Santé et Services sociaux Québec

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL

AS-478 (2020-2021)

Nom de l'établissement : Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.

Statut : Accepté Code : 2949-0414

Code de région sociosanitaire : 04 - Mauricie et Centre-du-Québec

AS-478 (2020-2021)

Table des matières

Page 0 – DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Page 1 – IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Page 2-0 – SOMME DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE SELON LES CENTRES DE SOINS

Page 2-1 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-2 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-3 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-4 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-5 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-6 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-7 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-8 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-9 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 2-10 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

Page 3 – JOURS-PRÉSENCE SELON LA RESPONSABILITÉ DE PAIEMENT ET LE TYPE DE CHAMBRES/LITS DRESSÉS PAR TYPE DE CHAMBRES, LITS AUTORISÉS AU PERMIS ET LITS FERMÉS DÉFINITIVEMENT

Page 4 – MOUVEMENT DES USAGERS PAR C/A

Page 5 – MOUVEMENT DES USAGERS PAR C/A (suite)

Page 6 – MOUVEMENT DES USAGERS PAR C/A (suite)

Page 7 – C/A 6360 - CENTRE DE SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ/C/A 6200 - SOINS SPÉCIALISÉS AUX NOUVEAU-NÉS (NÉONATOLOGIE)/C/A 6240 - L'URGENCE/S-C/A 6606 - CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS

Page 7-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DU S-C/A 6363 - BLOC OBSTÉTRICAL ET DU S-C/A 6364 - MATERNITÉ, SOINS DE BASE AUX NOUVEAU-NÉS ET BLOC OBSTÉTRICAL (NON RÉPARTI) (1) SELON LE STATUT DE L'USAGER

Page 8 – C/A 6610 - PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE/C/A 6780 - MÉDECINE NUCLÉAIRE ET TEP

Page 8-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS TECHNIQUES PROVINCIALES (UTP) EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6610 - PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

Page 8-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6780 - MÉDECINE NUCLÉAIRE ET TEP

Page 9 – C/A 6710 - ÉLECTROPHYSIOLOGIE/C/A 6750 - HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Page 9-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6710 - ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Page 9-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6750 - HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Page 10 – C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE - NOMBRE DE PROCÉDURES

Page 11 – C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE - Nombre d'UTP

Page 11-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-3 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-4 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-5 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-6 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-7 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-8 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-9 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 11-10 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (suite)

Page 12 – RÉPARTITION D'UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER

Page 12-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER

Page 12-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER (suite)

Page 12-3 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER (suite)

Page 12-4 – C/A 7060 - SERVICES D'ONCOLOGIE ET D'HÉMATOLOGIE

Page 13 – C/A 6260 - BLOC OPÉRATOIRE/C/A 6770 - ENDOSCOPIE/C/A 6300 - CONSULTATIONS EXTERNES

Page 13-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DU NOMBRE D'HEURES-PRÉSENCE DES USAGERS SELON LEUR STATUT/C/A 6260 - BLOC OPÉRATOIRE

Page 14 – S-C/A 6302 - CONSULTATIONS EXTERNES SPÉCIALISÉES/S-C/A 6322 - UNITÉ DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX - CLSC ET CH

Page 15 – SANTÉ MENTALE - DÉTAILS SUR LES SERVICES SURSPÉCIALISÉS DE TROISIÈME LIGNE ET LES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Page 16 – S-C/A 6352 - INHALOTHÉRAPIE - AUTRES

Page 16-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTLLATION) DES UTP RÉALISÉES À L'URGENCE/S-C/A 6352 - INHALOTHÉRAPIE - AUTRES

Page 17 – RÉPARTITION DES USAGERS ET DES INTERVENTIONS SELON LE DOMAINE D'INTERVENTION ET SELON LE STATUT DES USAGERS/C/A 6564 - PSYCHOLOGIE

Page 17-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES INTERVENTIONS SELON LE DOMAINE D'INTERVENTION ET SELON LE STATUT DES USAGERS/C/A 6564 - PSYCHOLOGIE

Page 18 – RÉPARTITION DES USAGERS PAR STATUT/PAR CATÉGORIES DE CLIENTÈLE/PAR PROGRAMMES DE SERVICES/S-C/A 6565 - SERVICES SOCIAUX

Page 18-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES USAGERS EN SANTÉ PHYSIQUE SELON L'ÂGE ET LEUR STATUT/S-C/A 6565 - SERVICES SOCIAUX

Page 18-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE SELON L'ÂGE ET LEUR STATUT/S-C/A 6565 - SERVICES SOCIAUX

Page 18-3 – RÉPARTITION DES USAGERS PAR STATUT ET PAR PROGRAMMES-SERVICES/C/A 6390 - SERVICE DE SOINS SPIRITUELS

Page 19 – RÉPARTITION DES USAGERS SELON LA RÉGION ET NOMBRE DE GÉNÉRATEURS/C/A 6790 - DIALYSE

Page 20 – NOMBRE DE TRAITEMENT/C/A 6790 - DIALYSE (suite)

Page 20-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DU NOMBRE DE TRAITEMENTS EFFECTUÉS SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6790 - DIALYSE

Page 23 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/S-C/A 6861 - AUDIOLOGIE

Page 24 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/S-C/A 6862 - ORTHOPHONIE

Page 25 – RÉPARTITION DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR CATÉGORIE, PAR PHASE ET PAR NIVEAU DE STAGE/S-C/A 6861 - AUDIOLOGIE ET S-C/A 6862 - ORTHOPHONIE

Page 25-1 – VENTILATION DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR PHASE DE RÉADAPTATION/S-C/A 6861 - AUDIOLOGIE ET S-C/A 6862 - ORTHOPHONIE

Page 26 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/C/A 6870 - PHYSIOTHÉRAPIE

Page 27 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

Page 27-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES SELON LE DIAGNOSTIC/C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

Page 28 – RÉPARTITION DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR CATÉGORIE, PAR PHASE ET PAR NIVEAU DE STAGE/C/A 6870 - PHYSIOTHÉRAPIE ET C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

Page 28-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR PHASE DE RÉADAPTATION/S-C/A 6870 - PHYSIOTHÉRAPIE ET C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

Page 29 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE SELON LE TYPE D'ACTIVITÉS/C/A 7090 - L'UNITÉ DE MÉDECINE DE JOUR

Page 30 – C/A 0500 - PARC DE STATIONNEMENT/S-C/A 7203 - BIBLIOTHÈQUE/S-C/A 7554 - ALIMENTATION - AUTRES/S-C/A 7604 - BUANDERIE

Page 30-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DU NOMBRE DE REPAS GRATUITS SERVIS SELON LE LIEU DE PRODUCTION ET SELON LE STATUT DE L'USAGER S-C/A 7554 - ALIMENTATION - AUTRES

Page 31 – RÉPARTITION DES USAGERS ADMIS EN CHSLD INCLUANT L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ET L'URFI EN CHSLD

Page 31-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES ADMISSIONS DURANT L'ANNÉE EN CHSLD INCLUANT L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ET L'URFI EN CHSLD

Page 32 – USAGERS ADMIS EN CHSLD - INCLUANT L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ET L'URFI EN CHSLD

Page 33 – DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES USAGERS HÉBERGÉS EN CHSLD

Page 34 – DISTRIBUTION DES JOURS-PRÉSENCE DU C/A 6060 (1) ENTRE LES PROGRAMMES SERVICES POUR LES USAGERS AYANT ÉTÉ OU ÉTANT HÉBERGÉS DURANT L'EXERCICE FINANCIER

Page 35 – MOUVEMENT DES USAGERS INSCRITS, LEUR PROVENANCE ET LEUR DESTINATION/C/A 6960 - CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Page 37 – C/A 6960 - CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (suite)

Page 38 – MOUVEMENT DES USAGERS INSCRITS, LEUR PROVENANCE ET LEUR DESTINATION (DU 1er AVRIL AU 31 MARS)/C/A 6290 - HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

Page 40 – C/A 6290 - HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE (DU 1er AVRIL AU 31 MARS) (suite)

Page 42 – HÉBERGEMENT DANS D'AUTRES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS

Page 43 – RÉPARTITION ENTRE LA DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP) ET LA SANTÉ PHYSIQUE (SPH) UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (URFI)

Page 44 – COMPLÉMENT D'INFORMATION CONCERNANT LE SOUTIEN PROFESSIONNEL DANS LE CADRE DES PROGRAMMES POUR LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) ET LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE-RÉSEAU (GMF-R)

Page 44-1 – COMPLÉMENT D'INFORMATION CONCERNANT LES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET LES AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES GMF ET GMF-R

Page 44-2 – COMPLÉMENT D'INFORMATION CONCERNANT LES AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES GMF ET GMF-R (suite)

Page 45 – SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS – ACCRÉDITÉS AU COURS DES EXERCICES FINANCIERS PRÉCÉDENTS

Page 45-1 – SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS – ACCRÉDITÉS AU COURS DES EXERCICES PRÉCÉDENTS (suite)

Page 45-2 – SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS – ACCRÉDITÉS DURANT L'EXERCICE COURANT

Page 46 – CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ

Page 47-0 – SOMMAIRE DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES

Page 47-1 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN POSITIONNEMENT

Page 47-2 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN DÉPLOIEMENT DYNAMIQUE

Page 47-3 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN POINT DE SERVICES

Page 47-4 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART DE FACTION

Page 47-5 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN ÉVÉNEMENTS SPÉCIAUX

Page 47-X – Page préparatoire à la page 47-0 à des fins de calculs (*)

Détails du formulaire			
Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		
Détails de la transmission			
Transmis le :		**Par :**	
Détails de la validation ERSSS			
Validé le :		**Par :**	
Détails de la validation MSSS			
Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 0 – DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent rapport statistique relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données présentées et sur les contrôles afférents.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport sont fiables et exactes et qu'elles décrivent fidèlement les activités des missions centre hospitalier, centre d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC de notre établissement pour l'exercice se terminant le 31 mars 2021.

Les concordances incluses à ce rapport pour l'exercice financier courant et précédent ainsi qu'avec le rapport financier annuel (AS-471) listées aux pages intitulées :
- Liste des concordances du rapport statistique annuel (intra-AS-478) »
- Liste des concordances entre les données à la date de début d'année de l'exercice financier se terminant le 31 mars 2021 versus les données à la date de fin d'année de l'exercice financier précédent des rapports statistiques annuels (inter-AS-478)
- Liste des concordances entre le rapport statistique annuel (AS-478) et le rapport financier annuel (AS-471) »

ont été validées et tout écart, le cas échéant, est justifié dans un fichier annexé.

J'ai également tenu compte des messages de la liste contrôle produite par l'application informatique du rapport statistique.

La version originale approuvée et signée sera conservée. Elle sera transmise au MSSS sur demande seulement.

TRANSMISSION AUTORISÉE	
Par : Maryse Larose	Date : 2021-07-16

DG ou PDG	Date
Nom en lettres moulées	

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 1 – IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

		1	2
LITS AUTORISÉS AU PERMIS POUR LES MISSIONS CH ET CHSLD DE L'ÉTABLISSEMENT			
Mission		**Nombre de lits autorisés au permis(1) (au 31 mars) Budget et privé conventionné**	**Nombre de lits autorisés au permis(1) (au 31 mars) Autres modes de financement**
CH	**1**		
CHSLD	**2**	28	10
Total (L.1 à L.2)	**3**	28	10
RENSEIGNEMENTS			
Personne habilitée à fournir les renseignements	**4**	Maryse Larose	
Titre	**5**	Adjointe à la direction	
Téléphone (Format : 999 999-9999, p.9999)	**6**	819 344-2940 poste 3	
Adresse courriel	**7**	maryse_larose @ssss.gouv.qc.ca	

1. Le nombre de lits au permis n'inclut pas les locataires.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 2-0 – SOMME DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE SELON LES CENTRES DE SOINS

		1	2	3
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**	28	10074	
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**	28	10074	
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**	28	10074	
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-1 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'établissement déclarant (excluant les installations déclarées aux pages 2-2 à 2-10) Format (99999999)	**0**	29490414		
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mère seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**	28	10074	
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**	28	10074	
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**	28	10074	
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-2 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-3 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-4 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-5 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-6 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-7 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-8 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 2-9 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 2-10 – RÉPARTITION DES LITS DRESSÉS ET DES JOURS-PRÉSENCE DES USAGERS ADMIS EN CH OU CHSLD, INCLUANT L'HÔTELLERIE PAR CENTRE DE SOINS

		1	2	3
Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999)	**0**			
Hospitalisation (répartition par centres de soins)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins psychiatriques				
– Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (c/a 6010)	**1**			
– Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes (c/a 6020)	**2**			
– Unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie (c/a 6030)	**3**			
– Psychiatrie légale (c/a 6100)	**4**			
Total (L.1 à L.4)	**5**			
Soins de santé physique et de gériatrie (lits de courte durée)				
– Médecine (s-c/a 6051) et désintoxication (c/a 6340)	**6**			
– Chirurgie (s-c/a 6052)	**7**			
– Soins intensifs (s-c/a 6053)	**8**			
– Pédiatrie (s-c/a 6055)	**9**			
– Médecine et chirurgie (non-réparti) (s-c/a 6056)	**10**			
– Unité des grands brûlés (s-c/a 6057)	**11**			
– Gériatrie active (s-c/a 6058)	**12**			
– Centre de soins à la mère et au nouveau-né (c/a 6360) (mères seulement)	**13**			
– Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CH)	**14**			
Total (L.6 à L.14)	**15**			
Lits de courte durée occupés pour un hébergement (inclus aux L.6 à L.14)	**16**			
Lits de courte durée occupés pour les soins palliatifs (inclus aux L.6 à L.14)	**17**			
Hébergement (permanent ou transitoire et temporaire)		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	**Jours d'absence (inclus en C.2)**
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (c/a 6060)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**18**			
– Hébergement temporaire	**19**			
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080 - CHSLD)	**20**			
Sous-total (L.18 à L.20)	**21**			
Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique (c/a 6270)				
– Hébergement permanent ou transitoire	**22**			
– Hébergement temporaire	**23**			
Sous-total (L.22 et L.23)	**24**			
Total (L.21 et L.24)	**25**			
Hôtellerie		**Lits dressés dans les centres de soins (au 31 mars)**	**Jours-présence (1er avril au 31 mars)**	
Hôtellerie hospitalière (c/a 6180)	**26**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :		**Par :**	

Détails de la validation ERSSS

Validé le :		**Par :**	

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 3 – JOURS-PRÉSENCE SELON LA RESPONSABILITÉ DE PAIEMENT ET LE TYPE DE CHAMBRES/LITS DRESSÉS PAR TYPE DE CHAMBRES, LITS AUTORISÉS AU PERMIS ET LITS FERMÉS DÉFINITIVEMENT

