédure chirurgicale/Autre siège

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Résection chirurgicale de ganglions distants ou d'autres tissus ou organes réséqués au-delà du siège primaire	
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Aucune; diagnostic à l'autopsie
	1	Procédure chirurgicale réalisée sur un siège non primaire; inconnue si le siège est régional ou distant
	2	Procédure chirurgicale sur un siège non primaire régional
	3	Procédure chirurgicale sur un siège non primaire, ganglions distants
	4	Procédure chirurgicale sur un siège non primaire, siège distant
	5	Combinaison des codes 2, 3 et 4
	9	Inconnu si une procédure chirurgicale a été réalisée sur un siège non primaire ; certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1294)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR15 – Établissement/Installation – Procédure chirurgicale/Autre siège

Format	Numérique						
Longueur	8						
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où la procédure chirurgicale sur d'autres tissus ou organes que le siège primaire (ganglions distants ou autres sièges) a été réalisée						
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO						
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)						
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.						
Références	FORDS (NAACCR #674, modifié)						
Révision	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Année</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description				
Année	Description						

TR16 – Date de sortie de l’hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	<p>Date (année, mois, jour) à laquelle le patient a quitté l’installation à la suite d’une chirurgie sur le siège primaire.</p> <p>Cette date correspond à l’événement rapporté aux variables <i>TR6 - Date de la résection chirurgicale la plus définitive sur le siège primaire</i> et <i>TR8 - Procédure chirurgicale sur le siège primaire</i>.</p>				
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">Code</td> <td>Description</td> </tr> <tr> <td>Vide</td> <td>Si le siège ne fait pas l’objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n’est pas codée</td> </tr> </table>	Code	Description	Vide	Si le siège ne fait pas l’objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n’est pas codée
Code	Description				
Vide	Si le siège ne fait pas l’objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n’est pas codée				
Références	FORDS (NAACCR #3180)				
Révision	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Année</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TR17 – Raison de l'absence de la date de sortie de l'hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR16 - Date de sortie de l'hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire</i>	
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR16 - Date de sortie de l'hôpital lors de la chirurgie sur le siège primaire</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu une chirurgie ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas de chirurgie)
	12	Date inconnue (une chirurgie a eu lieu, mais la date est inconnue)
Références	FORDS (NAACCR #3181)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR18 – Réadmission au même hôpital dans les 30 jours suivant la sortie lors de la chirurgie sur le siège primaire

Format	Numérique														
Longueur	1														
Description	Réadmission au même hôpital, pour la même maladie, dans un délai de 30 jours suivant la sortie de l'hôpital pour une chirurgie sur le siège primaire														
Source(s) de données	RLC, MED-ÉCHO														
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)														
Valeurs permises	<table><thead><tr><th>Code</th><th>Description</th></tr></thead><tbody><tr><td>Vide</td><td>Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td></tr><tr><td>0</td><td>Pas de chirurgie sur le siège primaire ou le patient n'a pas été réadmis au même hôpital dans les 30 jours suivant son congé</td></tr><tr><td>1</td><td>La personne a subi une chirurgie et a été réadmise à la même installation dans les 30 jours suivant son congé (réadmission non planifiée).</td></tr><tr><td>2</td><td>La personne a subi une chirurgie et a été réadmise à la même installation dans les 30 jours suivant son congé, mais la réadmission a été planifiée.</td></tr><tr><td>3</td><td>La personne a subi une chirurgie et a été réadmise deux fois dans les 30 jours dans la même installation, une réadmission planifiée et une autre non planifiée.</td></tr><tr><td>9</td><td>Inconnu si la chirurgie du siège primaire a été recommandée ou effectuée; inconnu si la personne a été réadmise dans la même installation dans les 30 jours suivant son congé; certificat de décès seulement</td></tr></tbody></table>	Code	Description	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	0	Pas de chirurgie sur le siège primaire ou le patient n'a pas été réadmis au même hôpital dans les 30 jours suivant son congé	1	La personne a subi une chirurgie et a été réadmise à la même installation dans les 30 jours suivant son congé (réadmission non planifiée).	2	La personne a subi une chirurgie et a été réadmise à la même installation dans les 30 jours suivant son congé, mais la réadmission a été planifiée.	3	La personne a subi une chirurgie et a été réadmise deux fois dans les 30 jours dans la même installation, une réadmission planifiée et une autre non planifiée.	9	Inconnu si la chirurgie du siège primaire a été recommandée ou effectuée; inconnu si la personne a été réadmise dans la même installation dans les 30 jours suivant son congé; certificat de décès seulement
Code	Description														
Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée														
0	Pas de chirurgie sur le siège primaire ou le patient n'a pas été réadmis au même hôpital dans les 30 jours suivant son congé														
1	La personne a subi une chirurgie et a été réadmise à la même installation dans les 30 jours suivant son congé (réadmission non planifiée).														
2	La personne a subi une chirurgie et a été réadmise à la même installation dans les 30 jours suivant son congé, mais la réadmission a été planifiée.														
3	La personne a subi une chirurgie et a été réadmise deux fois dans les 30 jours dans la même installation, une réadmission planifiée et une autre non planifiée.														
9	Inconnu si la chirurgie du siège primaire a été recommandée ou effectuée; inconnu si la personne a été réadmise dans la même installation dans les 30 jours suivant son congé; certificat de décès seulement														
Références	FORDS (NAACCR #3190)														
Révision	<table><thead><tr><th>Année</th><th>Description</th></tr></thead><tbody></tbody></table>	Année	Description												
Année	Description														

