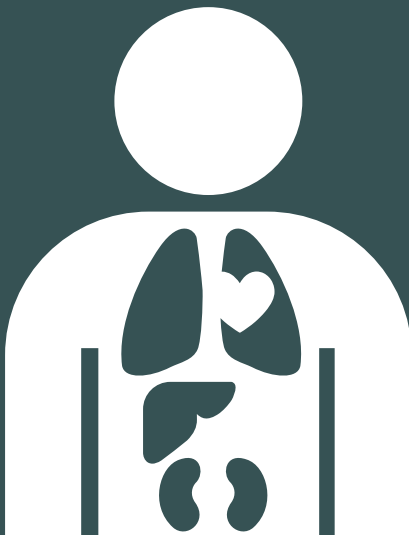




RCITO

Registre canadien d'insuffisances
et des transplantations d'organes
Manuel d'instructions, 2021

Patients en traitement pour
l'insuffisance rénale chronique



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-003-8 (PDF)

© 2021 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, manuel d'instructions 2021 : patients en traitement pour l'insuffisance rénale chronique*. Ottawa, ON : ICIS; 2021.

This publication is also available in English under the title *Canadian Organ Replacement Register Instruction Manual, 2021 — Chronic Renal Failure Patients on Renal Replacement Therapy*.

ISBN 978-1-77479-002-1 (PDF)

Table des matières

1	Introduction	4
	Objet du présent manuel	4
	Qu'est-ce que le RCITO?	4
	Un bref historique du RCITO	5
	Données sur les patients en traitement pour l'insuffisance rénale chronique	6
	Définitions clés	7
	Pour plus de renseignements	8
2	Inscription initiale	8
	Qui doit être inscrit	8
	Qui ne doit pas être inscrit	9
	Remplir le formulaire d'inscription initiale	9
	Section A — Identification du patient	9
	Section B — Prédialyse et premier examen hématologique	13
	Section C — Traitement de dialyse initial et projeté	16
	Section D — Taille et poids	21
	Section E — Diagnostic principal et facteurs de risque	21
3	Changement de statut	31
	Remplir le formulaire de changement de statut	31
	Section A — Identification du patient	31
	Section B — Traitement et changements	33
	Section C — Cause du décès	36
	Section D — Raison de l'arrêt du traitement	39
4	Suivi	39
	Remplir le formulaire de suivi : hémodialyse	40
	Remplir le formulaire de suivi : dialyse péritonéale	53
5	Profil des installations	69
	Remplir le formulaire Profil des installations : hémodialyse	69
	Information sur la personne-ressource	72
	Remplir le formulaire Profil des installations : dialyse péritonéale	72
	Information sur la personne-ressource	74
	Annexes	75
	Annexe A — Centres de dialyse participants	75
	Annexe B — Formulaires de collecte de données	75

1 Introduction

Objet du présent manuel

Le manuel a 2 buts distincts :

- fournir des instructions étape par étape pour aider le personnel des hôpitaux offrant des traitements pour l'insuffisance rénale à soumettre les données au RCITO sur les patients en traitement pour l'insuffisance rénale chronique;
- présenter les définitions et les spécifications des éléments de données utilisés au RCITO pour faciliter la compréhension de la base de données.

Un autre manuel contient des renseignements similaires pour les dons d'organes, ainsi que les transplantations rénales et autres que rénales.

Les définitions et les descriptions des éléments de données contenues dans le présent manuel ont pour but d'aider à maintenir et à améliorer la cohérence et la qualité des données soumises électroniquement.

Qu'est-ce que le RCITO?

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) est un système national d'information qui permet de recueillir et d'analyser le niveau d'activité et les résultats des transplantations d'organes vitaux et de dialyse rénale.

Les objectifs du RCITO sont

- donner une perspective nationale sur le stade terminal de l'insuffisance organique aux fins d'analyses comparatives et d'études de recherche;
- augmenter la disponibilité du matériel de comparaison en vue de faciliter une meilleure prise de décisions en matière de traitements;
- fournir des statistiques sur les tendances à long terme qui peuvent servir à la planification et l'optimisation des programmes;
- fournir un moyen de rétroaction aux établissements, une fonction d'assurance de la qualité pour les traitements et une norme nationale de comparaison;
- fournir des statistiques au secteur des soins de santé en vue d'améliorer les décisions de gestion.