		1	2	3	4	5	6
Jours-présence durant l'année selon l'organisme responsable du paiement (déclarés aux pages 2 et 7)		**Soins de santé physique et de gériatrie**	**Soins psychiatriques**	**Hébergement permanent ou transitoire et temporaire**	**Hôtellerie hospitalière**	**Néonatologie**	
Organismes							
- MSSS	**1**			9709			
- Gouvernement du Canada	**2**			365			
- CNESST	**3**						
- FAAQ	**4**						
- MSP	**5**						
Non-résidents du Québec							
– Résidents canadiens	**6**						
– Non-canadiens	**7**						
Soins non assurés	**8**						
Total (L.1 à L.8)	**9**			10074			
Lits dressés au 31 mars selon le type de chambres réparties entre le CH et le CHSLD		**CH Salles**	**CH Chambres semi-privées**	**CH Chambres privées**	**CHSLD 3 lits ou plus**	**CHSLD 2 lits**	**CHSLD individuelle**
Dans l'établissement en incluant les soins à la mère (6360) et en excluant les berceaux et les incubateurs	**10**					2	26
Lits en CH et CHSLD(1)		**Lits autorisés au permis (2) (au 31 mars de l'exercice)**	**Lits fermés définitivement encore au permis (au 31 mars de l'ex. précédent)**	**Lits fermés définitivement encore au permis (au 31 mars de l'exercice)**			
Soins de santé physique et de gériatrie	**11**						
Soins psychiatriques	**12**						
Néonatologie	**13**						
Hébergement permanent, transitoire et temporaire	**14**						
Hébergement permanent et temporaire en santé mentale	**15**	28					
Hôtellerie hospitalière	**16**						
Jours-présence selon le type de chambres (3) en CH		**Salles**	**Chambres semi-privées**	**Chambres privées**	**Total (C.1 à C.3)**		
Répartition des jours-présence selon le type de chambre attribuée	**17**						
Répartition des jours-présence facturés en chambres semi-privées ou privées (4)	**18**						

1. Ne peut comprendre les lits ou places attribués à la mission centre de réadaptation (CR).

2. Si vous avez des remarques à faire au sujet de la capacité indiquée au permis et le nombre de lits dressés déclaré à la page 2-0, vous pouvez ajouter une précision à l'aide d'une pièce jointe à la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

3. En incluant soins à la mère et en excluant berceaux et incubateurs.

4. Les jours non facturables sont considérés comme des jours en salle et s'y ajoutent.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 4 – MOUVEMENT DES USAGERS PAR C/A

		1	2	3	4	5
Usagers		**s-c/a 6011**	**s-c/a 6012**	**s-c/a 6013**		
Admis au 1er avril	**1**					
Admis durant l'année	**2**					
Déplacements internes (arrivées)	**3**					
Soignés durant l'année Sous-total (L.1 à L.3)	**4**					
Sortis durant l'année	**5**					
Décédés durant l'année	**6**					
Déplacements internes (départs)	**7**					
Radiations durant l'année Sous-total (L.5 à L.7)	**8**					
Usagers à la fin de l'année (au 31 mars) Total (L.4 - L.8)	**9**					
Durée totale de séjour (en jours) des usagers radiés durant l'année	**10**					
Usagers		**s-c/a 6021**	**s-c/a 6022**	**s-c/a 6023**	**s-c/a 6024**	**s-c/a 6025**
Admis au 1er avril	**11**					
Admis durant l'année	**12**					
Déplacements internes (arrivées)	**13**					
Soignés durant l'année Sous-total (L.11 à L.13)	**14**					
Sortis durant l'année	**15**					
Décédés durant l'année	**16**					
Déplacements internes (départs)	**17**					
Radiations durant l'année Sous-total (L.15 à L.17)	**18**					
Usagers à la fin de l'année (au 31 mars) Total (L.14 - L.18)	**19**					
Durée totale de séjour (en jours) des usagers radiés durant l'année	**20**					
Usagers		**s-c/a 6026**	**s-c/a 6031**	**s-c/a 6032**	**c/a 6100**	
Admis au 1er avril	**21**					
Admis durant l'année	**22**					
Déplacements internes (arrivées)	**23**					
Soignés durant l'année Sous-total (L.21 à L.23)	**24**					
Sortis durant l'année	**25**					
Décédés durant l'année	**26**					
Déplacements internes (départs)	**27**					
Radiations durant l'année Sous-total (L.25 à L.27)	**28**					
Usagers à la fin de l'annéee (au 31 mars) Total (L.24 - L.28)	**29**					
Durée totale de séjour (en jours) des usagers radiés durant l'année	**30**					

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 5 – MOUVEMENT DES USAGERS PAR C/A (SUITE)

		1	2	3	4
Usagers		**c/a 6050**	**c/a 6060 (1)**	**c/a 6080**	**c/a 6180**
Admis au 1er avril	**1**		28		
Admis durant l'année	**2**		11		
Déplacements internes (arrivées)	**3**				
Soignés durant l'année Sous-total (L.1 à L.3)	**4**		39		
Sortis durant l'année	**5**				
Décédés durant l'année	**6**		11		
Déplacements internes (départs)	**7**				
Radiations durant l'année Sous-total (L.5 à L.7)	**8**		11		
Admis au 31 mars - Total (L.4 - L.8)	**9**		28		
Durée totale de séjour (en jours) des usagers radiés durant l'année	**10**		839		
Usagers		**c/a 6200**	**s-c/a 6271**	**s-c/a 6273**	**c/a 6340**
Admis au 1er avril	**11**				
Admis durant l'année	**12**				
Déplacements internes (arrivées)	**13**				
Soignés durant l'année Sous-total (L.11 à L.13)	**14**				
Sortis durant l'année	**15**				
Décédés durant l'année	**16**				
Déplacements internes (départs)	**17**				
Radiations durant l'année Sous-total (L.15 à L.17)	**18**				
Admis au 31 mars - Total (L.14 - L.18)	**19**				
Durée totale de séjour (en jours) des usagers radiés durant l'année	**20**				
Usagers		**s-c/a 6985**	**s-c/a 6986**	**s-c/a 6988**	
Admis au 1er avril	**21**				
Admis durant l'année	**22**				
Déplacements internes (arrivées)	**23**				
Soignés durant l'année Sous-total (L.21 à L.23)	**24**				
Sortis durant l'année	**25**				
Décédés durant l'année	**26**				
Déplacements internes (départs)	**27**				
Radiations durant l'année Sous-total (L.25 à L.27)	**28**				
Admis au 31 mars - Total (L.24 - L.28)	**29**				
Durée totale de séjour (en jours) des usagers radiés durant l'année	**30**				

1. Incluant l'hébergement temporaire au c/a 6060 - Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 6 – MOUVEMENT DES USAGERS PAR C/A (SUITE)

		1	2	3	4
Usagers		**s-c/a 6364 Mères**	**s-c/a 6364 Nouveau-nés**	**s-c/a 6365 Mères**	**s-c/a 6365 Nouveau-nés**
Admis au 1er avril	**1**				
Admis durant l'année	**2**				
Déplacements internes (arrivées)	**3**				
Soignés durant l'année Sous-total (L.1 à L.3)	**4**				
Sortis durant l'année	**5**				
Décédés durant l'année	**6**				
Déplacements internes (départs)	**7**				
Radiations durant l'année Sous-total (L.5 à L.7)	**8**				
Usagers à la fin de l'année (au 31 mars) Total (L.4 - L.8)	**9**				
Durée totale de séjour (en jours) des usagers radiés durant l'année	**10**				

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 7 – C/A 6360 - CENTRE DE SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ/C/A 6200 - SOINS SPÉCIALISÉS AUX NOUVEAU-NÉS (NÉONATOLOGIE)/C/A 6240 - L'URGENCE/S-C/A 6606 - CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS

		1	2	3	4	5
Centre de soins à la mère et au nouveau-né		**Lits dressés (au 31 mars)**	**Jours-présence (du 1er avril au 31 mars)**			
Maternité, soins de base aux nouveau-nés et bloc obstétrical (s-c/a 6364) – Lits et jours-présence de la mère	**1**					
Maternité et soins de base aux nouveau-nés (s-c/a 6365) – Lits et jours-présence de la mère	**2**					
Total (L.1 à L.2)	**3**					
Néonatologie et centre de soins à la mère et au nouveau-né		**Berceaux et incubateurs (au 31 mars)**	**Jours-présence (du 1er avril au 31 mars)**			
Soins spécialisés aux nouveau-nés (c/a 6200) – Lits et jours-présence des nouveau-nés	**4**					
Maternité et soins de base aux nouveau-nés et bloc obstétrical (s-c/a 6364) – Lits et jours-présence des nouveau-nés	**5**					
Maternité et soins de base aux nouveau-nés (s-c/a 6365) – Lits et jours-présence des nouveau-nés	**6**					
Total (L.4 à L.6)	**7**					
Centre de soins à la mère et au nouveau-né		**Nombre d'accouche-ments**	**Usagères admises**	**Usagères inscrites en CDJ**	**Usagères inscrites autres**	**Total (C.2 à C.4)**
Bloc obstétrical (s-c/a 6363 et s-c/a 6364)	**8**					
L'urgence (c/a 6240)		**Réorientés**	**Ambulants**	**Sur civière**		
Nombre d'usagers	**9**					
L'urgence (c/a 6240)		**Nombre (au 31 mars)**				
Civières à l'urgence (aires des civières et de choc)	**10**					
Salles d'opération à l'urgence et à la consultation externe	**11**					
Salles dédiées à l'endoscopie à l'urgence et à la consultation externe	**12**					
Centres de prélèvements (s-c/a 6606)		**Répartition des statuts Admis**	**Répartition des statuts Inscrits**	**Répartition des statuts Enregistrés**	**Services vendus et autres**	**Total (C.1 à C.4)**
Nombre de procédures pondérées	**13**					

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 7-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DU S-C/A 6363 - BLOC OBSTÉTRICAL ET DU S-C/A 6364 - MATERNITÉ, SOINS DE BASE AUX NOUVEAU-NÉS ET BLOC OBSTÉTRICAL (NON RÉPARTI) (1) SELON LE STATUT DE L'USAGER

	1	2	3	4	5	6
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Nombre d'accouchements (2)**	**Usagères admises**	**Usagères inscrites en CDJ**	**Usagères inscrites – autres**	**Total (C.3 à C.5)**
	Bloc obstétrical (s-c/a 6363 et 6364)					
1	29490414					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11	**Total (L.1 et L.10)**					

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 7-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Incluant les interventions obstétricales (ex.: césariennes) d'une salle d'opération dédiée du bloc opératoire.

2. La définition de l'accouchement et de l'usager (y compris le décompte du statut) est prévue au s-c/a 6363.

L'acronyme pour chirurgie d'un jour est CDJ.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 8 – C/A 6610 - PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE/C/A 6780 - MÉDECINE NUCLÉAIRE ET TEP

		1	2	3	4	5	6	7
Physiologie respiratoire (c/a 6610)		**Nombre d'heures**						
Nombre d'heures travaillées du personnel producteur d'unités techniques (1)	1							
RÉPARTITION DES UNITÉS TECHNIQUES SELON LE STATUT DE L'USAGER								
Physiologie respiratoire (c/a 6610) (nombre d'UTP effectuées)		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Responsabilité MSSS**	**Usagers inscrits Autres responsabilités**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
À l'établissement	2							
À l'extérieur	3					xxxx		
Médecine nucléaire et TEP (c/a 6780) (nombre d'UTP effectuées)		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Responsabilité MSSS**	**Usagers inscrits Autres responsabilités**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Médecine nucléaire (s-c/a 6785)								
– À l'établissement	4							
– À l'extérieur	5					xxxx		
Sous-total (L.4 et L.5)	6							
TEP (s-c/a 6786)								
– À l'établissement	7							
– À l'extérieur	8					xxxx		
Sous-total (L.7 et L.8)	9							
Total (L.6 et L.9)	10							
Médecine nucléaire (s-c/a 6785)		**Nombre d'Unités techniques**						
Procédures diagnostiques	11							
Procédures thérapeutiques	12							
Total (L.11 et L.12)	13							
RÉPARTITION DES PROCÉDURES SELON LE STATUT DE L'USAGER								
Médecine nucléaire et TEP (c/a 6780) (nombre de procédures)		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits Autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Médecine nucléaire (s-c/a 6785) Procédures diagnostiques								
– Système endocrinien	14							
– Système hémopoïétique	15							
– Système respiratoire	16							
– Système urinaire	17							
– Système digestif	18							
– Système cardiovasculaire	19							
– Système nerveux	20							
– Système squelettique	21							
– Divers	22							
Sous-total (L14 à L.22)	23							
Procédures thérapeutiques	24							
Sous-total (L.23 et L.24)	25							
TEP (s-c/a 6786)								
– Système cardiovasculaire	26							
– Système nerveux	27							
– Infection/Inflammation	28							
– Système squelettique	29							
– Oncologie	30							
- Divers	31							
Sous-total (L.26 à L.31)	32							
Total (L.25 et L.32)	33							
Nombre d'unités techniques provinciales (UTP)		**Physiologie respiratoire (c/a 6610)**	**Médecine nucléaire (s-c/a 6785)**	**TEP (s-c/a 6786)**				
Services offerts aux autres établissements(3)	34							
Ajout aux valeurs unitaires (AVU)	35	xxxx						

1. Ce nombre correspond au nombre d'heures déclaré à la page 650 (rapport financier annuel (formulaire AS-471), lignes 2, 3 et 5, colonne 3 du c/a 6610 - Physiologie respiratoire excluant les heures ayant rapport au personnel non dispensateur de services directs aux usagers (ex. : secrétariat, etc.).

2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

3. Services dispensés aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :		**Par :**	

Détails de la validation ERSSS

Validé le :		**Par :**	

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 8-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS TECHNIQUES PROVINCIALES (UTP) EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6610 - PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

	1	2	3	4	5	6	7	8
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Usagers admis**	**Usagers inscrits Responsabilité MSSS**	**Usagers inscrits Autres responsabilités**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus**	**Autres (1)**	**Total (C.2 à C.7)**
	Physiologie respiratoire (c/a 6610) Nbre d'UTP effectuées à l'établissement							
1	29490414					xxxx	xxxx	xxxx
2						xxxx	xxxx	xxxx
3						xxxx	xxxx	xxxx
4						xxxx	xxxx	xxxx
5						xxxx	xxxx	xxxx
6						xxxx	xxxx	xxxx
7						xxxx	xxxx	xxxx
8						xxxx	xxxx	xxxx
9						xxxx	xxxx	xxxx
10						xxxx	xxxx	xxxx
11	**Sous-total (L.1 et L.10)**							
	Nbre d'UTP effectuées à l'extérieur de l'établissement							
12	29490414					xxxx	xxxx	xxxx
13						xxxx	xxxx	xxxx
14						xxxx	xxxx	xxxx
15						xxxx	xxxx	xxxx
16						xxxx	xxxx	xxxx
17						xxxx	xxxx	xxxx
18						xxxx	xxxx	xxxx
19						xxxx	xxxx	xxxx
20						xxxx	xxxx	xxxx
21						xxxx	xxxx	xxxx
22	**Sous-total (L.12 et L.21)**					xxxx		
23	**Total c/a 6610 (L.11 et L.22)**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 8-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités techniques provinciales (UTP) qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 8-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6780 - MÉDECINE NUCLÉAIRE ET TEP