TR19 – Raison de l'absence de chirurgie sur le siège primaire

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Raison de l'absence de chirurgie sur le siège primaire	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée.
	0	Une chirurgie du siège primaire a été effectuée.
	1	La chirurgie du siège primaire n'a pas été effectuée, car elle ne faisait pas partie de la première ligne de traitement planifiée.
	2	La chirurgie du siège primaire n'a pas été recommandée/effectuée, car elle était contre-indiquée à cause des facteurs de risque de la personne (comorbidité, âge avancé, progression de la tumeur précédant la chirurgie prévue, etc.).
	5	Une chirurgie du siège primaire n'a pas été effectuée, car la personne est décédée avant la chirurgie prévue ou recommandée.
	6	Une chirurgie du siège primaire n'a pas été effectuée; elle a été recommandée par le médecin traitant, mais n'a pas été effectuée comme première ligne de traitement. La raison n'est pas notée au dossier médical.
	7	Une chirurgie du siège primaire n'a pas été effectuée; elle a été recommandée par le médecin traitant, mais ce traitement a été refusé par la personne, la famille de la personne ou son tuteur légal. Le refus a été noté au dossier médical.
	8	Une chirurgie du siège primaire a été recommandée, mais on ne sait pas si elle a été effectuée. Un suivi est recommandé.
	9	Inconnu si la chirurgie du siège primaire a été recommandée ou effectuée; diagnostic à l'autopsie ou certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1340)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR20 – Date du début de la radiothérapie

Format	Numérique
Longueur	8
Description	Date (année, mois, jour) du début de la radiothérapie pour la première ligne de traitement à n'importe quel établissement
Source(s) de données	RLC
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)
Valeurs permises	Code Description Vide Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Références	FORDS (NAACCR #1210)
Révision	<u>Année Description</u> <hr/>

TR21 – Raison de l'absence de la date du début de la radiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR20 - Date du début de la radiothérapie</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR20 - Date du début de la radiothérapie</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un traitement de radiothérapie ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas de radiothérapie administrée)
	12	Date inconnue (un traitement de radiothérapie a eu lieu, mais la date est inconnue)
	15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.
Références	FORDS (NAACCR #1211)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR22 – Établissement/Installation – Traitement de radiothérapie

Format	Numérique						
Longueur	8						
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où les traitements de radiothérapie pour la première ligne de traitement ont été réalisés						
Source(s) de données	RLC						
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)						
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) de la partie 5 du Cadre normatif du RQC.						
Références	FORDS (NAACCR #1550, modifié)						
Révision	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Année</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description				
Année	Description						

TR23 – Volume du traitement de radiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Volume ou cible anatomique du traitement de radiothérapie administré, le plus significatif pour la première ligne de traitement	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00	Aucun traitement de radiothérapie
	01	Oeil/orbite
	02	Glande hypophyse
	03	Cerveau SAI
	04	Cerveau (partie)
	05	Tête et cou SAI
	06	Tête et cou (partie)
	07	Glotte
	08	Sinus
	09	Glandes parotides
	10	Thorax/poumon SAI
	11	Poumon (partie précisée)
	12	Œsophage
	13	Estomac
	14	Foie
	15	Pancréas
	16	Rein
	17	Abdomen SAI
	18	Sein
	19	Sein/ganglions lymphatiques
	20	Paroi thoracique
	21	Paroi thoracique/ganglions lymphatiques
	22	Mantelet/Mini-mantelet (<i>Mantle/Mini-mantle</i>)
	23	Champ intérieur étendu (Lower extended field)
	24	Colonne vertébrale
	25	Crâne
	26	Côtes
	27	Hanche
	28	Os du pelvis
	29	Pelvis SAI
	30	Peau
	31	Tissus mous
	32	Moitié du corps (haut ou bas du corps)
	33	Corps complet
	34	Vessie et pelvis
	35	Prostate et pelvis

36	Utérus et col de l'utérus
37	Épaule
38	Os des membres SAI
39	Y inversé (<i>Inverted Y</i>)
40	Tronc cérébral
41	Prostate
50	Thyroïde
60	Ganglions lymphatiques d'une région, SAI
98	Autre
99	Inconnu

Références FORDS (NAACCR #1540)