Le RCITO atteint ses objectifs en

- publiant annuellement des rapports sur la dialyse, les dons d'organes et les transplantations;
- fournissant des rapports spécifiques aux centres et aux hôpitaux participants;
- répondant aux demandes de données et d'information ad hoc;
- modernisant continuellement la technologie et en répondant aux besoins changeants des utilisateurs.

À titre de base de données nationale sur la dialyse et la transplantation, le RCITO produit pour ses membres, la Société canadienne de néphrologie et la Société canadienne de transplantation des rapports qui contiennent les résultats des activités de dialyse et de transplantation au Canada. Le RCITO fournit aussi de l'information utile à de nombreuses personnes œuvrant dans les soins de santé, y compris le personnel infirmier en dialyse et transplantation, les coordonnateurs de transplantations, d'autres membres de la Société canadienne de transplantation, les services d'approvisionnement en organes, les administrateurs d'hôpitaux, les responsables gouvernementaux, la Fondation canadienne du rein et la Fondation canadienne de la fibrose kystique.

Un bref historique du RCITO

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes inclut le Registre canadien de l'insuffisance rénale, qui était dirigé par Statistique Canada de 1981 à 1987. En 1987, le Hospital Medical Records Institute a conclu un contrat pour mettre en place un registre élargi qui contiendrait des renseignements sur toutes les transplantations d'organes solides. Le registre est devenu le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, incorporé en 1990 et dirigé par un conseil d'administration. En 1994, un nouvel organisme, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a pris en charge les fonctions du Hospital Medical Records Institute et du Groupe MIS. L'ICIS a assumé les responsabilités pour le RCITO en 1995. Il a également assuré certaines fonctions et ressources de la Division de l'information de la santé de Santé Canada ainsi que certaines activités de Statistique Canada conformément à un échéancier convenu.

Source des données du RCITO

Dialyse	Transplantations
Centres de dialyse (n =104)	Hôpitaux (n = 28)
Unités satellites (n =216)	Services provinciaux d'approvisionnement en organes (n = 9)
Établissements de santé autonomes (n = 8)	Services régionaux d'approvisionnement en organes (n = 2 : Calgary, Edmonton)

Données sur les patients en traitement pour l'insuffisance rénale chronique

4 formulaires sont utilisés pour la collecte de données sur les patients en traitement pour l'insuffisance rénale chronique :

- inscription initiale
- changement de statut
- suivi (2 versions : hémodialyse et dialyse péritonéale)
- profil des installations (2 versions : hémodialyse et dialyse péritonéale)

Le formulaire d'inscription initiale est rempli pour tous les nouveaux patients qui entreprennent pour la première fois un traitement pour l'insuffisance rénale chronique. Le formulaire de changement de statut est rempli pour les nouveaux patients et les patients existants dans le but d'enregistrer les changements de traitement durant l'année. Les formulaires de suivi sont remplis pour les patients en dialyse le 31 octobre de chaque année. Les formulaires de profil des installations sont remplis le 31 décembre de chaque année par chaque établissement qui fournit des traitements pour l'insuffisance rénale chronique (voir le tableau ci-dessous).

Formulaire	Unité d'analyse	Quand le remplir	Calendrier
Inscription initiale	Patient	Quand un nouveau patient en insuffisance rénale chronique est inscrit	Au courant de l'année
Changement de statut	Patient	Quand des changements se produisent dans le traitement des nouveaux patients et des patients existants	Au courant de l'année
Formulaire de suivi	Patient	Annuellement, pour tous les patients vivants en dialyse rénale	Une fois par année — le 31 octobre
Profil des installations	Établissement	Annuellement, pour les établissements qui fournissent des traitements pour l'insuffisance rénale chronique	Une fois par année — le 31 décembre

Les données du RCITO sont orientées vers le patient. En effet, le traitement de chaque patient est suivi depuis le premier traitement pour l'insuffisance rénale chronique et, à travers tous les changements de traitement (incluant les transplantations), jusqu'au décès du patient ou la perte de contact avec celui-ci. Ce processus de suivi s'applique à tous les patients qui ont commencé un traitement depuis le 1^{er} janvier 1981. Ces patients sont appelés patients inscrits et ils constituent l'échantillon sur lequel s'appuient la plupart des analyses contenues dans les rapports du RCITO.