	1	2	3	4	5	6	7	8
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	Usagers admis	Usagers inscrits Responsabilité MSSS	Usagers inscrits Autres responsabilités	Usagers enregistrés	Services vendus	Autres (1)	Total (C.2 à C.7)
	Médecine nucléaire (s-c/a 6785) Nombre d'UTP effectuées à l'établissement							
1	29490414					xxxx	xxxx	xxxx
2						xxxx	xxxx	xxxx
3						xxxx	xxxx	xxxx
4						xxxx	xxxx	xxxx
5						xxxx	xxxx	xxxx
6						xxxx	xxxx	xxxx
7						xxxx	xxxx	xxxx
8						xxxx	xxxx	xxxx
9						xxxx	xxxx	xxxx
10						xxxx	xxxx	xxxx
11	**Sous-total (L.1 et L.10)**							
	Nombre d'UTP effectuées à l'extérieur de l'établissement							
12	29490414					xxxx	xxxx	xxxx
13						xxxx	xxxx	xxxx
14						xxxx	xxxx	xxxx
15						xxxx	xxxx	xxxx
16						xxxx	xxxx	xxxx
17						xxxx	xxxx	xxxx
18						xxxx	xxxx	xxxx
19						xxxx	xxxx	xxxx
20						xxxx	xxxx	xxxx
21						xxxx	xxxx	xxxx
22	**Sous-total (L.12 et L.21)**					xxxx		
23	**Total s-c/a 6785 (L.11 et L.22)**							
	TEP (s-c/a 6786) Nombre d'UTP effectuées à l'établissement							
24	29490414					xxxx	xxxx	xxxx
25						xxxx	xxxx	xxxx
26						xxxx	xxxx	xxxx
27						xxxx	xxxx	xxxx
28						xxxx	xxxx	xxxx
29						xxxx	xxxx	xxxx
30						xxxx	xxxx	xxxx
31						xxxx	xxxx	xxxx
32						xxxx	xxxx	xxxx
33						xxxx	xxxx	xxxx
34	**Sous-total (L.24 et L.33)**							
	Nombre d'UTP effectuées à l'extérieur de l'établissement							
35	29490414					xxxx	xxxx	xxxx
36						xxxx	xxxx	xxxx
37						xxxx	xxxx	xxxx
38						xxxx	xxxx	xxxx
39						xxxx	xxxx	xxxx
40						xxxx	xxxx	xxxx
41						xxxx	xxxx	xxxx
42						xxxx	xxxx	xxxx
43						xxxx	xxxx	xxxx
44						xxxx	xxxx	xxxx
45	**Sous-total (L.35 et L.44)**					xxxx		
46	**Total s-c/a 6786 (L.34 et L.45)**							
47	**Total c/a 6780 (L.23 et L.46)**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 8-2 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités techniques provinciales (UTP) qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 9 – C/A 6710 - ÉLECTROPHYSIOLOGIE/C/A 6750 - HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

		1	2	3	4	5	6
Électrophysiologie (c/a 6710) (Nombre d'UTP effectuées)		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Responsabilité MSSS**	**Usagers inscrits Autres responsabilités**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus**	**Total (C.1 à C.5)**
À l'établissement	1						
À l'extérieur	2					xxxx	
Total (L.1 et L.2)	3						
Électrocardiographie	4						
Échographie cardiaque	5						
Électroencéphalographie	6						
Potentiels évoqués	7						
Électromyographie	8						
Autres examens	9						
Total (L.4 à L.9)	10						
Nombre d'unités techniques		**Électrophysiologie (c/a 6710)**	**Hémodynamie (s-c/a 6751)**	**Électrophysiologie Interventionnelle (s-c/a 6752)**			
Services offerts aux autres établissements (1)	11						
Hémodynamie et Électrophysiologie Interventionnelle (c/a 6750) (Nombre d'UTP effectuées)		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Responsabilité MSSS**	**Usagers inscrits Autres responsabilités**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus**	**Total (C.1 à C.5)**
Hémodynamie (s-c/a 6751)							
– Examens	12						
– Interventions	13						
Sous-total (L.12 et L.13)	14						
À l'établissement	15						
À l'extérieur	16					xxxx	
Sous-total (L.15 et L.16)	17						
Électrophysiologie interventionnelle (s-c/a 6752)							
– Examens	18						
– Interventions	19						
Sous-total (L.18 et L.19)	20						
À l'établissement	21						
À l'extérieur	22					xxxx	
Sous-total (L.21 et L.22)	23						
Nombre d'unités techniques provinciales (UTP)		**Électrophysiologie (c/a 6710)**	**Hémodynamie (s-c/a 6751)**	**Électrophysiologie Interventionnelle (s-c/a 6752)**			
Ajout aux valeurs unitaires (AVU)	24						

1. Services dispensés aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 9-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6710 - ÉLECTROPHYSIOLOGIE

	1	2	3	4	5	6	7
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	Usagers admis	Usagers inscrits Responsabilité MSSS	Usagers inscrits Autres responsabilités	Usagers enregistrés	Services vendus	Total (C.2 à C.6)
	Électrophysiologie (6710) Nombre d'UTP effectuées à l'établissement						
1	29490414					xxxx	xxxx
2						xxxx	xxxx
3						xxxx	xxxx
4						xxxx	xxxx
5						xxxx	xxxx
6						xxxx	xxxx
7						xxxx	xxxx
8						xxxx	xxxx
9						xxxx	xxxx
10						xxxx	xxxx
11	Sous-total (L.1 et L.10)						
	Électrophysiologie (c/a 6710) Nombre d'UTP effectuées à l'extérieur de l'établissement						
12	29490414					xxxx	xxxx
13						xxxx	xxxx
14						xxxx	xxxx
15						xxxx	xxxx
16						xxxx	xxxx
17						xxxx	xxxx
18						xxxx	xxxx
19						xxxx	xxxx
20						xxxx	xxxx
21						xxxx	xxxx
22	Sous-total (L.12 et L.21)					xxxx	
23	Total (L.11 et L.22)						

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 9-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 9-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6750 - HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

	1	2	3	4	5	6	7
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS Format (99999999) (*)	Usagers admis	Usagers inscrits Responsabilité MSSS	Usagers inscrits Autres responsabilités	Usagers enregistrés	Services vendus	Total (C.2 à C.6)
	Hémodynamie (s-c/a 6751) Nombre d'UTP effectuées à l'établissement						
1	29490414					xxxx	xxxx
2						xxxx	xxxx
3						xxxx	xxxx
4						xxxx	xxxx
5						xxxx	xxxx
6						xxxx	xxxx
7						xxxx	xxxx
8						xxxx	xxxx
9						xxxx	xxxx
10						xxxx	xxxx
11	Sous-total (L.1 et L.10)						
	Nombre d'UTP effectuées à l'extérieur de l'établissement						
12	29490414					xxxx	xxxx
13						xxxx	xxxx
14						xxxx	xxxx
15						xxxx	xxxx
16						xxxx	xxxx
17						xxxx	xxxx
18						xxxx	xxxx
19						xxxx	xxxx
20						xxxx	xxxx
21						xxxx	xxxx
22	Sous-total (L.12 et L.21)					xxxx	
23	Total s-c/a 6751 (L.11 et L.22)						
	Électrophysiologie Interventionnelle (s-c/a 6752) Nombre d'UTP effectuées à l'établissement						
24	29490414					xxxx	xxxx
25						xxxx	xxxx
26						xxxx	xxxx
27						xxxx	xxxx
28						xxxx	xxxx
29						xxxx	xxxx
30						xxxx	xxxx
31						xxxx	xxxx
32						xxxx	xxxx
33						xxxx	xxxx
34	Sous-total (L.24 et L.33)						
	Nombre d'UTP effectuées à l'extérieur de l'établissement						
35	29490414					xxxx	xxxx
36						xxxx	xxxx
37						xxxx	xxxx
38						xxxx	xxxx
39						xxxx	xxxx
40						xxxx	xxxx
41						xxxx	xxxx
42						xxxx	xxxx
43						xxxx	xxxx
44						xxxx	xxxx
45	Sous-total (L.35 et L.44)					xxxx	
46	Total s-c/a 6752 (L.34 et L.45)						
47	Total c/a 6750 (L.23 et L.46)						

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 9-2 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 10 – C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE - NOMBRE DE PROCÉDURES

		1	2	3	4	5	6	7
Nombre de procédures		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits Autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831) Examens de graphie								
– Tête et cou	1							
– Colonne et bassin	2							
– Membres supérieurs et inférieurs (incluant étude du squelette)	3							
– Thorax et abdomen	4							
– Graphie autres	5							
Examens de scopie								
– Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie)	6							
– Voies génito-urinaires (incluant obstétrique et gynécologique)	7							
– Scopies autres	8							
– Contrôle fluoroscopique	9							
Radiologie générale (s-c/a 6831) – Interventions de scopie	10							
Sous-total (L.1 à L.10)	11							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	12							
– Interventions	13							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	14							
– Interventions	15							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	16							
– Manipulations d'images post-examen	17							
– Interventions	18							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	19							
– Manipulations d'images post-examen	20							
– Interventions	21							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	22							
– Manipulations d'images post-examen	23							
– Interventions	24							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	25							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	26							
– Manipulations d'images post-examen	27							
– Interventions	28							
Total (L.11 à L.28)	29							
Nombre total d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.5)**	
Effectuées à l'établissement	30							
Effectuées à l'extérieur	31				xxxx	xxxx		
Responsabilité de paiement		**Responsabilité MSSS**	**Autres responsabilités**					
Unités pour usagers inscrits (effectuées à l'établissement)	32							

1. Correspond aux unités de la ligne 26 de la page 650 du rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux procédures d'imagerie médicale qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :		**Par :**	

Détails de la validation ERSSS

Validé le :		**Par :**	

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 11 – C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE - NOMBRE D'UTP

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus**	**Autres**	**Total (C.1 à C.6)**		
Radiologie générale (s-c/a 6831)										
– Examens	**1**									
– Interventions	**2**									
Ultrasonographie (s-c/a 6832)										
– Examens	**3**									
– Interventions	**4**									
Mammographie (s-c/a 6833)										
– Examens	**5**									
– Interventions	**6**									
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)										
– Examens	**7**									
– Manipulations d'images post-examen	**8**									
– Interventions	**9**									
Résonance magnétique (s-c/a 6835)										
– Examens	**10**									
– Manipulations d'images post-examen	**11**									
– Interventions	**12**									
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)										
– Examens	**13**									
– Manipulations d'images post-examen	**14**									
– Interventions	**15**									
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**									
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)										
– Examens	**17**									
– Manipulations d'images post-examen	**18**									
– Interventions	**19**									
Total (L.1 à L.19)	**20**									
Nombre d'UTP par s-c/a		**s-c/a 6831**	**s-c/a 6832**	**s-c/a 6833**	**s-c/a 6834**	**s-c/a 6835**	**s-c/a 6836**	**s-c/a 6837**	**s-c/a 6838**	**Total (C.1 à C.8)**
Ajout aux valeurs unitaires (AVU)	**21**									
Département / service		**Services achetés (Nbre d'UTP)**	**Services achetés (Nbre de procédures)**	**Services offerts aux autres d'établis-sements (1)**						
Radiologie générale (s-c/a 6831)	**22**									
Ultrasonographie (s-c/a 6832)	**23**									
Mammographie (s-c/a 6833)	**24**									
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)	**25**									
Résonance magnétique (6835)	**26**									
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)	**27**									
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**28**									
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)	**29**									
Total (L.22 à L.29)	**30**									
Nombre d'appareils en fonction (au 31 mars)		**Graphie fixe**	**Graphie mobile**	**Scopie**	**Total (C.1 à C.3)**					
Radiologie générale (s-c/a 6831)	**31**									
Nombre d'appareils en fonction selon le département / service (au 31 mars)		**Cardiologie**	**Obstétrique – Gynécologie**	**Imagerie médicale**	**Total (C.1 à C.3)**					
Ultrasonographie (s-c/a 6832)	**32**									
Nombre d'appareils en fonction (au 31 mars)		**Mammo-graphe**	**Stéréotaxie**							
Mammographie (s-c/a 6833)	**33**									
Appareils en fonction (au 31 mars)		**Nombre**								
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)	**34**									
Résonance magnétique (s-c/a 6835)	**35**									
Angioradiologie (s-c/a 6836)	**36**									

1. Services dispensés aux usagers provenant d'autres établissements sans qu'il y ait facturation (en unités techniques).

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'établissement déclarant (excluant les installations déclarées aux pages 2-2 à 2-10) (*)	**0**	29490414						
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-1 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-2 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-2 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-3 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-3 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-3 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-4 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-4 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-4 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-5 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-5 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-5 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-6 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-6 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-6 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-7 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-7 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-7 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-8 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-8 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-8 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-9 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-9 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-9 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 11-10 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UTP EFFECTUÉES SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6830 - IMAGERIE MÉDICALE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**							
Nombre d'UTP		**Usagers admis**	**Usagers inscrits Urgence**	**Usagers inscrits autres**	**Usagers enregistrés**	**Services vendus (1)**	**Autres (2)**	**Total (C.1 à C.6)**
Radiologie générale (s-c/a 6831)								
– Examens	**1**							
– Interventions	**2**							
Ultrasonographie (s-c/a 6832)								
– Examens	**3**							
– Interventions	**4**							
Mammographie (s-c/a 6833)								
– Examens	**5**							
– Interventions	**6**							
Tomodensitométrie (s-c/a 6834)								
– Examens	**7**							
– Manipulations d'images post-examen	**8**							
– Interventions	**9**							
Résonance magnétique (s-c/a 6835)								
– Examens	**10**							
– Manipulations d'images post-examen	**11**							
– Interventions	**12**							
Angioradiologie (s-c/a 6836) (excluant cardiaque)								
– Examens	**13**							
– Manipulations d'images post-examen	**14**							
– Interventions	**15**							
Lithotripsie (s-c/a 6837)	**16**							
Neuro-Angio-Radiologie (s-c/a 6838)								
– Examens	**17**							
– Manipulations d'images post-examen	**18**							
– Interventions	**19**							
Total (L.1 à L.19)	**20**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter le code inscrit à la page 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 11-10 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Correspond aux unités de la ligne 26 (ventes de services) de la page 650 au rapport financier annuel (formulaire AS-471).
2. Correspond aux unités techniques qui ne peuvent être liées à un quelconque statut d'usager.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 12 – RÉPARTITION D'UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER

		1	2	3	4	5	6
Centre d'activités		**Usagers admis**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement MSSS**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement Autres**	**Usagers inscrits et enregistrés Services vendus**	**Total (C.1 à C.4)**	
L'urgence (c/a 6240) (Nombre de visites)	**1**	**xxxx**					
Nutrition parentérale totale à domicile (c/a 6250) (Nombre de jours-traitements)	**2**						
Consultations externes (s-c/a 6302, 6303, 6307 et 6309) (Nombre de visites)	**3**						
Services deuxième et troisième ligne en santé mentale (c/a 6330) (Nombre d'usagers)	**4**						
Services dentaires curatifs (c/a 6551) (Nombre d'usagers)	**5**						
Services dentaires curatifs (c/a 6552) (Nombre d'usagers)	**6**						
Services dentaires préventifs (c/a 6542) (Nombre d'usagers)	**7**						
Endoscopie (c/a 6770) (Nombre d'examens)	**8**						
Services externes d'onco-hémato (s-c/a 7061) (Nombre de visites)	**9**						
Procédures d'aphérèse (s-c/a 7064) (Nombre de procédures)	**10**						
Chambre hyperbare (c/a 6650) (Nombre de traitements)	**11**						
Centre d'activités		**Usagers admis Hospitalisés**	**Usagers admis Hébergés**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement MSSS**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement Autres**	**Usagers inscrits et enregistrés Services vendus**	**Total (C.1 à C.5)**
Inhalothérapie, autre qu'à domicile (s-c/a 6352) (Nomre d'UTP)	**12**						
Audiologie (s-c/a 6861) (Nombre de jours-traitements)	**13**						
Orthophonie (s-c/a 6862) (Nombre de jours-traitements)	**14**						
Physiothérapie (c/a 6870) (Nombre de jours-traitements)	**15**		1895				1895
Ergothérapie (c/a 6880) (Nombre de jours-traitements)	**16**						
Nutrition clinique (s-c/a 7553) (Nombre d'usagers)	**17**						

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 12-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER

	1	2	3	4	5	6
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Usagers admis**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement MSSS**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement Autres**	**Usagers inscrits et enregistrés Services vendus**	**Total (C.2 à C.5)**
	Endoscopie (c/a 6770) (Nombre d'examens)					
1	29490414				xxxx	xxxx
2					xxxx	xxxx
3					xxxx	xxxx
4					xxxx	xxxx
5					xxxx	xxxx
6					xxxx	xxxx
7					xxxx	xxxx
8					xxxx	xxxx
9					xxxx	xxxx
10					xxxx	xxxx
11	**Total (L.1 et L.10)**					
	Services externes d'onco-hémato (s-c/a 7061) (Nombre de visites)					
12	29490414				xxxx	xxxx
13					xxxx	xxxx
14					xxxx	xxxx
15					xxxx	xxxx
16					xxxx	xxxx
17					xxxx	xxxx
18					xxxx	xxxx
19					xxxx	xxxx
20					xxxx	xxxx
21					xxxx	xxxx
22	**Total (L.12 et L.21)**					
	Chambre hyperbare (c/a 6650) (Nombre de traitements)					
23	29490414				xxxx	xxxx
24					xxxx	xxxx
25					xxxx	xxxx
26					xxxx	xxxx
27					xxxx	xxxx
28					xxxx	xxxx
29					xxxx	xxxx
30					xxxx	xxxx
31					xxxx	xxxx
32					xxxx	xxxx
33	**Total (L.23 et L.32)**					

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 12-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 12-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER (SUITE)

	1	2	3	4	5	6	7
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	Usagers admis hospitalisés	Usagers admis hébergés	Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement MSSS	Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement Autres	Usagers inscrits et enregistrés Services vendus	Total (C.2 à C.6)
	Inhalothérapie autre qu'à domicile (s-c/a 6352) (Nombre d'UTP)						
1	29490414					xxxx	xxxx
2						xxxx	xxxx
3						xxxx	xxxx
4						xxxx	xxxx
5						xxxx	xxxx
6						xxxx	xxxx
7						xxxx	xxxx
8						xxxx	xxxx
9						xxxx	xxxx
10						xxxx	xxxx
11	**Total (L.1 et L.10)**						
	Audiologie (s-c/a 6861) (Nombre de jours-traitements)						
12	29490414					xxxx	xxxx
13						xxxx	xxxx
14						xxxx	xxxx
15						xxxx	xxxx
16						xxxx	xxxx
17						xxxx	xxxx
18						xxxx	xxxx
19						xxxx	xxxx
20						xxxx	xxxx
21						xxxx	xxxx
22	**Total (L.12 et L.21)**						
	Orthophonie (s-c/a 6862) (Nombre de jours-traitements)						
23	29490414					xxxx	xxxx
24						xxxx	xxxx
25						xxxx	xxxx
26						xxxx	xxxx
27						xxxx	xxxx
28						xxxx	xxxx
29						xxxx	xxxx
30						xxxx	xxxx
31						xxxx	xxxx
32						xxxx	xxxx
33	**Total (L.23 et L.32)**						
	Physiothérapie (c/a 6870) (Nombre de jours-traitements)						
34	29490414		1895			xxxx	xxxx
35						xxxx	xxxx
36						xxxx	xxxx
37						xxxx	xxxx
38						xxxx	xxxx
39						xxxx	xxxx
40						xxxx	xxxx
41						xxxx	xxxx
42						xxxx	xxxx
43						xxxx	xxxx
44	**Total (L.34 et L.43)**		1895				1895

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 12-2 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 12-3 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES UNITÉS DE MESURE DE DIVERS C/A SELON LE STATUT DE L'USAGER (SUITE)

	1	2	3	4	5	6	7
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Usagers admis hospitalisés**	**Usagers admis hébergés**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement MSSS**	**Usagers inscrits et enregistrés Responsabilités de paiement Autres**	**Usagers inscrits et enregistrés Services vendus**	**Total (C.2 à C.6)**
	Ergothérapie (c/a 6880) (Nombre de jours-traitements)						
1	29490414					**xxxx**	**xxxx**
2						**xxxx**	**xxxx**
3						**xxxx**	**xxxx**
4						**xxxx**	**xxxx**
5						**xxxx**	**xxxx**
6						**xxxx**	**xxxx**
7						**xxxx**	**xxxx**
8						**xxxx**	**xxxx**
9						**xxxx**	**xxxx**
10						**xxxx**	**xxxx**
11	**Total (L.1 et L.10)**						
	Nutrition clinique (s-c/a 7553) (Nombre d'usagers)						
12	29490414					**xxxx**	**xxxx**
13						**xxxx**	**xxxx**
14						**xxxx**	**xxxx**
15						**xxxx**	**xxxx**
16						**xxxx**	**xxxx**
17						**xxxx**	**xxxx**
18						**xxxx**	**xxxx**
19						**xxxx**	**xxxx**
20						**xxxx**	**xxxx**
21						**xxxx**	**xxxx**
22	**Total (L.12 et L.21)**						

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 12-3 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 12-4 – C/A 7060 - SERVICES D'ONCOLOGIE ET D'HÉMATOLOGIE

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Répartition des visites aux services externes d'oncologie et d'hématologie (1) (s-c/a 7061)		**Consultation médicale ou suivi médical avant le premier traitement**	**Traitement sur place seulement**	**Suivi médical pendant la période active de traitements et sans traitement ce jour-là**	**Suivi médical après la fin des traitements**	**Consultation médicale et traitement le même jour**	**Suivi médical pendant la période active de traitements et traitement le même jour**	**Visite à des professionnels du service seulement et sans traitement ce jour-là**	**Visite pour prélèvement sanguin seulement ce jour-là**	**Total des visites déclarées en A (C.1 à C.8)**
Nombre (unité de mesure A)	**1**									
Répartition des visites selon le traitement (2) et la durée (s-c/a 7061)		**Traitements de chimiothérapie intraveineuse**	**Traitements de chimiothérapie intrapéritonéale**	**Traitements de chimiothérapie intravésicale**	**Traitements de greffe de moelle osseuse (GMO)**	**Traitements de désensibilisation à la chimiothérapie**	**Autres activités thérapeutiques**	**Urgence oncologique**	**Total (C.1 à C.7)**	
Courte durée (? de 2 heures)	**2**						xxxx	xxxx		
Moyenne durée (entre 2 et 4 heures)	**3**						xxxx	xxxx		
Longue durée (? de 4 heures)	**4**						xxxx	xxxx		
Total (L.2 à L.4)	**5**									
Détail des autres soins réalisés lors d'une visite aux services externes (s-c/a 7061)		**Lors d'une visite de traitements (L.5, C.1 à C.5) peu importe la durée**	**Lors d'une visite pour autres activités thérapeutiques seulement (L.5, C.6)**	**Lors d'une visite pour urgence oncologique (L.5, C.7)**	**Total (C.1 à C.3)**					
Administration d'immunoglobulines	**6**									
Assistance à la biopsie de moelle	**7**									
Entretien (avec ou sans pansement) ou surveillance d'un cathéter veineux central (CVC)	**8**									
Hydratation par voie intraveineuse	**9**									
Injection sous-cutanée(3), intramusculaire(3), intrathécale(3) ou intraveineuse	**10**									
Pansement sauf lors de l'entretien d'un CVC	**11**									
Phlébotomie thérapeutique (ou saignée)	**12**									
Assistance à la ponction d'ascite	**13**									
Assistance à la ponction pleurale	**14**									
Prélèvement sanguin par cathéter central	**15**									
Administration de produits sanguins réalisée au service	**16**									
Biopsie cutanée et test de Schirmer dans le cas de GMO	**17**									
Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'infirmière pivot en oncologie (s-c/a 7062)		**Appels téléphoniques**	**Rencontres**							
Nombre	**18**									

1. Afin d'alléger le tableau, un traitement, une autre activité ou des soins d'urgence sont désignés par le terme « traitement ».
2. Afin d'alléger le tableau, un traitement, une autre activité thérapeutique ou des soins d'urgence sont désignés par le terme « traitement ».
3. Incluant l'administration de médicaments antinéoplasiques par les voies s/c, i/m et i/t qui amène le relevé d'une visite pour une autre activité thérapeutique.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 13 – C/A 6260 - BLOC OPÉRATOIRE/C/A 6770 - ENDOSCOPIE/C/A 6300 - CONSULTATIONS EXTERNES

		1	2	3	4
Bloc opératoire (c/a 6260)		**Nombre d'usagers**	**Nombre d'heures présence de l'usager (1)**		
Admis	1				
Inscrits en chirurgie d'un jour					
– Responsabilité MSSS	2				
– Autres responsabilités de paiement	3				
Inscrits (autres)					
– Responsabilité MSSS	4				
– Autres responsabilités de paiement	5				
Fournis à d'autres établissements	6				
Total (L.1 à L.6)	7				
Bloc opératoire au 31 mars		**Nombre de salles utilisées**			
Nombre de salles d'opération au bloc opératoire (c/a 6260) (comprend les salles d'urgence)	8				
Nombre de salles dédiées à l'endoscopie au bloc opératoire (c/a 6770)	9				
Nombre de salles dédiées à l'obstétrique au bloc opératoire (s-c/a 6363)	10				
Nombre d'examens endoscopiques par voies naturelles (avec ou sans biopsie)		**Endoscopies (c/a 6770) (dans des salles dédiées)**	**Consultations externes (c/a 6300)**	**Ailleurs (2)**	**Total (C.1 à C.3)**
Bronchoscopie	11				
Laryngoscopie et autres endoscopies des voies respiratoires	12				
Gastroscopie	13				
Autres endoscopies des voies digestives supérieures	14				
Coloscopie	15				
Protosygmoïdoscopie, anuscopie, rectoscopie et autres endoscopies des voies digestives inférieures	16				
Cytoscopie	17				
Urétroscopie	18				
Autres endoscopies des voies urinaires	19				
Colposcopie	20				
Hystéroscopie	21				
Autres endoscopies gynécologiques	22				
Endoscopie des voies biliaires	23				
Pancréatographie rétrograde endoscopique (PRE)	24				
Autres (préciser) (3)	25				
Total (L.11 à L.25)	26				

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61).

2. Ailleurs que dans des salles dédiées et des consultations externes mais à l'intérieur de l'établissement (ex. : bloc opératoire).

3. Afin de préciser "Autres" de la ligne 25, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 13-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DU NOMBRE D'HEURES-PRÉSENCE DES USAGERS SELON LEUR STATUT/C/A 6260 - BLOC OPÉRATOIRE

		1	2	3	4	5	6	7	8
		Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Usagers admis**	**Usagers inscrits en CDJ Responsa-bilité de paiement MSSS**	**Usagers inscrits en CDJ Autres responsa-bilités de paiement**	**Autres usagers inscrits Responsa-bilité de paiement MSSS**	**Autres usagers inscrits Autres responsa-bilités de paiement**	**Fournis à d'autres établis-sements**	**Total (C.2 à C.7)**
		Bloc opératoire (c/a 6260) Nombre d'heures-présence (1) de l'usager							
	1	29490414						**xxxx**	**xxxx**
	2							**xxxx**	**xxxx**
	3							**xxxx**	**xxxx**
	4							**xxxx**	**xxxx**
	5							**xxxx**	**xxxx**
	6							**xxxx**	**xxxx**
	7							**xxxx**	**xxxx**
	8							**xxxx**	**xxxx**
	9							**xxxx**	**xxxx**
	10							**xxxx**	**xxxx**
	11	**Total (L.1 à L.10)**							

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 13-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61).

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 14 – S-C/A 6302 - CONSULTATIONS EXTERNES SPÉCIALISÉES/S-C/A 6322 - UNITÉ DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX - CLSC ET CH

		1	2	3	4	5
Nombre de visites par spécialités médicales reconnues		**Nombre de visites Usagers admis**	**Nombre de visites Usagers externes**			
Anesthésiologie	1					
Biochimie médicale	2					
Cardiologie (adulte ou pédiatrique)	3					
Chirurgie cardiaque	4					
Chirurgie générale	5					
Chirurgie orthopédique	6					
Chirurgie plastique	7					
Dermatologie	8					
Endocrinologie et métabolisme	9					
Gastroentérologie	10					
Génétique médicale	11					
Gériatrie	12					
Gynécologie	13					
Hématologie/oncologie	14					
Immunologie clinique et allergie	15					
Médecine d'urgence – suivi de l'urgence (1)	16					
Médecine interne	17					
Medecine physique et réadaptation	18					
Microbiologie médicale et infectiologie	19					
Néphrologie	20					
Neurochirurgie	21					
Neurologie	22					
Obstétrique	23					
Ophtalmologie	24					
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	25					
Pédiatrie	26					
Pneumologie	27					
Rhumatologie	28					
Urologie	29					
Total (L.1 à L.29)	30					
Nombre de retraitements des dispositifs médicaux stérilisés (missions CLSC-CH)		**Pochettes papier plastique**	**Plateaux enveloppés**	**Contenants rigides**	**Paquets**	**Total (C.1 à C.4)**
Nombre d'ensachages	31					
Coefficients de pondération		**0,1**	**1**	**1**	**0,5**	**xxxx**
Nombre d'ensachages pondérés	32					
Cycle de désinfection/pasteurisation	33	**xxxx**	**xxxx**	**xxxx**	**xxxx**	
Désinfection en endoscopie	34	**xxxx**	**xxxx**	**xxxx**	**xxxx**	
Total (L.32 à L.34)	35	**xxxx**	**xxxx**	**xxxx**	**xxxx**	

1. Ailleurs qu'à l'urgence

Détails du formulaire			
Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		
Détails de la transmission			
Transmis le :		**Par :**	
Détails de la validation ERSSS			
Validé le :		**Par :**	
Détails de la validation MSSS			
Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 15 – SANTÉ MENTALE - DÉTAILS SUR LES SERVICES SURSPÉCIALISÉS DE TROISIÈME LIGNE ET LES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

		1	2	3
Domaines retenus en services surspécialisés de troisième ligne		**Dispensé (1)**		
Troubles anxieux et dépressifs	**1**			
Psychiatrie légale	**2**			
Troubles psychotiques				
– Premières psychoses	**3**			
– Troubles psychotiques réfractaires	**4**			
Troubles alimentaires	**5**			
Troubles de la conduite sexuelle	**6**			
Les troubles de la personnalité	**7**			
Activités par les professionnels répondants aux services de première ligne		**Jeunes**	**Adultes**	**Total (C.1 à C.2)**
Heures travaillées à cette activité selon l'entente et déclarées au c/a 6330 par les services spécialisés	**8**			
Heures travaillées à cette activité selon l'entente et déclarées au c/a 5930 par les équipes de première ligne en santé mentale	**9**			
RÉPARTITION DES SALAIRES DU PERSONNEL TEMPS RÉGULIER ET DE LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE ENTRE LES JEUNES ET LES ADULTES				
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (c/a 5930)		**Jeunes**	**Adultes**	**Total (C.1 à C.2)**
Heures travaillées (2)	**10**			
Usagers différents	**11**			

1. Inscrire le chiffre 1 aux lignes appropriées pour les services surspécialisés aux usagers au cours de l'exercice.
Si un service est dispensé dans plus d'une installation, inscrire également le chiffre 1 à la ligne appropriée et non 2 ou 3 etc.

2. Ce nombre est l'addition des heures travaillées du personnel - temps régulier déclarées à la page 650 du rapport financier annuel (formulaire AS-471), L.2, C.3 et de la main-d'œuvre indépendante à la L.5, C.3.