Révision

Année	Description
-------	-------------

TR24 – Modalité de traitement régional de radiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Modalité dominante de radiothérapie utilisée pour administrer la dose régionale la plus significative sur le principal volume d'intérêt pour la première ligne de traitement	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00	Aucun traitement de radiothérapie; diagnostic à l'autopsie
	20	Radiothérapie externe, SAI (<i>external beam, NOS</i>)
	21	Orthovoltage
	22	Cobalt-60, Cesium-137
	23	Photons (2-5 MV)
	24	Photons (6-10 MV)
	25	Photons (11-19 MV)
	26	Photons (> 19 MV)
	27	Photons (énergies mixtes)
	28	Électrons
	29	Combinaison de photons et d'électrons
	30	Neutrons, avec ou sans photons/électrons
	31	IMRT (RCMI) (radiothérapie conformationnelle à modulation d'intensité)
	32	Conformationnelle 3-D (<i>Conformal or 3-D therapy</i>)
	40	Protons
	41	Radiochirurgie stéréotaxique SAI (<i>stereotactic radiosurgery</i>)
	42	Radiochirurgie linac
	43	Gamma knife
	50	Curiethérapie, SAI
	51	Curiethérapie, intracavitaire, LDR (<i>low dose rate</i>)
	52	Curiethérapie, intracavitaire, HDR (<i>high dose rate</i>)
	53	Curiethérapie, interstitielle, LDR (<i>low dose rate</i>)
	54	Curiethérapie, interstitielle, HDR (<i>high dose rate</i>)
	55	Radium
	60	Radioisotopes, SAI
	61	Strontium-89
	62	Strontium-90
	80*	Modalités combinées spécifiées*
	85	Modalités combinées SAI*
	98	Autres, SAI
	99	Inconnu
Références	FORDS (NAACCR #1570)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR25 – Dose régionale de radiothérapie : cGy

Format	Numérique	
Longueur	5	
Description	Dose totale de radiothérapie régionale, dominante ou la plus significative cliniquement, administrée à la personne pour la première ligne de traitement. L'unité de mesure est le centigray (cGy).	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	Valeur exacte	Dose régionale administrée
	00000	Radiothérapie non administrée ou diagnostic à l'autopsie
	88888	Non applicable, curiethérapie ou radioisotopes administrés à la personne
	99999	Radiothérapie régionale administrée, mais la dose est inconnue; inconnu (si la radiothérapie a été administrée); certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1510)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR26 – Modalité de traitement de surimpression « boost » de radiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	<p>Modalité dominante de radiothérapie utilisée pour administrer la dose de surimpression « boost » la plus significative cliniquement sur le principal volume d'intérêt pour la première ligne de traitement.</p> <p>Cela est réalisé avec un champ « beam » externe de taille réduite (comparativement au champ régional), des implants, de la radiochirurgie stéréotaxique, une thérapie conformationnelle « conformal » ou IMRT. Un « beam » externe de surimpression « boost » peut consister en deux phases successives ou plus avec un champ de plus en plus petit, généralement codé comme une entité unique.</p>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au ROC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00	Aucun traitement de radiothérapie « boost »; diagnostic à l'autopsie
	20	Radiothérapie externe, SAI (<i>External beam, NOS</i>)
	21	Orthovoltage
	22	Cobalt-60, Cesium-137
	23	Photons (2-5 MV)
	24	Photons (6-10 MV)
	25	Photons (11-19 MV)
	26	Photons (> 19 MV)
	27	Photons (énergies mixtes)
	28	Électrons
	29	Combinaison de photons et d'électrons
	30	Neutrons, avec ou sans photons/électrons
	31	IMRT (RCMI) (radiothérapie conformationnelle à modulation d'intensité)
	32	Conformationnelle ou thérapie 3-D (<i>Conformal or 3-D therapy</i>)
	40	Protons
	41	Radiochirurgie stéréotaxique SAI (<i>stereotactic radiosurgery</i>)
	42	Radiochirurgie linac
	43	Gamma knife
	50	Curiethérapie, SAI
	51	Curiethérapie, intracavitaire, LDR (<i>low dose rate</i>)
	52	Curiethérapie, intracavitaire, HDR (<i>high dose rate</i>)
	53	Curiethérapie, interstitielle, LDR (<i>low dose rate</i>)
	54	Curiethérapie, interstitielle, HDR (<i>high dose rate</i>)
	55	Radium
	60	Radioisotopes, SAI
	61	Strontium-89
	62	Strontium-90
	98	Autres, SAI
	99	Inconnu

Références

FORDS (NAACCR #3200)

Révision

Année Description

TR27 – Dose de surimpression « boost » de radiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	5	
Description	Dose additionnelle de surimpression « <i>boost</i> » administrée à la partie du volume de traitement ciblée pour la surimpression ou par les dispositifs de traitement L'unité de mesure est le centigray (cGy), parfois exprimée en « rads » (1 rad = 1 centigray).	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Valeur exacte	Inscrire la dose de surimpression « <i>boost</i> » administrée
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00000	Une dose de surimpression « <i>boost</i> » de radiothérapie n'a pas été administrée; diagnostic à l'autopsie.
	88888	Non applicable, curiethérapie ou radioisotopes administrés à la personne
	99999	Une radiothérapie de surimpression « <i>boost</i> » a été administrée, mais la dose est inconnue; certificat de décès seulement.
Références	FORDS (NAACCR #3210)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR28 – Nombre de fractions (séances) de traitement administrées

Format	Numérique	
Longueur	3	
Description	Nombre total de fractions (séances) de traitement de radiothérapie administrées pour la première ligne de traitement	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	000	Aucun traitement de radiothérapie
	001-998	Nombre total de fractions de traitement administrées
	999	Inconnu, la radiothérapie a été administrée, mais le nombre de fractions est inconnu; inconnu si un traitement de radiothérapie a été administré; certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1520)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR29 – Date de fin de traitement de radiothérapie