Le formulaire d'inscription initiale est pour les nouveaux patients qui entreprennent pour la première fois un traitement à long terme en raison de l'insuffisance rénale chronique. Lors de la saisie informatique, un numéro d'identification est attribué à chaque nouveau patient. Ce numéro suivra le patient au cours de son traitement.

L'information sur les patients provient des centres individuels ou des registres provinciaux (BC Renal Agency) et régionaux (Réseau rénal de l'Ontario). Les données peuvent être envoyées annuellement ou à intervalles plus fréquents au cours de l'année. Les changements de statut sont ajoutés et reliés aux enregistrements existants au moyen du numéro d'identification du patient. Le nom et la date de naissance du patient permettent de repérer les numéros d'identification du patient existant. Tous les changements de statut doivent se conformer strictement aux différentes vérifications des données. Par exemple, un patient ne peut pas changer de traitement si celui-ci est déjà enregistré dans la base de données comme étant suivi sous ce même traitement. Cette information peut indiquer qu'une modification de traitement ou une transplantation n'a pas été signalée au RCITO. Le personnel du RCITO collabore étroitement avec le personnel des hôpitaux afin d'assurer l'intégralité et l'exactitude des données.

Définitions clés

Avant de remplir les formulaires, il est important de bien comprendre les définitions suivantes.

Dialyse : *Procédé de perfusion du sang ou du soluté à travers une membrane semi-perméable afin d'éliminer les substances toxiques et de maintenir l'équilibre hydrique, électrolytique et acido-basique lorsque les reins ne peuvent pas remplir ces fonctions. L'hémodialyse et la dialyse péritonéale sont 2 méthodes de dialyse utilisées cliniquement pour le traitement de patients souffrant d'insuffisance rénale aiguë ou chronique.*

Établissement de santé indépendant : *Établissement qui n'est pas directement affilié à un hôpital, mais qui fournit des services de santé publique financés par un régime d'assurance provincial. Pour le présent document, ces établissements de santé indépendants fourniraient des traitements d'hémodialyse aux patients au STIR sur recommandation d'un hôpital offrant des services de dialyse complets.*

Hôpital : *Tout établissement qui fournit des soins de courte durée, de réadaptation et pour malades chroniques. La définition englobe les établissements de soins de santé connus sous le nom de cliniques, où un régime provincial paye un médecin pour dispenser un service médical jugé essentiel dans une clinique, tout comme le régime le ferait pour la même intervention dispensée dans un hôpital. Selon le type de traitements qu'ils dispensent, les hôpitaux sont classés comme hôpital de soins de courte durée ou hôpital pour malades chroniques.*

Stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) : *État pathologique caractérisé par une détérioration permanente des reins, qui ne peuvent plus fonctionner, ni maintenir le malade en vie. Les personnes au stade terminal de l'insuffisance rénale dépendent des traitements pour l'insuffisance rénale pour survivre.*

Traitement pour l'insuffisance rénale : *Interventions qui remplacent partiellement, de façon temporaire ou permanente, des reins natifs qui ne fonctionnent plus, avec l'hémodialyse, la dialyse péritonéale ou une transplantation rénale.*

Pour plus de renseignements

Si vous souhaitez recevoir d'autres renseignements ou si vous avez des commentaires sur le format, le contenu ou l'utilité du présent manuel d'instructions, veuillez vous adresser au personnel du RCITO au bureau de l'ICIS de Toronto. Vos commentaires sont appréciés.