Détails du formulaire			
Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		
Détails de la transmission			
Transmis le :		**Par :**	
Détails de la validation ERSSS			
Validé le :		**Par :**	
Détails de la validation MSSS			
Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 16 – S-C/A 6352 - INHALOTHÉRAPIE - AUTRES

		1
Répartition selon les catégories		**Nombre d'unités techniques provinciales (UTP)**
0100 – Aérosolthérapie	**1**	
0200 – Sécrétions bronchiques	**2**	
0300 – Techniques respiratoires	**3**	
0400 – Rééducation – Enseignement	**4**	
0500 – Oxygénothérapie et humidification	**5**	
0600 – Support ventilatoire	**6**	
0700 – Évaluation et surveillance respiratoire	**7**	
0800 – Drainage pleural	**8**	
0900 – Réanimation cardiorespiratoire	**9**	
1000 – Contrôle et soin des voies aériennes	**10**	
1100 – Support thérapeutique	**11**	
1200 - Ponctions	**12**	
1300 - Cessation tabagique	**13**	
1400 – Autres (limité aux codes prévus)	**14**	
	15	**xxxx**
	16	**xxxx**
Total (L.1 à L.16)	**17**	
Inhalothérapie - Autres (s-c/a 6352)		**Nombre d'unités techniques provinciales (UTP)**
Unités techniques provinciales achetées en inhalothérapie	**18**	
Heures travaillées du personnel de production d'unités techniques provinciales (1)	**19**	
Unités techniques provinciales en inhalothérapie réalisées à l'unité de l'urgence	**20**	
Inhalothérapie - Autres (s-c/a 6352)		**Nombre d'unités techniques provinciales (UTP)**
Ajout aux valeurs unitaires	**21**	

1. Le nombre d'heures travaillées correspond au nombre d'heures à la page 650 du rapport financier annuel (formulaire AS-471), L.2, L.3 et L.5, C.3 du s-c/a 6352 - Inhalothérapie - Autres, excluant les heures qui ont rapport au personnel non dispensateur de services directs aux usagers (ex. : secrétariat, etc.).

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 16-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTLLATION) DES UTP RÉALISÉES À L'URGENCE/S-C/A 6352 - INHALOTHÉRAPIE - AUTRES

	1	2
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Nombre d'unités techniques (UTP) réalisées à l'urgence**
	Inhalothérapie - Autres (s-c/a 6352)	
1	29490414	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11	**TOTAL (L.1 à L.10)**	

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 16-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 17 – RÉPARTITION DES USAGERS ET DES INTERVENTIONS SELON LE DOMAINE D'INTERVENTION ET SELON LE STATUT DES USAGERS/C/A 6564 - PSYCHOLOGIE

		1	2	3	4	5
Domaine d'intervention		**Usagers admis hospitalisés**	**Usagers admis hébergés**	**Usagers externes**	**Total des interventions par domaine (1) (C.1 à C.3)**	**Total des usagers différents par domaine (2)**
Neuropsychologie						
– Nombre d'usagers	**1**				xxxx	
– Nombre d'interventions	**2**					xxxx
Psychologie en milieu médical						
– Nombre d'usagers	**3**				xxxx	
– Nombre d'interventions	**4**					xxxx
Psychologie en santé mentale						
– Nombre d'usagers	**5**				xxxx	
– Nombre d'interventions	**6**					xxxx
Pédopsychologie						
– Nombre d'usagers	**7**		xxxx		xxxx	
– Nombre d'interventions	**8**		xxxx			xxxx
Géronto-psychologie						
– Nombre d'usagers	**9**				xxxx	
– Nombre d'interventions	**10**					xxxx
Autres domaines						
– Nombre d'usagers	**11**				xxxx	
– Nombre d'interventions	**12**					xxxx
Total des usagers (L.1 + L.3 + L.5 + L.7 + L.9 + L.11)	**13**				xxxx	
Total des interventions (L.2 + L.4 + L.6 + L.8 + L.10 + L.12)	**14**					xxxx

1. Concordances : Seules les interventions vont concorder avec l'unité de mesure du s-c/a.
2. Total des usagers ayant reçu au moins une intervention au cours de l'exercice dans le domaine présenté, et ce, quels que soient leurs statuts.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 17-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES INTERVENTIONS SELON LE DOMAINE D'INTERVENTION ET SELON LE STATUT DES USAGERS/C/A 6564 - PSYCHOLOGIE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	Usagers admis hospitalisés	Usagers admis hébergés	Usagers externes	Total des interventions par domaine (1) (C.2 à C.4)	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	Usagers admis hospitalisés	Usagers admis hébergés	Usagers externes	Total des interventions par domaine (1) (C.7 à C.9)
	Neuropsychologie Nombre d'interventions					**Pédopsychologie Nombre d'interventions**				
1	29490414					29490414		xxxx		
2								xxxx		
3								xxxx		
4								xxxx		
5								xxxx		
6								xxxx		
7								xxxx		
8								xxxx		
9								xxxx		
10								xxxx		
11	**Total (L.1 à L.10)**					**Total (L.1 à L.10)**		xxxx		
	Psychologie en milieu médical Nombre d'interventions					**Géronto-psychologie Nombre d'interventions**				
12	29490414					29490414				
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22	**Total (L.12 à L.21)**					**Total (L.12 à L.21)**				
	Psychologie en santé mentale Nombre d'interventions					**Autres domaines Nombre d'interventions**				
23	29490414					29490414				
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33	**Total (L.23 à L.32)**					**Total (L.23 à L.32)**				
34	**Sous-total (C.2 à C.5)**									
35	**Sous-total (C.7 à C.10)**									
36	**Total (L.34 et L.35)**									

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 17-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Concordances : Seules les interventions vont concorder avec l'unité de mesure du s-c/a.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 18 – RÉPARTITION DES USAGERS PAR STATUT/PAR CATÉGORIES DE CLIENTÈLE/PAR PROGRAMMES DE SERVICES/S-C/A 6565 - SERVICES SOCIAUX

		1	2	3	4
Services sociaux (s-c/a 6565) Catégories de clientèle		**Nombre d'usagers admis hospitalisés**	**Nombre d'usagers admis hébergés**	**Nombre d'usagers externes**	**Total (C.1 à C.3)**
Santé physique (0 à 17 ans)	**1**				
Santé physique (Adultes)	**2**				
Santé physique (65 ans et plus)	**3**				
Planification des naissances	**4**				
Sous-total (L.1 à L.4)	**5**				
Santé mentale (0 à 15 ans)	**6**				
Santé mentale (16 à 17 ans)	**7**				
Santé mentale (Adultes)	**8**				
Santé mentale (65 ans et plus)	**9**				
Sous-total (L.6 à L.9)	**10**				
Déficience intellectuelle et TSA (0 à 15 ans)	**11**				
Déficience intellectuelle et TSA (16 à 17 ans)	**12**				
Déficience intellectuelle et TSA (Adultes)	**13**				
Déficience intellectuelle et TSA (65 ans et plus)	**14**				
Sous-total (L.11 à L.14)	**15**				
Dépendance	**16**				
Soutien à l'autonomie des personnes agées	**17**				
Déficience physique	**18**				
Autres	**19**				
Sous-total (L.16 à L.19)	**20**				

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 18-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES USAGERS EN SANTÉ PHYSIQUE SELON L'ÂGE ET LEUR STATUT/S-C/A 6565 - SERVICES SOCIAUX

	1	2	3	4	5
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Nombre d'usagers admis hospitalisés**	**Nombre d'usagers admis hébergés**	**Nombre d'usagers externes**	**Total (C.2 à C.4)**
	Services sociaux (s-c/a 6565) Santé physique (0 à 17 ans)				
1	29490414				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11	**Sous-total (L.1 à L.10)**				
	Santé physique (Adultes)				
12	29490414				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22	**Sous-total (L.12 à L.21)**				
	Santé physique (65 ans et plus)				
23	29490414				
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33	**Sous-total (L.23 à L.32)**				
34	**Planification des naissances**				
35	**TOTAL (L.11 + L.22 + L.33 + L.34)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 18-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 18-2 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE SELON L'ÂGE ET LEUR STATUT/S-C/A 6565 - SERVICES SOCIAUX

	1	2	3	4	5
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Nombre d'usagers admis hospitalisés**	**Nombre d'usagers admis hébergés**	**Nombre d'usagers externes**	**Total (C.2 à C.4)**
	Services sociaux (s-c/a 6565) Santé mentale (0 à 15 ans)				
1	29490414				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11	**Sous-total (L.1 à L.10)**				
	Santé mentale (16 à 17 ans)				
12	29490414				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22	**Sous-total (L.12 à L.21)**				
	Santé mentale (Adultes)				
23	29490414				
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33	**Sous-total (L.23 à L.32)**				
	Santé mentale (65 ans et plus)				
34	29490414				
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44	**Sous-total (L.34 à L.43)**				
45	**TOTAL (L.11 + L.22 + L.33 + L.44)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 18-2 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 18-3 – RÉPARTITION DES USAGERS PAR STATUT ET PAR PROGRAMMES-SERVICES/C/A 6390 - SERVICE DE SOINS SPIRITUELS

	1	2	3	4	5
	Service de soins spirituels (c/a 6390) Programmes-services	**Nombre d'usagers admis hospitalisés**	**Nombre d'usagers admis hébergés**	**Nombre d'usagers externes**	**Total (C.2 à C.4)**
1	**Dépendance**				
2	**Soutien à l'autonomie des personnes agées**				
3	**Déficience physique**				
4	**Déficience intellectuelle et TSA**				
5	**Santé mentale**				
6	**Santé physique**				
7	**Total (L.1 à L.6)**				
	VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES USAGERS DU PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE SELON LEUR STATUT				
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Nombre d'usagers admis hospitalisés**	**Nombre d'usagers admis hébergés**	**Nombre d'usagers externes**	**Total (C.2 à C.4)**
	Service de soins spirituels (c/a 6390) Santé physique				
8	29490414				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18	**Total (L.8 à L.17)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 18-3 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.
Lorsque les lignes 8 à 17 du 2e tableau seront complétées, il faudra enregistrer la page 18-3 afin d'afficher les données à la ligne 6.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 19 – RÉPARTITION DES USAGERS SELON LA RÉGION ET NOMBRE DE GÉNÉRATEURS/C/A 6790 - DIALYSE

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nombre d'usagers admis ou inscrits selon la région de résidence (au 31 mars)		**Hémodialyse traditionnelle (s-c/a 6791)**	**Hémodialyse semi-autonome (s-c/a 6792)**	**Hémodialyse à domicile (s-c/a 6793)**	**Hémodialyse hors de l'unité de dialyse (s-c/a 6794)**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Continue ambulatoire**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Automatisée**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Total (C.5 et C.6)**	**Unité mobile d'hémodialyse (s-c/a 6796)**	**Total (C.1 à C.4 + C.7 + C.8)**
01 – Bas-Saint-Laurent	**1**				xxxx					
02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean	**2**				xxxx					
03 – Capitale-Nationale	**3**				xxxx					
04 – Mauricie et Centre-du-Québec	**4**				xxxx					
05 – Estrie	**5**				xxxx					
06 – Montréal	**6**				xxxx					
07 – Outaouais	**7**				xxxx					
08 – Abitibi-Témiscamingue	**8**				xxxx					
09 – Côte-Nord	**9**				xxxx					
10 – Nord-du-Québec	**10**				xxxx					
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	**11**				xxxx					
12 – Chaudières-Appalaches	**12**				xxxx					
13 – Laval	**13**				xxxx					
14 – Lanaudière	**14**				xxxx					
15 – Laurentides	**15**				xxxx					
16 – Montérégie	**16**				xxxx					
17 – Nunavik	**17**				xxxx					
18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James	**18**				xxxx					
Sous-total (L.1 à L.18)	**19**				xxxx					
Hors Québec	**20**				xxxx					
Total (L.19 et L.20)	**21**				xxxx					
Nombre d'usagers selon la voie d'accès vasculaire utilisée (au 31 décembre)		**Hémodialyse traditionnelle (s-c/a 6791)**	**Hémodialyse semi-autonome (s-c/a 6792)**	**Hémodialyse à domicile (s-c/a 6793)**	**Hémodialyse hors de l'unité de dialyse (s-c/a 6794)**			**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795)**	**Unité mobile d'hémodialyse (s-c/a 6796)**	**Total (C.1 à C.8)**
Fistule ou prothèse interne	**22**					xxxx	xxxx			
Cathéter veineux central	**23**					xxxx	xxxx			
Total (L.22 et L.23)	**24**					xxxx	xxxx			
Nombre de générateurs (au 31 mars)		**Hémodialyse traditionnelle (s-c/a 6791)**	**Hémodialyse semi-autonome (s-c/a 6792)**	**Hémodialyse à domicile (s-c/a 6793)**	**Hémodialyse hors de l'unité de dialyse (s-c/a 6794)**			**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795)**	**Unité mobile d'hémodialyse (s-c/a 6796)**	**Total (C.1 à C.8)**
- Disponibles aux traitements	**25**			xxxx		xxxx	xxxx	xxxx		
- Destinés à l'isolement	**26**			xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
- Gardés en réserve	**27**			xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx		

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 20 – NOMBRE DE TRAITEMENT/C/A 6790 - DIALYSE (SUITE)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nombre de traitements effectués selon la région de résidence de l'usager (au 31 mars)		**Hémodialyse traditionnelle (s-c/a 6791)**	**Hémodialyse semi-autonome (s-c/a 6792)**	**Hémodialyse à domicile (s-c/a 6793)**	**Hémodialyse hors de l'unité de dialyse (s-c/a 6794)**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Continue ambulatoire**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Automatisée**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Total (C.5 et C.6)**	**Unité mobile d'hémodialyse (s-c/a 6796)**	**Total (C.1 à C.4 + C.7 + C.8)**
01 – Bas-Saint-Laurent	**1**									
02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean	**2**									
03 – Capitale-Nationale	**3**									
04 – Mauricie et Centre-du-Québec	**4**									
05 – Estrie	**5**									
06 – Montréal	**6**									
07 – Outaouais	**7**									
08 – Abitibi-Témiscamingue	**8**									
09 – Côte-Nord	**9**									
10 – Nord-du-Québec	**10**									
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	**11**									
12 – Chaudières-Appalaches	**12**									
13 – Laval	**13**									
14 – Lanaudière	**14**									
15 – Laurentides	**15**									
16 – Montérégie	**16**									
17 – Nunavik	**17**									
18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James	**18**									
Sous-total (L.1 à L.18)	**19**									
Hors Québec	**20**									
Total (L.19 et L.20)	**21**									
Nombre de traitements effectués selon le statut de l'usager		**Hémodialyse traditionnelle (s-c/a 6791)**	**Hémodialyse semi-autonome (s-c/a 6792)**	**Hémodialyse à domicile (s-c/a 6793)**	**Hémodialyse hors de l'unité de dialyse (s-c/a 6794)**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Continue ambulatoire**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Automatisée**	**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Total (C.5 et C.6)**	**Unité mobile d'hémodialyse (s-c/a 6796)**	**Total (C.1 à C.4 + C.7 + C.8)**
Usagers admis	**22**			xxxx					xxxx	
Usagers inscrits	**23**				xxxx					
Total (L.22 et L.23)	**24**									
Nombre de traitements effectués en isolement selon le statut de l'usager		**Hémodialyse traditionnelle (s-c/a 6791)**	**Hémodialyse semi-autonome (s-c/a 6792)**	**Hémodialyse à domicile (s-c/a 6793)**	**Hémodialyse hors de l'unité de dialyse (s-c/a 6794)**			**Dialyse péritonéale (s-c/a 6795)**	**Unité mobile d'hémodialyse (s-c/a 6796)**	**Total (C.1 à C.8)**
Usagers admis placés en isolement	**25**			xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
Usagers inscrits placés en isolement	**26**			xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
Total (L.25 et L.26)	**27**			xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 20-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DU NOMBRE DE TRAITEMENTS EFFECTUÉS SELON LE STATUT DE L'USAGER/C/A 6790 - DIALYSE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	Hémodialyse traditionnelle (s-c/a 6791)	Hémodialyse semi-autonome (s-c/a 6792)	Hémodialyse à domicile (s-c/a 6793)	Hémodialyse hors de l'unité de dialyse (s-c/a 6794)	Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Continue ambulatoire	Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Automatisée	Dialyse péritonéale (s-c/a 6795) Total (C.6 et C.7)	Unité mobile d'hémodialyse (s-c/a 6796)	Total (C.2 à C.5 + C.8 et C.9)
	Usagers admis (Nombre de traitements)									
1	29490414			xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
2				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
3				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
4				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
5				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
6				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
7				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
8				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
9				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
10				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
11	Sous-total (L.1 à L.10)			xxxx					xxxx	
	Usagers inscrits (Nombre de traitements)									
12	29490414			xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
13				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
14				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
15				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
16				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
17				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
18				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
19				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
20				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
21				xxxx	xxxx				xxxx	xxxx
22	Sous-total (L.12 à L.21)				xxxx					
	Nombre de traitements									
23	Total (L.11 et L.22)									