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Date (année, mois, jour) à laquelle les traitements de radiothérapie se sont terminés, quel que soit l'établissement				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	<table><tr><td>Code</td><td>Description</td></tr><tr><td>Vide</td><td>Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td></tr></table>	Code	Description	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Code	Description				
Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée				
Références	FORDS (NAACCR #3220)				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

TR30 – Raison de l'absence de la date de fin de traitement de radiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR29 - Date de fin de traitement de radiothérapie</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR29 - Date de fin de traitement de radiothérapie</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un traitement de radiothérapie ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas de radiothérapie)
	12	Date inconnue (un traitement de radiothérapie a eu lieu, mais la date est inconnue)
	15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.
Références	FORDS (NAACCR #3221)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR31 – Raison de l'absence de traitement de radiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Raison de l'absence de traitement de radiothérapie	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Un traitement de radiothérapie a été administré.
	1	Un traitement de radiothérapie n'a pas été administré, car il n'a pas été planifié pour la première ligne de traitement.
	2	Un traitement de radiothérapie n'a pas été recommandé/administré, car il était contre-indiqué à cause des facteurs de risque de la personne (comorbidité, âge avancé, la tumeur a progressé avant la planification de la radiothérapie, etc.).
	5	Un traitement de radiothérapie n'a pas été administré, car la personne est décédée avant que le traitement soit planifié ou recommandé.
	6	Un traitement de radiothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais n'a pas été administré comme première ligne de traitement. Aucune raison n'a été notée dans le dossier médical.
	7	Un traitement de radiothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais ce traitement a été refusé par la personne, la famille de la personne ou son tuteur légal. Le refus a été noté au dossier médical.
	8	Un traitement de radiothérapie a été recommandé, mais on ne sait pas s'il a été administré.
	9	Inconnu si un traitement de radiothérapie a été recommandé ou administré; diagnostic à l'autopsie ou certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1430)	
Révision	Année	Description
	<hr/>	

TR32 – Date de début de traitement systémique

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	<p>Date (année, mois, jour) de début de traitement systémique pour la première ligne de traitement à n'importe quel établissement.</p> <p>Un traitement systémique inclut la chimiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie, les transplantations hématologiques (moelle osseuse et cellules souches) et la thérapie endocrinienne par chirurgie ou radiothérapie.</p>				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	<table><tr><td>Code</td><td>Description</td></tr><tr><td>Vide</td><td>Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td></tr></table>	Code	Description	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Code	Description				
Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée				
Références	FORDS (NAACCR #3230)				
Révision	<table><thead><tr><th><u>Année</u></th><th><u>Description</u></th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	<u>Année</u>	<u>Description</u>		
<u>Année</u>	<u>Description</u>				

TR33 – Raison de l'absence de la date de début de traitement systémique

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR32 - Date de début de traitement systémique</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR32 - Date de début de traitement systémique</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un traitement systémique ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas de traitement systémique)
	12	Date inconnue (un traitement systémique a eu lieu, mais la date est inconnue)
	15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.
Références	FORDS (NAACCR #3231)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR34 – Date de début de chimiothérapie

Format	Numérique
Longueur	8
Description	Date (année, mois, jour) de début de chimiothérapie pour la première ligne de traitement à n'importe quel établissement
Source(s) de données	RLC
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)
Valeurs permises	Code Description Vide Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Références	FORDS (NAACCR #1220)
Révision	<u>Année Description</u> <hr/> <hr/>

TR35 – Raison de l'absence de la date de début de chimiothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR34 - Date de début de chimiothérapie</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR34 - Date de début de chimiothérapie</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un traitement de chimiothérapie ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas de chimiothérapie)
	12	Date inconnue (un traitement de chimiothérapie a eu lieu, mais la date est inconnue)
	15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.
Références	FORDS (NAACCR #1221)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	<p>Type de chimiothérapie administrée pour la première ligne de traitement.</p> <p>En l'absence de traitement de chimiothérapie, indiquer la raison pour laquelle le traitement n'a pas été administré ou prescrit dans le cas d'un traitement pris à domicile.</p> <p>La chimiothérapie consiste en un groupe d'agents anticancer qui inhibent la reproduction des cellules cancéreuses en interférant avec la synthèse de l'ADN et la mitose.</p>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00	Aucun. La chimiothérapie n'était pas planifiée comme première ligne de traitement. Diagnostic à l'autopsie.
	01	La chimiothérapie est administrée comme traitement de première ligne, mais le type et le nombre d'agents ne sont pas précisés dans le dossier médical.
	02	Un traitement de chimiothérapie avec un seul agent a été administré comme première ligne de traitement.
	03	Un traitement de chimiothérapie avec de multiples agents a été administré comme première ligne de traitement.
	82	Un traitement de chimiothérapie n'a pas été recommandé/administré, car il était contre-indiqué à cause des facteurs de risque de la personne (comorbidité, âge avancé, la tumeur a progressé avant l'administration de la chimiothérapie, etc.).
	85	Un traitement de chimiothérapie n'a pas été administré, car la personne est décédée avant que le traitement soit planifié ou recommandé.
	86	Un traitement de chimiothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais n'a pas été administré comme première ligne de traitement. La raison n'a pas été notée dans le dossier médical.
	87	Un traitement de chimiothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais ce traitement a été refusé par la personne, la famille de la personne ou son tuteur légal. Le refus a été noté au dossier médical.
	88	Un traitement de chimiothérapie a été recommandé, mais on ne sait pas s'il a été administré.
	99	Inconnu si un traitement de chimiothérapie a été recommandé/administré parce que cela n'est pas noté au dossier médical. Certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1390)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR37 – Établissement/Installation – Chimiothérapie