Communiquez avec le RCITO à l'adresse suivante :

Institut canadien d'information sur la santé
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7

Tél. : 416-481-2002

Télec. : 416-481-2950

Courriel : rcito@icis.ca

2 Inscription initiale

Qui doit être inscrit

Tout patient qui entreprend un traitement pour l'insuffisance rénale chronique pour la première fois.

Nouveau patient : *Patient qui a commencé un traitement à long terme pour l'insuffisance rénale pour la première fois au cours de l'année civile.*

Patient en traitement pour l'insuffisance rénale chronique : *Patient atteint d'une maladie ou d'une anomalie chronique systémique, rénale, urologique (p. ex. glomérulonéphrite chronique, néphropathie diabétique, néphrosclérose hypertensive ou maladie athéroembolique) nécessitant un traitement pour l'insuffisance rénale.*

Pour les patients qui commencent leur traitement de dialyse à l'unité de soins intensifs (USI) et qui sont transférés à un service de dialyse, la date de début est la date du début de la dialyse à l'USI, à condition qu'il n'y ait pas eu interruption du traitement.

Qui ne doit pas être inscrit

- Tout patient dont la fonction rénale revient à la normale moins de 90 jours suivant la date du début de la dialyse (considéré comme un patient en dialyse souffrant d'une affection aiguë)
- Tout patient transféré depuis un autre établissement

Patient en dialyse souffrant d'une affection aiguë : *Patient atteint d'une maladie aiguë systémique, rénale ou urologique (p. ex. nécrose tubulaire aiguë, syndrome hémolytique et urémique aigu, glomérulonéphrite aiguë ou néphrite interstitielle allergique aiguë) donnant lieu à l'apparition subite de l'insuffisance rénale nécessitant un traitement.*

Patient transféré : *Patient qui n'entreprend PAS un traitement pour l'insuffisance rénale pour la première fois et qui est transféré à votre établissement en provenance d'un autre établissement, ou patient qui revient en dialyse après l'échec d'une transplantation. Le formulaire de changement de statut doit alors être rempli.*

Remplir le formulaire d'inscription initiale

Toutes les parties du formulaire doivent être remplies.

Section A — Identification du patient

Nom de l'hôpital

- Inscrire le nom de l'hôpital où le patient reçoit son traitement.

Numéro de l'hôpital

- Un numéro d'identification unique est attribué à chaque hôpital participant.

Nom de famille du patient

- Inscrire le nom de famille ou le dernier nom utilisé par le patient. Ne pas inscrire de titre. Un trait d'union simple (p. ex. Danis-Lavoie), une apostrophe (p. ex. D'Amour) ou un espace blanc (p. ex. de Cotret) peuvent être inscrits.

Nom antérieur

- Inscrire le nom de jeune fille (avant mariage) ou le nom antérieur de tout patient qui a changé de nom (p. ex. Antoinette Tremblay était Antoinette Hébert auparavant, donc *Hébert* serait inscrit).

Prénom et second prénom

- Inscrire le prénom et le second prénom du patient. Utiliser des lettres majuscules.
Si le patient est souvent appelé par un surnom, veuillez l'indiquer entre parenthèses (p. ex. Antoinette (Toinette) Tremblay).

Adresse — ville

- Inscrire la ville qui est la résidence habituelle du patient au début du traitement pour l'insuffisance rénale.
- Ne pas indiquer la ville où le traitement a lieu si cette ville est différente de celle de la résidence du patient.
- La ville est utilisée pour cartographier l'emplacement des patients lors du début de leur traitement pour l'insuffisance rénale.

Adresse — province ou territoire

- Inscrire la province ou le territoire qui est le lieu de résidence habituel au début du traitement pour l'insuffisance rénale.
- Valeurs acceptables :
 - AB = Alberta
 - BC = Colombie-Britannique
 - MB = Manitoba
 - NB = Nouveau-Brunswick
 - NL = Terre-Neuve-et-Labrador
 - NS = Nouvelle-Écosse
 - NT = Territoires du Nord-Ouest
 - NU = Nunavut
 - ON = Ontario
 - PE = Île-du-Prince-Édouard
 - QC = Québec
 - SK = Saskatchewan
 - YT = Yukon
 - XX = En transition/sans-abri
 - ZZ = Inconnue
- Si le patient réside ailleurs, veuillez préciser.