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 20-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 23 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/S-C/A 6861 - AUDIOLOGIE

		1	2	3
Diagnostics		**Usagers**	**Jours-traitements**	**Heures de prestation de services (1)**
Enfants 0 à 3 ans	**1**			
Otite	**2**			
Acouphènes	**3**			
Médication ototoxique	**4**			
Vertiges	**5**			
Surdité professionnelle	**6**			
Presbyacousie	**7**			
Retard ou trouble de développement	**8**			
Troubles d'apprentissage ou difficultés scolaires	**9**			
Atteinte auditive d'origine cochléaire ou rétrocohléaire	**10**			
Atteinte auditive d'origine conductive	**11**			
Atteinte auditive d'origine centrale	**12**			
Audition normale	**13**			
Autres	**14**			
Équipes multidisciplinaires et consultation clinique	**15**	**xxxx**	**xxxx**	
Groupes de 16 et plus	**16**	**xxxx**	**xxxx**	
Total (L.1 à L.16)	**17**			

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61)

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 24 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/S-C/A 6862 - ORTHOPHONIE

		1	2	3
Diagnostics		**Usagers**	**Jours-traitements**	**Heures de prestation de services (1)**
Accident vasculaire cérébral	**1**			
Atteinte neurologique centrale	**2**			
Traumatisme cranio-cérébral	**3**			
Malformation tête et cou	**4**			
Tumeur et cancer tête et cou	**5**			
Déficience auditive	**6**			
Déficience intellectuelle	**7**			
Déficience motrice	**8**			
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	**9**			
Autres troubles du développement	**10**			
Retard ou trouble de la parole ou du langage	**11**			
Syndrome dysphasique	**12**			
Trouble de la fluidité	**13**			
Trouble de la voix	**14**			
Trouble d'apprentissage de la lecture et de l'écriture	**15**			
Communication normale	**16**			
Autres (ex. : dysphagie, paralysie faciale)	**17**			
Équipes multidisciplinaires et consultation clinique	**18**	xxxx	xxxx	
Groupes de 16 et plus	**19**	xxxx	xxxx	
TOTAL (L.1 à L.19)	**20**			

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61)

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 25 – RÉPARTITION DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR CATÉGORIE, PAR PHASE ET PAR NIVEAU DE STAGE/S-C/A 6861 - AUDIOLOGIE ET S-C/A 6862 - ORTHOPHONIE

		1	2
Catégories de soins		**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6861 - Audiologie**	**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6862 - Orthophonie**
Individuel	**1**		
Groupes de 2 à 5	**2**		
Groupes de 6 à 10	**3**		
Groupes de 11 à 15	**4**		
Équipes multidisciplinaires et consultation clinique (2)	**5**		
Groupes de 16 et plus (3)	**6**		
Total (L. 1 à L.6)	**7**		
Étapes du continuum phases de réadaptation		**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6861 - Audiologie**	**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6862 - Orthophonie**
Diagnostic traitement	**8**		
Réadaptation fonctionnelle intensive	**9**		
Adaptation réadaptation	**10**		
Soutien à l'intégration sociale	**11**		
Total (L. 8 à L.11)	**12**		
Stages par niveau		**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6861 - Audiologie**	**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6862 - Orthophonie**
Stage 1re année	**13**		
Stage 2e année	**14**		
Stage 3e année	**15**		
Maîtrise (4)	**16**		
Internat (audio ortho seulement)	**17**		
Total (L.13 à L.17)	**18**		

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61)
2. Report de la P.23, L.15, C.3 ou P.24, L.18, C.3.
3. Report de la P.23, L.16, C.3 ou P.24, L.19, C.3.
4. Incluant stagiaires étrangers.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 25-1 – VENTILATION DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR PHASE DE RÉADAPTATION/S-C/A 6861 - AUDIOLOGIE ET S-C/A 6862 - ORTHOPHONIE

	1	2	3
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6861 - Audiologie**	**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6862 - Orthophonie**
	Diagnostic/traitement		
1	29490414		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11	**Sous-total (L.1 à L.10)**		
	Réadaptation fonctionnelle intensive		
12	29490414		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22	**Sous-total (L.12 à L.21)**		
	Adaptation/réadaptation		
23	29490414		
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33	**Sous-total (L.23 à L.32)**		
	Soutien à l'intégration sociale		
34	29490414		
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44	**Sous-total (L.34 à L.43)**		
45	**TOTAL (L.11 + L.22 + L.33 + L.44)**		

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 25-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61)

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :		**Par :**	

Détails de la validation ERSSS

Validé le :		**Par :**	

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 26 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/C/A 6870 - PHYSIOTHÉRAPIE

		1	2	3
Diagnostics		**Usagers**	**Jours-traitements**	**Heures de prestation de services (1)**
Accident vasculaire cérébral	**1**	4	259	78
Traumatisme cranio-cérébral	**2**			
Affection neurologique centrale et lésion de la moelle épinière	**3**	7	429	129
Affection neurologique périphérique	**4**			
Amputation	**5**			
Affection rhumatismale	**6**			
Affection musculo-squelettique	**7**	3	176	50
Problème orthopédique	**8**			
Affection cardiovasculaire	**9**			
Affection respiratoire	**10**			
Affection cutanée	**11**			
Polytraumatisme	**12**			
Problème de développement	**13**			
Ultra-spécialisation médicale (hématologie, oncologie, transplantation d'organe, HIV et dysphagie)	**14**			
Urologie	**15**			
Autres affections (santé physique)	**16**	24	1031	316
Retard mental	**17**			
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	**18**			
Déficit d'attention	**19**			
Troubles mentaux organiques	**20**			
Schizophrénie et troubles psychotiques	**21**			
Trouble de l'humeur	**22**			
Trouble anxieux	**23**			
Trouble de l'adaptation	**24**			
Trouble de la personnalité	**25**			
Autres troubles mentaux	**26**			
Équipes multidisciplinaires et consultation clinique	**27**	**xxxx**	**xxxx**	
Groupes de 16 et plus	**28**	**xxxx**	**xxxx**	
Total (L.1 à L.28)	**29**	38	1895	573

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61).

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 27 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE PAR DIAGNOSTIC/C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

		1	2	3
Diagnostics		**Usagers**	**Jours-traitements**	**Heures de prestation de services**
Accident vasculaire cérébral	**1**			
Traumatisme cranio-cérébral	**2**			
Affection neurologique centrale et lésion de la moelle épinière	**3**			
Affection neurologique périphérique	**4**			
Amputation	**5**			
Affection rhumatismale	**6**			
Affection musculo-squelettique	**7**			
Problème orthopédique	**8**			
Affection cardiovasculaire ou de l'appareil circulatoire	**9**			
Affection respiratoire	**10**			
Affection cutanée	**11**			
Polytraumatisme	**12**			
Problème de développement	**13**			
Ultra-spécialisation médicale (hématologie, oncologie, transplantation d'organe, HIV, dysphagie)	**14**			
Urologie	**15**			
Autres affections (santé physique)	**16**			
Retard mental	**17**			
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	**18**			
Déficit d'attention	**19**			
Troubles mentaux organiques	**20**			
Schizophrénie et troubles psychotiques	**21**			
Trouble de l'humeur	**22**			
Trouble anxieux	**23**			
Trouble de l'adaptation	**24**			
Trouble de la personnalité	**25**			
Autres troubles mentaux	**26**			
Équipes multidisciplinaires et consultation clinique	**27**	**xxxx**	**xxxx**	
Groupes de 16 et plus	**28**	**xxxx**	**xxxx**	
Total (L.1 à L.28)	**29**			

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 27-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES SELON LE DIAGNOSTIC/C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**0**	29490414										
Diagnostics		**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**HPS (1)**	**Total (C.1 à C.10)**
Accident vasculaire cérébral	**1**											
Traumatisme cranio-cérébral	**2**											
Affection neurologique centrale et lésion de la moelle épinière	**3**											
Affection neurologique périphérique	**4**											
Amputation	**5**											
Affection rhumatismale	**6**											
Affection musculo-squelettique	**7**											
Problème orthopédique	**8**											
Affection cardiovasculaire ou de l'appareil circulatoire	**9**											
Affection respiratoire	**10**											
Affection cutanée	**11**											
Polytraumatisme	**12**											
Problème de développement	**13**											
Ultra-spécialisation médicale (hématologie, oncologie, transplantation d'organe, HIV, dysphagie)	**14**											
Urologie	**15**											
Autres affections (santé physique)	**16**											
Retard mental	**17**											
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	**18**											
Déficit d'attention	**19**											
Troubles mentaux organiques	**20**											
Schizophrénie et troubles psychotiques	**21**											
Trouble de l'humeur	**22**											
Trouble anxieux	**23**											
Trouble de l'adaptation	**24**											
Trouble de la personnalité	**25**											
Autres troubles mentaux	**26**											
Équipes multidisciplinaires et consultation clinique	**27**											
Groupes de 16 et plus	**28**											
Total (L.1 à L.28)	**29**											

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 27-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61).

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 28 – RÉPARTITION DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR CATÉGORIE, PAR PHASE ET PAR NIVEAU DE STAGE/C/A 6870 - PHYSIOTHÉRAPIE ET C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

		1	2
Catégories de soins		**Heures de prestation de services (1) c/a 6870 - Physiothérapie**	**Heures de prestation de services (1) c/a 6880 - Ergothérapie**
Individuel	**1**	573	
Groupes de 2 à 5	**2**		
Groupes de 6 à 10	**3**		
Groupes de 11 à 15	**4**		
Équipes multidisciplinaires et consultation clinique (2)	**5**		
Groupes de 16 et plus (3)	**6**		
Total (L. 1 à L.6)	**7**	573	
Étapes du continuum phases de réadaptation		**Heures de prestation de services (1) c/a 6870 - Physiothérapie**	**Heures de prestation de services (1) c/a 6880 - Ergothérapie**
Diagnostic / traitement	**8**		
Réadaptation fonctionnelle intensive	**9**		
Adaptation / réadaptation	**10**		
Soutien à l'intégration sociale	**11**		
Total (L. 8 à L.11)	**12**		
Stages par niveau		**Heures de prestation de services (1) c/a 6870 - Physiothérapie**	**Heures de prestation de services (1) c/a 6880 - Ergothérapie**
Stage TRP (4)	**13**		
Stage 1re année	**14**		
Stage 2e année	**15**		
Stage 3e année	**16**		
Stage d'intégration	**17**		
	18	**xxxx**	**xxxx**
Total (L.13 à L.18)	**19**		

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61).
2. Report de la P.26 ou P.27, L.27, C.3.
3. Report de la P.26 ou P.27, L.28, C.3.
4. Stagiaires supervisés par un professionnel du service.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 28-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES HEURES DE PRESTATION DE SERVICES PAR PHASE DE RÉADAPTATION/S-C/A 6870 - PHYSIOTHÉRAPIE ET C/A 6880 - ERGOTHÉRAPIE

	1	2	3
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6870 - Physiothérapie**	**Heures de prestation de services (1) s-c/a 6880 - Ergothérapie**
	Diagnostic/traitement		
1	29490414		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11	**Sous-total (L.1 à L.10)**		
	Réadaptation fonctionnelle intensive		
12	29490414		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22	**Sous-total (L.12 à L.21)**		
	Adaptation/réadaptation		
23	29490414		
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33	**Sous-total (L.23 à L.32)**		
	Soutien à l'intégration sociale		
34	29490414		
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44	**Sous-total (L.34 à L.43)**		
45	**TOTAL (L.11 + L.22 + L.33 + L.44)**		

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 28-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Arrondir à l'unité près (ex. : 61,50 heures = 62 / 61,31 heures = 61).

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 29 – RÉPARTITION DES UNITÉS DE MESURE SELON LE TYPE D'ACTIVITÉS/C/A 7090 - L'UNITÉ DE MÉDECINE DE JOUR

		1	2	3
Activités		**Nombre de jours-soins**	**Nombre d'usagers inscrits**	**Nombre d'appels téléphoniques**
Services rendus ailleurs qu'à l'unité (1) (2)				
Coordination ou préparation et/ou surveillance d'interventions réalisées ailleurs				
– Examens multiples coordonnés le même jour (gériatrie, pédiatrie, pathologie grave, etc.) incluant la consultation médicale, s'il y a lieu	1			
– Bilan préopératoire pour préadmission (incluant le bilan prégreffe) (3)	2			
– Préparation le jour-même à une chirurgie avec hospitalisation (3)	3			xxxx
– Biopsies (foie, pancréas, rein, rate, glandes surrénales, poumon)	4			xxxx
– Biopsies autres (ex.: osseuse, ...)	5			xxxx
– Ponctions du canal rachidien et cavité pleurale	6			xxxx
– Techniques endoscopiques plus de 3 h	7			xxxx
– Techniques endoscopiques moins de 3 h	8			xxxx
– Techniques effractives d'imagerie (artériographie)	9			xxxx
– Techniques hémodynamiques	10			xxxx
– Électroconvulsothérapie (ECT)	11			xxxx
– Autres (préciser) (4)	12			xxxx
Services entièrement rendus à l'unité				
Interventions diagnostiques ou thérapeutiques				
– Ponctions d'ascite avec injection d'albumine	13			xxxx
– Ponctions autres (ex.: moelle, abdominale, ...)	14			xxxx
– Épreuves en endocrinologie, gastro-entérologie, néphrologie et allergie	15			xxxx
– Transfusion sang et dérivés / Immunoglobulines / Aphérèse pour hypercholestérolémie héréditaire	16			xxxx
– Contrôle de la douleur (infiltration, épidurale)	17			xxxx
– Chimiothérapie	18			xxxx
– Administration de médication intraveineuse (autres que chimiothérapie) incluant les soins (insertions et retraits de cathéters centraux)	19			xxxx
– Soins et suivi des plaies	20			xxxx
– Soins système urinaire (installation et retrait de sonde, médication intravésicale, ...)	21			xxxx
– Phlébotomie / Saignée	22			xxxx
– Autres (préciser) (3)	23			xxxx
Enseignement et suivi (incluant le soin s'il y a lieu)				
– Diabète	24			
– Antibiothérapie intraveineuse à long terme	25			
– Maladie cardiovasculaire	26			
– Insuffisance rénale chronique (prédialyse)	27			
– Postgreffe	28			
– Maladie pulmonaire	29			
– Anticoagulothérapie	30			
– VIH	31			
– Obésité morbide	32			
– Douleur chronique	33			
– Autres (préciser) (4)	34			xxxx
Total (L.1 à L.34)	35			

1. À moins d'être déjà imputées au(x) centre(s) d'activités spécifique(s) pertinent(s).