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où les traitements de chimiothérapie pour la première ligne de traitement ont été administrés				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) de la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Références	FORDS (NAACCR #700, modifié)				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TR38 – Date de début de l'hormonothérapie

Format	Numérique	
Longueur	8	
Description	Date (année, mois, jour) de début de l'hormonothérapie pour la première ligne de traitement à n'importe quel établissement	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Références	FORDS (NAACCR #1230), modifié	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR39 – Raison de l'absence de la date de début de l'hormonothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR38 - Date de début de l'hormonothérapie</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR38 - Date de début de l'hormonothérapie</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un traitement d'hormonothérapie ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas d'hormonothérapie)
	12	Date inconnue (un traitement d'hormonothérapie a eu lieu, mais la date est inconnue)
	15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.
Références	FORDS (NAACCR #1231)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	<p>Type d'hormonothérapie administrée pour la première ligne de traitement, quel que soit l'établissement.</p> <p>En l'absence d'hormonothérapie, ce champ permet d'inscrire la raison pour laquelle le traitement n'a pas été administré.</p> <p>L'hormonothérapie consiste en un groupe d'agents qui peuvent interférer avec la croissance à long terme du cancer. Ce n'est habituellement pas utilisé comme une méthode curative.</p>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée.
	00	Aucun. L'hormonothérapie ne faisait pas partie de la première ligne de traitement. Diagnostic à l'autopsie.
	01	L'hormonothérapie a été administrée comme première ligne de traitement.
	82	Un traitement d'hormonothérapie n'a pas été recommandé/administré, car il était contre-indiqué à cause des facteurs de risque de la personne (comorbidité, âge avancé, la tumeur a progressé avant l'administration de la chimiothérapie, etc.).
	85	Un traitement d'hormonothérapie n'a pas été administré, car la personne est décédée avant que le traitement soit planifié ou recommandé.
	86	Un traitement d'hormonothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais n'a pas été administré comme première ligne de traitement. Aucune raison n'a été notée dans le dossier médical.
	87	Un traitement d'hormonothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais ce traitement a été refusé par la personne, la famille de la personne ou son tuteur légal. Le refus a été noté au dossier médical.
	88	Un traitement d'hormonothérapie a été recommandé, mais on ne sait pas s'il a été administré.
	99	Inconnu si un traitement d'hormonothérapie a été recommandé/administré, car ce n'est pas noté dans le dossier médical. Certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1400)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR41 – Établissement/Installation – Hormonothérapie

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où les traitements d'hormonothérapie pour la première ligne de traitement ont été administrés ou prescrits dans le cas d'un traitement pris à domicile				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) de la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Références	FORDS (NAACCR #710, modifié)				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TR42 – Date de début de l’immunothérapie

Format	Numérique
Longueur	8
Description	Date (année, mois, jour) de début de l’immunothérapie pour la première ligne de traitement, quel que soit l’établissement
Source(s) de données	RLC
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)
Valeurs permises	Code Description Vide Si le siège ne fait pas l’objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n’est pas codée
Références	FORDS (NAACCR #1240)
Révision	<u>Année Description</u> <hr/> <hr/>

TR43 – Raison de l'absence de la date de début de l'immunothérapie

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR42 - Date de début de l'immunothérapie</i>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR42 - Date de début de l'immunothérapie</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un traitement d'immunothérapie ou non)
	11	Non applicable (exemple : pas d'immunothérapie)
	12	Date inconnue (un traitement d'immunothérapie a eu lieu, mais la date est inconnue)
	15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.
Références	FORDS (NAACCR #1241)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	<p>Type d'immunothérapie administrée pour la première ligne de traitement du cancer, quel que soit l'établissement.</p> <p>Si un traitement d'immunothérapie n'a pas été administré, ce champ permet de spécifier la raison pour laquelle ce traitement n'a pas été administré.</p> <p>L'immunothérapie consiste en des agents biologiques ou chimiques qui interfèrent avec le système immunitaire ou qui changent la réponse immunitaire de l'hôte aux cellules tumorales.</p>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00	Aucun. L'immunothérapie n'était pas planifiée comme première ligne de traitement. Diagnostic à l'autopsie.
	01	L'immunothérapie a été administrée comme première ligne de traitement.
	82	Un traitement d'immunothérapie n'a pas été recommandé/administré, car il était contre-indiqué à cause des facteurs de risque de la personne (comorbidité, âge avancé, la tumeur a progressé avant l'administration de l'immunothérapie, etc.).
	85	Un traitement d'immunothérapie n'a pas été administré, car la personne est décédée avant que le traitement soit planifié ou recommandé.
	86	Un traitement d'immunothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais n'a pas été administré comme première ligne de traitement. Aucune raison n'a été notée dans le dossier médical.
	87	Un traitement d'immunothérapie n'a pas été administré; il a été recommandé par le médecin traitant, mais ce traitement a été refusé par la personne, la famille de la personne ou son tuteur légal. Le refus a été mentionné au dossier médical.
	88	Un traitement d'immunothérapie a été recommandé, mais on ne sait pas s'il a été administré.
	99	Inconnu si un traitement d'immunothérapie a été recommandé/administré parce que ce n'est pas indiqué au dossier médical. Certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1410)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR45 – Établissement/Installation – Immunothérapie