Code postal

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au début du traitement pour l'insuffisance rénale.
- Format : M3C2T9.
- Cette information est utilisée pour cartographier l'incidence.

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro qui figure sur la carte d'assurance maladie du patient. Prière d'omettre les traits d'union, les espaces blancs et les numéros de version (p. ex. 123123123).
- Le numéro d'assurance maladie aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, utiliser le numéro d'identification médical personnel (NIMP).

Province ou territoire émetteur de la carte d'assurance maladie

- Inscrire la province ou le territoire associé au numéro inscrit sur la carte d'assurance maladie du patient.
- Valeurs acceptables :
 - AB = Alberta
 - BC = Colombie-Britannique
 - MB = Manitoba
 - NB = Nouveau-Brunswick
 - NL = Terre-Neuve-et-Labrador
 - NS = Nouvelle-Écosse
 - NT = Territoires du Nord-Ouest
 - NU = Nunavut
 - ON = Ontario
 - PE = Île-du-Prince-Édouard
 - QC = Québec
 - SK = Saskatchewan
 - YT = Yukon

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 08-juin-1958).
- Étant donné que la plupart des analyses se font selon l'âge du patient, cet élément de données est obligatoire.

Sexe

- Inscrire le sexe du patient. Une seule réponse possible.
- Valeurs acceptables :
 - H = Homme
 - F = Femme
 - A = Autre

Origine raciale

- Inscrire l'origine raciale du patient.
- Une seule réponse possible.
- Si « Autre/multiraciale », veuillez préciser.
- Valeurs acceptables :
 - 01 = Caucasien/blanc (Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe)
 - 02 = Asiatique (Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taïwanais)
 - 03 = Noir (Africain, Jamaïcain, Haïtien, Somalien)
 - 05 = Sous-continent indien (Indien, Pakistanais et Bangladais)
 - 08 = Îles du Pacifique (Philippin)
 - 09 = Autochtone (Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit)
 - 10 = Moyen-Orient/Arabe (Saoudien, Iranien, Iraquien, Jordanien, Syrien, Arménien, Algérien)
 - 11 = Amérique latine (des Caraïbes, Sud-américain, Cubain)
 - 98 = Inconnue
 - 99 = Autre/multiraciale : _____

Section B — Prédialyse et premier examen hématologique

Date de la première visite chez le néphrologue

- Inscrire la date de la première visite chez le néphrologue.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 11-juil-2000).

Patient suivi par un néphrologue avant le traitement initial de dialyse

- Indiquer si le patient était suivi par un néphrologue avant le traitement initial de dialyse.
- Une seule réponse possible.
- Valeurs acceptables :
 - 0 = Non, aucun suivi avant le traitement de dialyse
 - 1 = Oui, suivi au cabinet du néphrologue
 - 2 = Oui, suivi à une clinique spécialisée
 - 3 = Oui, suivi au cabinet et à la clinique
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

Clinique spécialisée : Une clinique de jour, qui fait habituellement partie d'un hôpital où des soins multidisciplinaires sont dispensés (p. ex. une clinique de dialyse ou de transplantation).

Patient recevant de l'érythropoïétine avant le premier traitement de dialyse

- Indiquer si le patient a reçu de l'érythropoïétine (p. ex. Eprex ou Aranesp) avant le traitement initial de dialyse.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Non
 - 2 = Eprex
 - 3 = Aranesp
 - 4 = Autre
 - 9 = Inconnu

Derniers examens sanguins avant la première dialyse

Valeurs de laboratoire pour les derniers examens sanguins avant la première dialyse. Série de 8 résultats.