2. Les biopsies réalisées à l'unité restent sous le titre "Préparation et/ou surveillance...".

3. Les activités préopératoires des usagers admis sont relevées avec les usagers inscrits.

4. Afin de préciser "Autres" les lignes 12 et 34, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 30 – C/A 0500 - PARC DE STATIONNEMENT/S-C/A 7203 - BIBLIOTHÈQUE/S-C/A 7554 - ALIMENTATION - AUTRES/S-C/A 7604 - BUANDERIE

		1	2	3	4	5	6	7
STATIONNEMENT (C/A 0500)								
Nombre de places de stationnement selon les utilisateurs (au 31 mars)		**Payantes exploitées par l'établissement**	**Payantes exploitées par la fondation**	**Payantes exploitées par une autre organisation**	**Total (C.1 à C.3)**	**Non payantes**	**Total (C.4 à C.5)**	
Employés(es), médecins, etc.	**1**							
Visiteurs, locataires, etc.	**2**							
Total (L.1 et L.2)	**3**							
BIBLIOTHÈQUE (S-C/A 7203)								
Prêts et recherches		**Nombre**						
Prêt de documentation	**4**							
Prêt entre bibliothèques	**5**							
Recherche documentaire	**6**							
Total (L.4 à L.6)	**7**							
ALIMENTATION (S-C/A 7554)								
Nombre de repas servis selon le lieu de production		**Repas gratuits aux usagers admis**	**Repas gratuits autres**	**Total (C.1 et C.2)**	**Ventes de repas au prix conventionné ou équivalent**	**Ventes de repas aux usagers inscrits en CDJ ou Hôpital de jour**	**Ventes de repas aux usagers autres**	**Total (C.4 à C.6)**
À l'établissement	**8**	32741		32741			3676	3676
Achetés ailleurs	**9**							
BUANDERIE (S-C/A 7604)								
Endroit		**Pour l'établissement**	**Services vendus**					
Poids du linge souillé avant blanchissage (1)								
– À l'établissement	**10**	69836						
– Dans d'autres établissements	**11**							
– À l'extérieur								
–– Services communautaires	**12**							
–– Services privés	**13**							
Poids du linge propre (1)								
– À l'établissement	**14**	61412						
– Dans d'autres établissements	**15**							
– À l'extérieur								
–– Services communautaires	**16**							
–– Services privés	**17**							

1. Nombre de kilo (kg).

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 30-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DU NOMBRE DE REPAS GRATUITS SERVIS SELON LE LIEU DE PRODUCTION ET SELON LE STATUT DE L'USAGER S-C/A 7554 - ALIMENTATION - AUTRES

	1	2	3	4	5	6
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	Repas gratuits aux usagers admis hospitalisés	Repas gratuits aux usagers admis hébergés	Total (C.2 + C.3)	Repas gratuits autres	Repas gratuits Total (C.4 + C.5)
	À l'établissement					
1	29490414		32741	32741		32741
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11	**Total (L.1 à L.10)**		32741	32741		32741
	Achetés ailleurs					
12	29490414					
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22	**Total (L.12 à L.21)**					

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 30-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 31 – RÉPARTITION DES USAGERS ADMIS EN CHSLD INCLUANT L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ET L'URFI EN CHSLD

		1	2	3	4	5	6	7
Mouvement des usagers par groupes d'âges		**Nombre en début d'année (1er avril)**	**Admissions durant l'année (1)**	**Total (C.1 + C.2)**	**Sorties durant l'année (2)**	**Décès**	**Nombre à la fin de l'année (C.3 - C.4 - C.5)**	**Nombre de jours-présence durant l'année**
0 à 24 ans	**1**							
25 à 34 ans	**2**							
35 à 44 ans	**3**							
45 à 54 ans	**4**							
55 à 64 ans	**5**							
65 à 69 ans	**6**	2	0	2			2	712
70 à 74 ans	**7**	3	0	3			3	1095
75 à 79 ans	**8**	3	3	6		2	4	1437
80 à 84 ans	**9**	6	2	8		1	7	2106
85 à 89 ans	**10**	11	2	13		5	8	3644
90 ans ou plus	**11**	3	4	7		3	4	1080
Total (L.1 à L.11)	**12**	28	11	39		11	28	10074
Provenance des usagers admis et destination des usagers sortis durant l'année		**Nombre admis**	**Nombre sortis**					
Domicile – sans service	**13**	1						
Domicile – avec services	**14**	1						
Centre hospitalier	**15**	9						
CHSLD public	**16**							
CHSLD privé conventionné	**17**							
CHSLD privé non conventionné	**18**							
CHSLD privé non conventionné agréé	**19**	**xxxx**	**xxxx**					
CHSLD privé conventionné-spécifique	**20**	**xxxx**	**xxxx**					
Ressource intermédiaire	**21**							
Résidence d'accueil – adultes	**22**							
Famille d'accueil – enfants	**23**							
Centre de réadaptation	**24**							
Autres (préciser) (3)	**25**							
Total (L.13 à L.25)	**26**	11						

1. Excluant les déplacements internes (arrivées).

2. Excluant les déplacements internes (départs).

3. Afin de préciser "Autres" de la ligne 25, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 31-1 – VENTILATION PAR ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) DES ADMISSIONS DURANT L'ANNÉE EN CHSLD INCLUANT L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ET L'URFI EN CHSLD

	1	2
	Code de l'installation ayant une mission CHSGS (*)	**Nombre d'admissions durant l'année (1)**
1	29490414	11
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11	**TOTAL (L.1 à L.10)**	11

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les codes inscrits aux pages 2-1 à 2-10 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 31-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

1. Excluant les déplacements internes.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 32 – USAGERS ADMIS EN CHSLD - INCLUANT L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE ET L'URFI EN CHSLD

		1	2	3	4
		Nombre			
Durée de séjour					
– Séjour en jours des usagers ayant quitté l'établissement (1)	1	8109			
– Durée moyenne de séjour (2) (L.1 divisée par P.31, L.12, C.4 + P.31, L.12, C.5)	2	737			
– Séjour en jours des usagers présents au 31 mars	3	38909			
– Durée moyenne de séjour des usagers présents au 31 mars (2) (L.3 divisée par P.31, L.12, C.6)	4	1390			
Congés temporaires des usagers durant l'année du rapport					
– Usagers différents qui se sont absentés durant l'année du rapport	5				
– Congés temporaires	6				
– Jours d'absence pour congés temporaires (3)	7				
– Jours d'absence relevés comme dépassements	8				
Classement de tous les usagers admis par groupes d'âges (présents au 31 mars)		**Réadaptation (c/a 6080) (4)**	**Hébergement et soins de longue durée (c/a 6060) (5)**	**Hébergement et soins de longue durée (c/a 6270) (6)**	**Total (C.1 à C.3)**
0 à 24 ans	9				
25 à 34 ans	10				
35 à 44 ans	11				
45 à 54 ans	12				
55 à 64 ans	13				
65 à 69 ans	14		2		2
70 à 74 ans	15		3		3
75 à 79 ans	16		4		4
80 à 84 ans	17		7		7
85 à 89 ans	18		8		8
90 ans ou plus	19		4		4
Total (L.9 à L.19)	20		28		28

1. Excluant les déplacements internes.

2. Compléter à l'unité le chiffre après le point. Voir les définitions et explications.

3. Excluant les dépassements.

4. Soins infirmiers d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive.

5. Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie en hébergement.

6. Unités de soins aux personnes en perte d'autonomie avec diagnostic psychiatrique.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 33 – DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR DES USAGERS HÉBERGÉS EN CHSLD

		1	2	3	4	5	6
DURÉE DE SÉJOUR DES USAGERS HÉBERGÉS EN CHSLD		**Hébergement temporaire**	**c/a 6080**	**c/a 6270**	**c/a 6060 (excluant hébergement temporaire)**	**Total pour l'ensemble des usagers (C.1 à C.5)**	
Séjour en jours des usagers ayant quitté l'établissement durant l'année	**1**				8109	8109	
Nombre d'usagers ayant quitté	**2**				11	11	
Durée moyenne de séjour (1) (L.1 ÷ L.2)	**3**				737	737	
Séjour en jours des usagers présents au 31 mars	**4**				38909	38909	
Nombre d'usagers présents au 31 mars	**5**				28	28	
Durée moyenne de séjour des usagers présents au 31 mars (1) (L.4 ÷ L.5)	**6**				1390	1390	
DURÉE DE SÉJOUR MOYEN PAR MOTIFS (1er avril au 31 mars)		**Usagers au début de l'année**	**Usagers admis en cours d'année**	**Jours-présence**	**Total (C.1 à C.2)**	**Durée moyenne de séjour (C.3 / C.4)**	**Usagers admis au 31 mars**
Hébergement temporaire par catégories de besoins							
– Répit aux aidants	**11**						
– Dépannage familial	**12**						
– Désengorgement des urgences	**13**						
– Protection sociale	**14**						
– Convalescence	**15**						
– Soins palliatifs (2)	**16**						
– Hébergement de crise	**17**						
– Services posthospitaliers (aussi appelé UTRF)	**18**						
– Autres (préciser) (3)	**19**						
Total (L.11 à L.19) (4)	**20**						
Hébergement temporaire vendu ou acheté							
Ventes de services posthospitaliers	**21**						
Autres ventes de services d'hébergement et de soins	**22**						
Achat de services posthospitaliers en CHSLD privés non conventionnés	**23**						
Autre achat de services d'hébergement et de soins en CHSLD privés non conventionnés	**24**						
DURÉE DE SÉJOUR MOYEN (1er avril au 31 mars)		**Usagers au début de l'année**	**Usagers admis en cours d'année**	**Jours-présence**	**Total (C.1 à C.2)**	**Durée moyenne de séjour (C.3 / C.4)**	**Usagers admis au 31 mars**
Réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080)	**25**						

1. Compléter à l'unité le chiffre après le point. Voir les définitions et explications.

2. Voir la définition à la page 2, L.17.

3. Afin de préciser "Autres" de la ligne 19, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

4. Sauf C.5 = L.20, C.3 / L.20, C.4

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 34 – DISTRIBUTION DES JOURS-PRÉSENCE DU C/A 6060 (1) ENTRE LES PROGRAMMES SERVICES POUR LES USAGERS AYANT ÉTÉ OU ÉTANT HÉBERGÉS DURANT L'EXERCICE FINANCIER

		1	2	3	4	5	6	7	8
Jours-présence par groupes d'âges		**SAPA (2)**	**Déficience physique**	**Déficience intellectuelle**	**TSA (3)**	**Dépen-dances**	**Santé mentale**	**Santé physique**	**Total (C.1 à C.7)**
0 à 24 ans	**1**								
25 à 34 ans	**2**								
35 à 44 ans	**3**								
45 à 54 ans	**4**								
55 à 64 ans	**5**								
65 à 69 ans	**6**	446		266					712
70 à 74 ans	**7**	730		365					1095
75 à 79 ans	**8**	1437							1437
80 à 84 ans	**9**	2106							2106
85 à 89 ans	**10**	3644							3644
90 ans ou plus	**11**	1080							1080
Total (L.1 à L.11)	**12**	9443		631					10074

1. Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (en hébergement).

2. SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

3. TSA : Troubles du spectre de l'autisme.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 35 – MOUVEMENT DES USAGERS INSCRITS, LEUR PROVENANCE ET LEUR DESTINATION/C/A 6960 - CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

		1	2	3	4	5
Mouvement des usagers inscrits par groupes d'âges (1er avril au 31 mars)		**Nombre au début de l'année**	**Inscriptions durant l'année**	**Total (C.1 + C.2)**	**Départs durant l'année**	**Nombre en fin d'année (C.3 - C.4)**
0 à 24 ans	**1**					
25 à 34 ans	**2**					
35 à 44 ans	**3**					
45 à 54 ans	**4**					
55 à 64 ans	**5**					
65 à 69 ans	**6**					
70 à 74 ans	**7**					
75 à 79 ans	**8**					
80 à 84 ans	**9**					
85 à 89 ans	**10**					
90 ans ou plus	**11**					
Total (L.1 à L.11)	**12**					
Provenance et destination des usagers durant l'année		**Nombre d'inscriptions**	**Nombre de départs**			
Domicile – sans service	**13**					
Domicile – avec services	**14**					
Centre hospitalier	**15**					
CHSLD public	**16**					
CHSLD privé conventionné	**17**					
CHSLD privé non conventionné	**18**					
CHSLD privé non conventionné agréé	**19**	xxxx	xxxx			
CHSLD privé conventionné-spécifique	**20**	xxxx	xxxx			
Ressource intermédiaire	**21**					
Résidence d'accueil – adultes	**22**					
Famille d'accueil – enfants	**23**					
Centre de réadaptation	**24**					
Autres (précisier) (1)	**25**					
Total (L.13 à L.25)	**26**					

1. Afin de préciser "Autres" de la ligne 25, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 37 – C/A 6960 - CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (SUITE)

		1
Personnel attitré au Centre de jour		**Total des heures travaillées (1)**
Chef de service ou coordonnateur	**1**	
Infirmière et infirmière auxiliaire	**2**	
Éducateur (2)	**3**	
Ergothérapeute et préposé en ergothérapie	**4**	
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et préposé en physiothérapie	**5**	
Psychologue et thérapeute du comportement humain	**6**	
Travailleur social, agent de relation humaine et technicien en assistance sociale	**7**	
Diététiste	**8**	
Auxiliaire aux services de santé et sociaux et préposé au service alimentaire	**9**	
Personnel de bureau	**10**	
Autres (préciser) (3)	**11**	
Sous-total (L.1 à L.11)	**12**	
Conducteur de véhicules (c/a 7690)	**13**	
Total (L.12 et L.13)	**14**	
Planification des interventions en Centre de jour		**Nombre d'usagers**
Plans d'intervention	**15**	
Plans de services individualisés	**16**	
Référence des usagers inscrits au Centre de jour durant l'année		**Nombre d'usagers**
CLSC	**17**	
Organisme communautaire	**18**	
Hôpital de jour	**19**	
Médecin	**20**	
De sa propre initiative	**21**	
Autres (préciser) (3)	**22**	
Total (L.17 à L.22)	**23**	
Transport des usagers du Centre de jour inclus au c/a 7690 - Transport externe des usagers		**Nombre de transport**
L'usager est sur pieds	**24**	
L'usager est en fauteuil roulant	**25**	
Total (L.24 à L.25)	**26**	

1. Incluant les heures des employés occasionnels c'est-à-dire les employés travaillant sur appel, ainsi que les employés temporaires (TCT et TPT) mais excluant les heures pour la main-d'œuvre indépendante.

2. Psychoéducateur, spécialiste en réadaptation psychosociale, génagogue, récréologue, technicien ou moniteur en loisirs, technicien en gérontologie, technicien en éducation spécialisée et assistant en réadaptation.