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où les traitements d'immunothérapie pour la première ligne de traitement du cancer ont été administrés ou prescrits dans le cas d'un traitement pris à domicile.				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) de la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Références	FORDS (NAACCR #720, modifié)				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TR46 – Transplantation hématologique et procédure endocrine

Format	Numérique	
Longueur	2	
Description	<p>Procédure thérapeutique systémique administrée pour la première ligne de traitement du cancer.</p> <p>Si aucune de ces procédures n'a été administrée, ce champ permet de spécifier la raison pour laquelle ces traitements n'ont pas été réalisés.</p> <p>Ces traitements incluent une transplantation (greffe) de moelle ou de cellules souches « <i>stem cell harvests</i> » et une thérapie endocrinienne par chirurgie ou radiothérapie.</p>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	00	Aucune procédure de transplantation ou thérapie endocrine n'a été administrée comme première ligne de traitement. Diagnostic à l'autopsie.
	10	Une transplantation de moelle osseuse a été effectuée, mais le type n'est pas précisé.
	11	Une transplantation de moelle osseuse – autologue
	12	Une transplantation de moelle osseuse – allogène <i>allogeneic</i>
	20	Une récolte de cellules souches <i>stem cell harvests</i> et infusion. Transplantation de cellules du cordon ombilical
	30	Une thérapie endocrinienne par chirurgie ou radiothérapie
	40	Une combinaison de thérapie endocrinienne par chirurgie ou une radiothérapie avec une procédure de transplantation (combinaison des codes 30 et 10, 11, 12, ou 20)
	82	Une procédure de transplantation hématologique ou une thérapie endocrinienne par chirurgie/radiothérapie n'a pas été recommandée/effectuée, car elle était contre-indiquée à cause des facteurs de risque de la personne (comorbidité, âge avancé, progression de la tumeur précédant la réalisation de la procédure, etc.).
	85	Une procédure de transplantation hématologique ou une thérapie endocrinienne par chirurgie/radiothérapie n'a pas été administrée, car la personne est décédée avant que le traitement soit planifié ou recommandé.
	86	Une procédure de transplantation hématologique ou une thérapie endocrinienne par chirurgie/radiothérapie n'a pas été administrée. Elle a été recommandée par le médecin traitant, mais n'a pas été effectuée comme première ligne de traitement. Aucune raison n'était indiquée dans le dossier médical.
	87	Une procédure de transplantation hématologique ou une thérapie endocrinienne par chirurgie/radiothérapie n'a pas été administrée. Elle a été recommandée par le médecin traitant, mais ce traitement a été refusé par la personne, la famille de la personne ou son tuteur légal. Le refus a été mentionné au dossier médical.
	88	Une procédure de transplantation hématologique ou une thérapie

endocrinienne par chirurgie/radiothérapie a été recommandée, mais on ne sait pas si elle a été effectuée.

99 Inconnu si une procédure de transplantation hématologique ou une thérapie endocrinienne par chirurgie/radiothérapie a été recommandée ou effectuée. Diagnostic à l'autopsie ou certificat de décès seulement

Références

FORDS (NAACCR #3250)

Révision

<u>Année</u>	<u>Description</u>
--------------	--------------------

TR47 – Date de début d'un autre traitement

Format	Numérique	
Longueur	8	
Description	Date (année, mois, jour) de début d'un autre traitement pour la première ligne de traitement à n'importe quel établissement	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
Références	FORDS (NAACCR #1250)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	_____	_____
	_____	_____

TR48 – Raison de l'absence de la date de début d'un autre traitement

Format	Numérique												
Longueur	2												
Description	Raison de l'absence de valeur dans la variable <i>TR47 - Date de début d'un autre traitement</i>												
Source(s) de données	RLC												
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)												
Valeurs permises	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Code</th> <th style="text-align: left;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vide</td> <td>Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR47 - Date de début d'un autre traitement</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Aucune information (inconnu s'il y a eu un autre traitement ou non)</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Non applicable (exemple : pas d'autre traitement)</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Date inconnue (un autre traitement a eu lieu, mais la date est inconnue)</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Description	Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR47 - Date de début d'un autre traitement</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée	10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un autre traitement ou non)	11	Non applicable (exemple : pas d'autre traitement)	12	Date inconnue (un autre traitement a eu lieu, mais la date est inconnue)	15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.
Code	Description												
Vide	Si une date valide (complète ou partielle) est disponible (<i>TR47 - Date de début d'un autre traitement</i>) ou si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée												
10	Aucune information (inconnu s'il y a eu un autre traitement ou non)												
11	Non applicable (exemple : pas d'autre traitement)												
12	Date inconnue (un autre traitement a eu lieu, mais la date est inconnue)												
15	Cette information n'est pas encore disponible, mais elle est attendue.												
Références	FORDS (NAACCR #1251)												
Révision	<table border="0" style="width: 100%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Année</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description										
Année	Description												