Résultats pour l'hémoglobine

- Inscrire les derniers résultats pour l'hémoglobine (g/L) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 60 g/L à 140 g/L.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Résultats pour la créatinine

- Inscrire les derniers résultats pour la créatinine ($\mu\text{mol/L}$) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 300 $\mu\text{mol/L}$ à 1 500 $\mu\text{mol/L}$.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Résultats pour l'urée

- Inscrire les derniers résultats pour l'urée (mmol/L) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 15 mmol/L à 40 mmol/L.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Bicarbonate sérique/sérum CO_2

- Inscrire les derniers résultats pour le bicarbonate de sérum ou sérum CO_2 (mmol/L) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 20 mmol/L à 30 mmol/L.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Calcium

- Inscrire les derniers résultats pour le calcium sérique (mmol/L) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 2,20 mmol/L à 2,62 mmol/L corrigé, de 1,19 mmol/L à 1,29 mmol/L ionisé ou de 2,10 mmol/L à 2,60 mmol/L non corrigé.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Phosphate

- Inscrire les derniers résultats pour le sérum phosphate (mmol/L) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 1,5 mmol/L à 1,8 mmol/L.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Albumine

- Inscrire les derniers résultats pour l'albumine (g/L) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 25 g/L à 50 g/L.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Parathormone

- Inscrire les derniers résultats pour la parathormone (pmol/L, ng/L ou pg/ml) pour ce patient.
- L'intervalle de référence est de 1,3 pmol/L à 7,6 pmol/L ou 18 ng/L à 73 ng/L ou 10 pg/ml à 65 pg/ml.
- Inscrire *n/d* si non disponible. Ceci sera traité comme un champ en blanc dans la base de données.

Question : Un patient commence le traitement pour l'insuffisance rénale aiguë le 20 mars 2002. Après un mois, le médecin indique que le patient souffre d'insuffisance rénale chronique. Quelle est la date du traitement initial et quelle date doit-on utiliser pour inscrire les résultats hématologiques?

Réponse : Rétrospectivement, le patient souffrait d'insuffisance rénale chronique au moment du traitement initial. Le médecin était incertain du rétablissement du patient. Utilisez la date du traitement initial, soit le 20 mars 2002, et utilisez les résultats sanguins obtenus juste avant le traitement initial.

Section C — Traitement de dialyse initial et projeté

Accès utilisé au moment de la première dialyse

- Indiquer l'accès utilisé au moment de la première dialyse.
- Valeurs acceptables :

Pour les patients en hémodialyse :

1 = Cathéter temporaire sans manchon

2 = Cathéter temporaire à manchon

3 = Cathéter permanent sans manchon

4 = Cathéter permanent à manchon

5 = Fistule AV

6 = Greffon AV

Pour les patients en dialyse péritonéale :

7 = Cathéter DP

Cathéters temporaires sans manchon : Cathéters de dialyse veineuse sans manchon en Dacron ou autre manchon destinés à un usage temporaire seulement (faits en général en PVC ou en polyuréthane). Ils sont généralement placés dans la veine jugulaire, fémorale ou sous-clavière.

Cathéters à manchon : Cathéters avec manchons faits de Dacron ou d'autre matériel, qui peuvent être utilisés sur une base temporaire ou permanente. Ils sont généralement placés dans la veine jugulaire, mais ils peuvent être placés dans la veine sous-clavière ou fémorale.

Date du premier traitement pour l'insuffisance rénale

- Inscrire la date du premier traitement pour l'insuffisance rénale.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 12-janv-2019).

Traitement initial du patient

- Comprend 3 chiffres qui représentent le lieu du traitement, le type de traitement et le niveau d'assistance et de soins requis.
- Le lieu désigne le type d'établissement où le traitement a commencé. Les malades chroniques qui sont traités dans un hôpital de soins de courte durée en attendant d'être placés dans un centre de soins infirmiers pourraient être considérés comme patients en traitement dans un hôpital de soins de courte durée.

- Valeurs acceptables :

LIEU

1 = Hôpital de soins de courte durée : Traitements administrés dans un établissement offrant des services de dialyse situé dans un hôpital qui offre des soins complets ou sur la propriété de celui-ci (c.-à-d. services fournis sous la direction d'un néphrologue. Cela comprend les services de travail social, de consultation nutritionnelle et des soins d'appoint aux patients hospitalisés).