3. Afin de préciser "Autres" des lignes 11 et 22, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 38 – MOUVEMENT DES USAGERS INSCRITS, LEUR PROVENANCE ET LEUR DESTINATION (DU 1ER AVRIL AU 31 MARS)/C/A 6290 - HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

		1	2	3	4	5
Mouvement des usagers inscrits par groupes d'âges (1er avril au 31 mars)		**Nombre au début de l'année**	**Inscriptions durant l'année**	**Total (C.1 + C.2)**	**Départs durant l'année**	**Nombre à la fin de l'année (C.3 - C.4)**
0 à 24 ans	**1**					
25 à 34 ans	**2**					
35 à 44 ans	**3**					
45 à 54 ans	**4**					
55 à 64 ans	**5**					
65 à 69 ans	**6**					
70 à 74 ans	**7**					
75 à 79 ans	**8**					
80 à 84 ans	**9**					
85 à 89 ans	**10**					
90 ans ou plus	**11**					
Total (L.1 à L.11)	**12**					
Provenance et destination des usagers durant l'année		**Nombre d'Inscriptions**	**Nombre de départs**			
Domicile – sans service	**13**					
Domicile – avec services	**14**					
Centre hospitalier	**15**					
CHSLD public	**16**					
CHSLD privé conventionné	**17**					
CHSLD privé non conventionné	**18**					
CHSLD privé non conventionné agréé	**19**	**xxxx**	**xxxx**			
CHSLD privé conventionné-spécifique	**20**	**xxxx**	**xxxx**			
Ressource intermédiaire	**21**					
Résidence d'accueil – adultes	**22**					
Famille d'accueil – enfants	**23**					
Centre de réadaptation	**24**					
Autres (préciser) (1)	**25**					
Total (L.13 à L.25)	**26**					

1. Afin de préciser "Autres" de la ligne 25, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 40 – C/A 6290 - HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE (DU 1ER AVRIL AU 31 MARS) (SUITE)

		1
Personnel attitré à l'hôpital de jour gériatrique		**Total des heures travaillées (1)**
Chef de service ou coordonnateur	**1**	
Infirmière et infirmière auxiliaire	**2**	
Éducateur	**3**	
Ergothérapeute et préposé en ergothérapie	**4**	
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et préposé en physiothérapie	**5**	
Psychologue et thérapeute du comportement humain	**6**	
Travailleur social, agent de relationhumaine et technicien en assistance sociale	**7**	
Diététiste	**8**	
Auxiliaire aux services de santé et sociaux et préposé au service alimentaire	**9**	
Personnel de bureau	**10**	
Autres (préciser) (2)	**11**	
Sous-total (L.1 à L.11)	**12**	
Conducteur de véhicules (c/a 7690)	**13**	
Total (L.12 et L.13)	**14**	
Type de transport utilisé par les usagers inscrits à l'Hôpital de jour gériatrique (du 1er avril au 31 mars)		**Nombre d'usagers**
Transport adapté (minibus, privé adapté, etc.)	**15**	
Transport non adapté (taxi, voiture personnelle, transport bénévole, etc.)	**16**	
Autre information sur des services aux usagers		**Nombre de visites**
À l'hôpital de jour	**17**	
À domicile par un professionnel de la santé	**18**	

1. Incluant les heures des employés occasionnels, c'est-à-dire les employés travaillant sur appel, ainsi que les employés temporaires (TCT et TPT) mais excluant les heures pour la main-d'œuvre indépendante.

2. Afin de préciser "Autres" de la ligne 11, ajouter une pièce jointe à l'aide de la page 0.
L'ensemble de vos informations pour précisions doivent être consolidées puisqu'un seul document peut être joint.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 42 – HÉBERGEMENT DANS D'AUTRES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS

		1
Entente avec un CHSLD privé non conventionné selon le type d'hébergement		**Nombre de lits/ places disponibles**
Permanent ou transitoire acheté	1	
Temporaire acheté	2	
Total (L.1 à L.2)	3	
Ressource d'habitation collective visée par un projet novateur		**Places disponibles**
Places supportées par des services à domicile continus	4	

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 43 – RÉPARTITION ENTRE LA DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP) ET LA SANTÉ PHYSIQUE (SPH) UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (URFI)

		1	2	3
Répartition des usagers admis en URFI attribuables à la DP et à la SPH		**Correspondant à la DP**	**Correspondant à la SPH**	
Nombre d'usagers admis en URFI et ayant reçu des services de réadaptation intensifs	**1**			
Répartition selon les unités de mesure retenues attribuables à la DP et à la SPH par c/a		**Nombre d'unités attribuables à l'URFI-DP**	**Nombre d'unités attribuables à l'URFI-SPH**	**Total (C.1 à C.2)**
Médecine (s-c/a 6051) (1)	**2**			
Médecine et chirurgie (non réparti) (s-c/a 6056) (1)	**3**			
Soins infirmiers et d'assistance en unités de réadaptation fonctionnelle intensive (c/a 6080) (1)	**4**			
Psychologie (s-c/a 6564) (2)	**5**			
Services sociaux (s-c/a 6565) (2)	**6**			
Orthophonie (s-c/a 6862) (3)	**7**			
Physiothérapie (c/a 6870) (3)	**8**			
Ergothérapie (c/a 6880) (3)	**9**			
Internat – déficience physique (s-c/a 6946) (1)	**10**			
Réadaptation pour adultes – Déficience motrice (c/a 8020) (3)	**11**			
Réadaptation pour enfants – Déficience motrice (c/a 8030) (3)	**12**			
Adaptation/intégration sociales et adaptation professionnelle – Déficience motrice (c/a 8040) (3)	**13**			

Unité de mesure retenue aux lignes 25 ou 30 du rapport financier annuel (formulaire AS-471)
1. A) Jour-présence
2. B) Usager
3. A) HPS

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 44 – COMPLÉMENT D'INFORMATION CONCERNANT LE SOUTIEN PROFESSIONNEL DANS LE CADRE DES PROGRAMMES POUR LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) ET LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE-RÉSEAU (GMF-R)

	1	2	3	4	5	6	7
	No GMF (1)	Nom du GMF (1)	Heures travaillées (2) IPS-SPL	Heures travaillées (2) Infirmière clinicienne	Heures travaillées (2) Infirmière technicienne	Heures travaillées (2) Infirmière auxiliaire	Total (C.3 à C.6)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40		TOTAL (L.1 à L.39)					

1. La liste des codes (à quatre chiffres) et des noms des GMF et GMF-R est annexée à la circulaire codifiée 03.01.61.29.

2. Ce nombre est compris dans les heures travaillées déclarées à la page 650 du rapport financier annuel (formulaire AS-471) du c/a 5981 - Services infirmiers dans les GMF et les GMF-R, sous les rubriques : personnel - temps régulier L.2, C.3, temps supplémentaire L.3, C.3 ou main-d'œuvre indépendante à la L.5, C.3.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 44-1 – COMPLÉMENT D'INFORMATION CONCERNANT LES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET LES AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES GMF ET GMF-R

	1	2	3	4	5	6
	No GMF	Nom du GMF (1)	Heures travaillées (2) Travailleurs sociaux	Heures travaillées (3) Kinésiologue	Heures travaillées (3) Physio-thérapeute	Heures travaillées (3) Ergothérapeute
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40		Total (L.1 à L.39)				

1.
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les noms inscrits à la page 44 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 44-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

2. Ce nombre est compris dans les heures travaillées déclarées à la page 650 du rapport financier annuel (formulaire AS-471) du s-c/a 5982 - Travailleurs sociaux dans les GMF et les GMF-R sous les rubriques : personnel - temps régulier L.2, C.3, temps supplémentaire L.3, C.3 ou main-d'œuvre indépendante à la L.5, C.3.

3. Ce nombre est compris dans les heures travaillées déclarées à la page 650 du rapport financier annuel (formulaire AS-471) du s-c/a 5983 - Autres professionnels dans les GMF et les GMF-R sous les rubriques : personnel - temps régulier L.2, C.3, temps supplémentaire L.3, C.3 ou main-d'œuvre indépendante à la L.5, C.3.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 44-2 – COMPLÉMENT D'INFORMATION CONCERNANT LES AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES GMF ET GMF-R (SUITE)

	1	2	3	4	5	6
	No GMF	**Nom du GMF (1)**	**Heures travaillées (2) Nutritionniste**	**Heures travaillées (2) Inhalothérapeute**	**Heures travaillées (2) Psychologue**	**Heures travaillées (2) Autres professionnels**
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40		**Total (L.1 à L.39)**				

1.
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les noms inscrits à la page 44 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 44-2 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie.

2. Ce nombre est compris dans les heures travaillées déclarées à la page 650 du rapport financier annuel (formulaire AS-471) du s-c/a 5983 - Autres professionnels dans les GMF et les GMF-R, sous les rubriques : personnel - temps régulier L.2, C.3, temps supplémentaire L.3, C.3 ou main-d'œuvre indépendante à la L.5, C.3.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 45 – SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS – ACCRÉDITÉS AU COURS DES EXERCICES FINANCIERS PRÉCÉDENTS

	1	2	3	4	5	6	7
	Organisme responsable du service de premiers répondants ayant obtenu son accréditation (avant le 1er avril 2020)	Nombre de points de services ou de véhicules accrédités (en 2020–2021)	Nombre de points de services ou de véhicules actifs (au 31 mars 2021)	Code de niveau de services (1)	Nombre de 1er répondants ou de policiers	Nombre d'appels effectués Priorité « PO »	Nombre d'appels effectués Autres priorités
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40	Total (L.1 à L.39)			xxxx			

1. PR-DEA (Premier répondant-DEA)
PR-1 (Premier répondant de niveau 1)
PR-2 (Premier répondant de niveau 2)
PR-3 (Premier répondant de niveau 3)
DEA-Police (Services de police et DEA)
PR-Élargis (Premiers répondants élargis)

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 45-1 – SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS – ACCRÉDITÉS AU COURS DES EXERCICES PRÉCÉDENTS (SUITE)

	1	2	3	4	5	6	7
	Organisme responsable du service de premiers répondants ayant obtenu son accréditation (avant le 1er avril 2020)	Nombre de points de services ou de véhicules accrédités (en 2020–2021)	Nombre de points de services ou de véhicules actifs (au 31 mars 2021)	Code de niveau de services (1)	Nombre de 1er répondants ou de policiers	Nombre d'appels effectués Priorité « PO »	Nombre d'appels effectués Autres priorités
1	Report de la P.45, L.40			xxxx			
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40	Total (L.1 à L.39)			xxxx			

1. PR-DEA (Premier répondant-DEA)
PR-1 (Premier répondant de niveau 1)
PR-2 (Premier répondant de niveau 2)
PR-3 (Premier répondant de niveau 3)
DEA-Police (Services de police et DEA)
PR-Élargis (Premiers répondants élargis)

* Précision :
Parfois, il faut rafraîchir les totaux puisqu'il y a eu un report de la page 45.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le : **Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le : **Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19 **Par :** Mylène Chartier

PAGE 45-2 – SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS – ACCRÉDITÉS DURANT L'EXERCICE COURANT

	1	2	3	4	5	6	7
	Organisme responsable du service de premiers répondants ayant obtenu son accréditation (entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021)	Nombre de points de services ou de véhicules accrédités (en 2020–2021)	Nombre de points de services ou de véhicules actifs (au 31 mars 2021)	Code de niveau de services (1)	Nombre de 1er répondants ou de policiers	Nombre d'appels effectués Priorité « PO »	Nombre d'appels effectués Autres priorités
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10	Total (L.1 à L.9)			xxxx			
11	Report de la P.45-1, L.40			xxxx			
12	Grand total (L.10 + L.11)			xxxx			

1. PR-DEA (Premier répondant-DEA)
PR-1 (Premier répondant de niveau 1)
PR-2 (Premier répondant de niveau 2)
PR-3 (Premier répondant de niveau 3)
DEA-Police (Services de police et DEA)
PR-Élargis (Premiers répondants élargis)

* Précision :
Parfois, il faut rafraîchir les totaux puisqu'il y a eu un report de la page 45-1.

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 46 – CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ

	1	2	3	4	5	6
	Nom du centre de communication santé	**Nombre d'appels reçus**	**Heures travaillées Prise d'appels et répartition**	**Heures à utiliser pour fins de calcul**	**Postes ETC pour fins de calcul (C.3 / C.4)**	**Appel par poste ETC (C.2 / C.5)**
1				**1600**		
2				**1600**		
3				**1600**		

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 47-0 – SOMMAIRE DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES

	1	2	3	4	5
	Nom de l'entreprise (*)	**Heures de services Autorisées**	**Heures de services Non livrées**	**Heures de services Réelles livrées (C.2 - C.3)**	**Heures de services Supplémentaires**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26	**Total (L.1 à L.25)**				

(*)
Étape 1 : Saisir les noms d'entreprises et "Enregistrer"
Étape 2 : Compléter les pages 47-1 à 47-5 et "Enregistrer"
Étape 3 : Ouvrir la page 47-X et "Enregistrer"

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :**	Mylène Chartier

PAGE 47-1 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN POSITIONNEMENT

	1	2	3	4	5
	Nom de l'entreprise (*)	**Heures de services Autorisées**	**Heures de services Non livrées**	**Heures de services Réelles livrées (C.2 - C.3)**	**Heures de services Supplémentaires**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26	**Total (L.1 à L.25)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les noms d'entreprise inscrits à la page 47-0 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 47-1 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie, puis "Enregistrer"

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le :	2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 47-2 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN DÉPLOIEMENT DYNAMIQUE

	1	2	3	4	5
	Nom de l'entreprise (*)	**Heures de services Autorisées**	**Heures de services Non livrées**	**Heures de services Réelles livrées (C.2 - C.3)**	**Heures de services Supplémentaires**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26	**Total (L.1 à L.25)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les noms d'entreprise inscrits à la page 47-0 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 47-2 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie, puis "Enregistrer"

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 47-3 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN POINT DE SERVICES

	1	2	3	4	5
	Nom de l'entreprise (*)	**Heures de services Autorisées**	**Heures de services Non livrées**	**Heures de services Réelles livrées (C.2 - C.3)**	**Heures de services Supplémentaires**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26	**Total (L.1 à L.25)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les noms d'entreprise inscrits à la page 47-0 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 47-3 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie, puis "Enregistrer"

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 47-4 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART DE FACTION

	1	2	3	4	5
	Nom de l'entreprise (*)	**Heures de services Autorisées**	**Heures de services Non livrées**	**Heures de services Réelles livrées (C.2 - C.3)**	**Heures de services Supplémentaires**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26	**Total (L.1 à L.25)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les noms d'entreprise inscrits à la page 47-0 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 47-4 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie, puis "Enregistrer"

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 47-5 – ENTREPRISES AMBULANCIÈRES – QUART EN ÉVÉNEMENTS SPÉCIAUX

	1	2	3	4	5
	Nom de l'entreprise (*)	**Heures de services Autorisées**	**Heures de services Non livrées**	**Heures de services Réelles livrées (C.2 - C.3)**	**Heures de services Supplémentaires**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26	**Total (L.1 à L.25)**				

(*)
Étape 1 : Sélectionner "Enregistrer" afin de reporter les noms d'entreprise inscrits à la page 47-0 préalablement.
Étape 2 : Rouvrir la page 47-5 et sélectionner "Modifier la page" pour débuter la saisie, puis "Enregistrer"

Détails du formulaire

Nom :	4787 - AS-478 (2020-2021)	**Statut :**	Accepté
Établissement :	2949-0414 - Foyer Saints-Anges de Ham-Nord Inc.	**Type :**	Établissement
Année :	2020-2021		
Région :	04 - Mauricie et Centre-du-Québec		

Détails de la transmission

Transmis le :	**Par :**

Détails de la validation ERSSS

Validé le :	**Par :**

Détails de la validation MSSS

Validé le : 2021-07-19	**Par :** Mylène Chartier

PAGE 47-X – PAGE PRÉPARATOIRE À LA PAGE 47-0 À DES FINS DE CALCULS (*)

	1	2	3	4	5
		Heures de services Autorisées	Heures de services Non livrées	Heures de services Réelles livrées (C.2 - C.3)	Heures de services Supplémentaires
1	xxxx				
2	xxxx				
3	xxxx				
4	xxxx				
5	xxxx				
6	xxxx				
7	xxxx				
8	xxxx				
9	xxxx				
10	xxxx				
11	xxxx				
12	xxxx				
13	xxxx				
14	xxxx				
15	xxxx				
16	xxxx				
17	xxxx				
18	xxxx				
19	xxxx				
20	xxxx				
21	xxxx				
22	xxxx				
23	xxxx				
24	xxxx				
25	xxxx				
26	Total (L.1 à L.25)				

(*)
Tout simplement "Enregistrer" cette page.