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Autre traitement qui ne peut être défini comme une chirurgie, une radiothérapie ou un traitement systémique, selon les définitions mentionnées précédemment, quel que soit l'établissement	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Aucun
	1	Autre. Autre traitement qui n'a pas pu être spécifié dans les autres champs pour le traitement (chirurgie, radiothérapie, traitement systémique)
	2	Autre – expérimental (non défini)
	3	Autre – double insu (le traitement sera codé lorsque l'insu sera connu)
	6	Autre – non prouvé (autre traitement non reconnu et administré par du personnel non médical)
	7	Refus. Autre traitement non administré. Recommandé par le médecin traitant, mais ce traitement a été refusé par la personne, la famille de la personne ou son tuteur légal. Le refus a été mentionné au dossier médical.
	8	Recommandé; inconnu si administré
	9	Inconnu si le traitement a été recommandé ou administré et pas d'information au dossier médical sur la recommandation ou l'administration du traitement ; certificat de décès seulement
Références	FORDS (NAACCR #1420)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TR50 – Établissement/Installation – Autre traitement

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où un autre traitement pour la première ligne de traitement du cancer a été administré				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	Les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Références	FORDS (NAACCR #730, modifié)				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	<p>Soin donné à la personne visant à pallier ou à réduire les symptômes, quel que soit l'établissement.</p> <p>Un soin palliatif est donné pour soulager les symptômes et peut inclure la chirurgie, la radiothérapie, le traitement systémique (chimiothérapie, hormonothérapie ou autres agents systémiques) ou d'autres thérapies visant à soulager la douleur.</p>	
Source(s) de données	RLC	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Aucun traitement palliatif; diagnostic à l'autopsie.
	1	Chirurgie (peut inclure une procédure de déviation) pour diminuer les symptômes, mais sans viser le diagnostic, la stadification ou le traitement de la tumeur primaire
	2	Radiothérapie pour diminuer les symptômes, mais sans viser le diagnostic, la stadification ou le traitement de la tumeur primaire
	3	Chimiothérapie, hormonothérapie ou d'autres agents systémiques pour diminuer les symptômes, mais sans viser le diagnostic, la stadification ou le traitement de la tumeur primaire
	4	La personne a reçu un traitement visant à contrôler la douleur ou a été orientée (« référée ») vers notre établissement pour cette raison, sans autre traitement palliatif.
	5	Toute combinaison des codes 1, 2 ou 3 sans code 4
	6	Toute combinaison des codes 1, 2 ou 3 avec code 4
	7	Des traitements palliatifs ont été administrés ou prévus, mais aucune information sur la procédure n'est disponible au dossier médical. Des traitements palliatifs autres que ceux décrits aux codes 1 à 6 ont été administrés.
	9	Inconnu si des traitements palliatifs ont été administrés ou prévus; non indiqué dans le dossier du patient
Références	FORDS (NAACCR #3270)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>

TR52 – Établissement/Installation – Traitement palliatif

Format	Numérique				
Longueur	8				
Description	Numéro d'identification de l'établissement ou de l'installation où les traitements palliatifs pour le cancer ont été administrés				
Source(s) de données	RLC				
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)				
Valeurs permises	Pour les cas du Québec, les valeurs permises sont en conformité avec le M02 et certains codes supplémentaires. Voir la liste des codes dans le fichier Excel <i>Tableaux de références du RQC</i> (onglet <i>Codes Établis-Instal</i>) à la partie 5 du Cadre normatif du RQC.				
Références	FORDS (NAACCR #3280, modifié)				
Révision	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Année	Description		
Année	Description				

TRD1 – Séquence radiothérapie/chirurgie

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Séquence des traitements de radiothérapie et de chirurgie en première ligne de traitement	
Règles de dérivation	Selon les valeurs permises	
Source(s) de données	Sans objet	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Aucun traitement de radiothérapie ni chirurgie
	2	Radiothérapie avant la chirurgie
	3	Radiothérapie après la chirurgie
	4	Radiothérapie avant et après la chirurgie
	5	Radiothérapie durant la chirurgie
	6	Radiothérapie durant la chirurgie avec un autre traitement administré avant ou après la chirurgie
	9	Séquence inconnue
Références	FORDS (NAACCR #1380)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

TRD2 – Séquence traitement systémique/chirurgie

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Séquence des traitements systémiques et de chirurgie en première ligne de traitement	
Règles de dérivation	Selon les valeurs permises	
Source(s) de données	Sans objet	
En vigueur	2014 (voir la section 1.4.4 « Éléments à déclarer au RQC pour certains sièges de cancer : stadification et traitements »)	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2014 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC ou si le siège ne fait pas l'objet de la collecte de cette donnée ou si cette information n'est pas codée
	0	Aucun traitement systémique ni chirurgie
	2	Traitement systémique avant la chirurgie
	3	Traitement systémique après la chirurgie
	4	Traitement systémique avant et après la chirurgie
	5	Traitement systémique pendant la chirurgie : « traitement systémique peropératoire »
	6	Traitement systémique pendant la chirurgie : « traitement systémique préopératoire » avec un autre traitement systémique administré avant ou après la chirurgie
	9	Séquence inconnue
Références	FORDS (NAACCR #1639)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	<hr/>	

BIBLIOGRAPHIE

ADAMO M., L. DICKIE, J. RUHL (2016). *SEER Program Coding and Staging Manual 2016*, Bethesda, MD 20850-9765, U.S. National Cancer Institute, Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Cancer Institute D., 204 p. [https://seer.cancer.gov/manuals/2016/SPCSM_2016_maindoc.pdf].