2 = Hôpital pour malades chroniques : Traitements dispensés dans un établissement où des interventions médicales sont offertes sur une base continue et où les résidents ont besoin d'aide. Inclut les établissements pour malades chroniques et les foyers de soins (ou centres de soins infirmiers).

3 = Milieu extra-hospitalier : Dialyse faite à l'extérieur d'un hôpital. Il peut s'agir d'un immeuble à bureaux, d'un centre commercial ou de tout autre endroit qui offre des services normalement offerts aux patients hospitalisés atteints de néphropathie. Cela comprend les services mobiles de dialyse et les dialyses effectuées dans les établissements de santé indépendants.

4 = Domicile : Traitements administrés à domicile par le patient et/ou des membres de sa famille.

TYPE

1 = Hémodialyse conventionnelle : Faite pendant 3 à 6 heures, 2 à 4 fois par semaine.

2 = Hémodialyse quotidienne de courte durée : Faite le jour ou le soir pendant 2 à 3 heures, 5 à 7 jours par semaine.

3 = Hémodialyse nocturne longue : Faite 5 à 6 nuits par semaine.

4 = DPCA (dialyse péritonéale continue ambulatoire) : Le patient reçoit des traitements de dialyse péritonéale continus (jour et nuit) au moyen d'un cathéter péritonéal implanté. Le liquide de la cavité abdominale est échangé en moyenne 4 fois par période de 24 heures, avec un volume moyen habituel de 2 litres (comprend la DPCA accrue).

5 = DPA (avec appareil automatisé) : Un cycleur automatique est utilisé pour effectuer les échanges de dialysat pendant que le patient dort la nuit, avec ou sans échange additionnel durant la journée. Exclut les échanges de nuit manuels et les échanges de nuit non automatisés.

6 = Dialyse péritonéale combinée à l'hémodialyse : Le patient reçoit une combinaison de tout type de dialyse péritonéale et d'hémodialyse.

Pour le type de traitement 6, le lieu et les soins portent le code 0 (c.-à-d. 0-6-0).

AIDE/SOINS REQUIS

1 = Dialyse assistée : Le patient reçoit des soins complets de la part du personnel qualifié affilié à une unité de néphrologie.

2 = Dialyse semi-autonome : Le patient reçoit une aide minimale de la part du personnel qualifié affilié à une unité de néphrologie.

3 = Dialyse autonome : Le patient est entièrement responsable de son traitement, sans recevoir d'aide du personnel spécialisé en néphrologie. Un patient peut être classé dans cette catégorie s'il reçoit de l'aide des membres de sa famille ou d'un travailleur des soins à domicile qui n'est pas un travailleur spécialisé affilié à une unité de néphrologie.

Exemples

- Code pour un patient handicapé âgé en attente d'un lit pour malade chronique, mais traité dans un hôpital de soins de courte durée par hémodialyse conventionnelle : 1-1-1.
- Code pour un patient en hémodialyse quotidienne de courte durée traité dans un hôpital de soins de courte durée et qui ne reçoit que certains soins de la part du personnel qualifié : 1-2-2.
- Code pour un patient en DPCA à domicile qui ne reçoit pas d'aide de la part du personnel qualifié : 4-4-3.

Codes spéciaux

- 0-6-0 : le lieu dépend du traitement — dialyse péritonéale + hémodialyse — les soins requis dépendent du traitement
- 1-7-1 : transplantation à l'hôpital de soins de courte durée — assistée

Traitement initial pour l'insuffisance rénale projeté à long terme

- Indiquer si le traitement de dialyse initial que le patient reçoit est le traitement projeté à long terme.

- Valeurs acceptables :

N = Non

O = Oui

I = Inconnu/réponse manquante

Traitement projeté à long terme pour ce patient

- Indiquer le traitement projeté à long terme pour ce patient.
- Veuillez remplir seulement si le traitement initial n'est pas le traitement projeté à long terme pour ce patient.
- Valeurs acceptables : voir à la page 19.