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, COMMISSION ON CANCER (2016). *Facility Oncology Registry Data Standards (FORDS) Revised for 2016*, Chicago IL, 523 p. [<https://www.facs.org/~media/files/quality%20programs/cancer/ncdb/fords%202016.ashx>].

COLLINS, E. N. et collab. (2013). *Collaborative Stage Data Collection System User Documentation and Coding Instructions, version 02.05*. American Joint Committee on Cancer, Chicago IL, 37 p. [https://cancerstaging.org/cstage/software/Documents/ImplementationGuide_CSV0205.pdf].

EDGE, S. B., D. R. BYRD, C. C. COMPTON et collab. (2010). *AJCC Cancer Staging Manual*, 7th ed., Chicago IL 60611-3211, American Joint Committee on Cancer, 672 p. [<https://cancerstaging.org/referencetools/desreferences/Documents/AJCC%207th%20Ed%20Cancer%20Staging%20Manual.pdf>].

FRITZ A., C. PERCY, A. JACK, et collab. (2008). *CIM-O : Classification internationale des maladies pour l'oncologie*, 3^e éd., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 286 p. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43859/9789242545340_fre.pdf;jsessionid=148245EB7C8A309CBDB6E908B08773F9?sequence=1].

FRITZ A., C. PERCY, A. JACK, et collab. (2000). *ICD-O : International Classification of Diseases for Oncology*, 3rd ed., Geneva, World Health Organization : Errata and update.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2012). *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Dixième version, Canada, CIM-10- CA, Ottawa, 1028 p. [https://www.cihi.ca/fr/icd_volume_one_2012_fr.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Guide de codage et de saisie du Registre québécois du cancer*, Direction québécoise de cancérologie et Direction générale de santé publique, version 1,4.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Guide d'élaboration d'un cadre normatif pour les systèmes d'information et les banques de données ministérielles*, Direction de la gestion intégrée de l'information, Service de l'administration des banques de données, version 1.8 - document de travail.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (2009). *Fichier des tumeurs du Québec (système J65), Guide d'utilisation*, version 2.1, Québec, 137 p.

NORTH AMERICAN ASSOCIATION OF CENTRAL CANCER REGISTRIES (2013). *Standards for Cancer Registries Volume II, Data Standards and Data Dictionary*, Version 13. [<http://applications.naacr.org/contentreader/archive/13/chap01.html>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2008). *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Dixième Édition, CIM-10, Genève. [<https://icd.who.int/browse10/2008/fr>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Classification internationale des maladies*, Révision 1975, Genève.

STATISTIQUE CANADA. *Guide du système du Registre canadien du cancer – Édition en vigueur*, Partie I – RCC, Dictionnaire des données.

ANNEXE : ÉLÉMENTS RETIRÉS DONT UNE SAISIE PARTIELLE A ÉTÉ RÉALISÉE

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Indique si un système comportant deux, trois ou quatre grades est utilisé. Le RQC ne requiert plus ce champ. L'élément de longueur 1 est cependant toujours dans le fichier de transmission des RLC vers le RQC.	
Sources de données	RLC	
En vigueur	2013	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Pour les cas diagnostiqués avant 2013 OU Aucun système à deux, à trois ou à quatre grades n'est disponible; inconnu
	2	Système à deux grades
	3	Système à trois grades
	4	Système à quatre grades
Références	RCC-T62, FORDS (NAACCR #449)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	2013	Retrait (au cours de l'année)

T17 – Valeur de gradation

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Grade actuel en fonction du système de gradation. Le RQC ne requiert plus ce champ. L'élément de longueur 1 est cependant toujours dans le fichier de transmission des RLC vers le RQC.	
Sources de données	RLC	
En vigueur	2013	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Pour les cas diagnostiqués avant 2013 OU Les données ne proviennent pas d'un RLC OU Aucun système à deux, à trois ou à quatre grades n'est disponible; inconnu
	1	Grade I ou 1
	2	Grade II ou 2
	3	Grade III ou 3
	4	Grade IV ou 4
Références	RCC-T61, FORDS (NAACCR #441)	
Révision	<u>Année</u>	<u>Description</u>
	2013	Retrait (au cours de l'année)

T22 – Type de déclaration du diagnostic

Format	Numérique	
Longueur	1	
Description	Type de déclaration du diagnostic du cancer faite par le RLC. Le RQC ne requiert plus ce champ. L'élément de longueur 1 est cependant toujours dans le fichier de transmission des RLC vers le RQC.	
Sources de données	RLC	
En vigueur	2013 à 2014	
Valeurs permises	Code	Description
	Vide	Si les cas sont diagnostiqués avant 2013 ou si les données ne proviennent pas d'un RLC
	1	RLC – Analyse du dossier médical
	2	RLC – Rapport de pathologie/Cytologie non synoptique
	3	RLC – Rapport de pathologie/Cytologie synoptique
Révision	Année	Description
	2014	Retrait (à la fin de l'année)