Raison pour laquelle le traitement initial n'est pas le traitement projeté à long terme

- Indiquer la raison pour laquelle le traitement initial n'est pas le traitement projeté à long terme pour ce patient.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Équipement ou espace non disponible
 - 2 = Pas d'accès mûr
 - 3 = Changement imprévu dans l'état du patient menant à l'utilisation précipitée de la dialyse initiale
 - 4 = Autre, préciser : _____
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

Pas d'accès mûr : Lorsque la fistule ne se développe pas correctement et ne peut pas servir d'accès vasculaire. La maturation de la fistule AV dépend de la taille de l'artère et de la veine.

Changement imprévu dans l'état du patient menant à l'utilisation précipitée de la dialyse initiale : Lorsque la maladie rénale a progressé si rapidement qu'il ne reste plus de temps au patient pour avoir un accès vasculaire permanent avant de commencer la dialyse.

Traitement de dialyse initial et projeté

Cette question vise à déterminer si certains facteurs associés au patient ou à l'établissement (p. ex. l'accessibilité aux soins) influencent le choix du traitement de dialyse initial pour le patient en question.

Exemple 1 : Un patient doit entreprendre une hémodialyse en centre, car il n'y a plus de place en formation pour la dialyse à domicile. Le code serait le suivant :

Traitement initial : *hôpital de soins de courte durée — type d'hémodialyse — assistée.*

Le traitement initial est-il le traitement projeté à long terme pour ce patient? *Non.*

Pourquoi? *Équipement ou espace non disponible.*

Quel est le traitement projeté à long terme pour ce patient? *Domicile — type de dialyse péritonéale — autonome OU Domicile — type d'hémodialyse — autonome.*

Exemple 2 : Un patient doit entreprendre une dialyse péritonéale ou une hémodialyse en centre dans le cadre de la formation courante sur la dialyse péritonéale et l'hémodialyse qu'il effectuera par la suite à domicile. Puisque la formation fait partie de la routine du centre et qu'elle n'est pas le résultat de la santé du patient ou des ressources de l'établissement, le code serait le suivant :

Traitement initial : *Domicile — type de dialyse péritonéale — autonome OU Domicile — type d'hémodialyse — autonome.*

Le traitement initial est-il le traitement projeté à long terme pour ce patient? *Oui.*

Exemple 3 : Un patient n'ayant pas encore suivi de formation doit immédiatement entreprendre un traitement temporaire de dialyse péritonéale à l'hôpital à cause d'une maladie grave. Le code serait le suivant :

Traitement initial : *hôpital de soins de courte durée — DPA — assistée.*

Le traitement initial est-il le traitement projeté à long terme pour ce patient? *Non.*

Pourquoi? *Changement imprévu dans l'état du patient menant à l'utilisation précipitée de la dialyse initiale.*

Quel est le traitement projeté à long terme pour ce patient? *Domicile — type de dialyse péritonéale — autonome.*

Section D — Taille et poids

Remarque : Si la taille n'est pas disponible, indiquer si le patient est amputé des 2 jambes.

Taille du patient

- Inscrire la taille du patient en centimètres au début du premier traitement de dialyse pour l'insuffisance rénale chronique. Facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm ou 0,39 pouce = 1 cm.
- Format : 1-8-2 8-8-0.
- La taille et le poids combinés permettent de calculer l'indice de masse corporelle.

Poids du patient

- Inscrire le poids réel du patient en kilogrammes au cours du premier mois du traitement. Facteur de conversion : 1 lb = 0,45 kg ou 2,21 lb = 1 kg.
- Format : 0-6-7 5-2-0.
- La taille et le poids combinés permettent de calculer l'indice de masse corporelle.

Poids réel : *Le poids stable postdialyse en hémodialyse et le poids stable en dialyse péritonéale. Le poids doit être déterminé après quelques semaines de dialyse quand un poids stable est atteint.*

Section E — Diagnostic principal et facteurs de risque

Maladie rénale principale

- Inscrire la maladie ou l'affection pour laquelle le patient a besoin d'un traitement pour l'insuffisance rénale.
- S'il n'y a pas de code de diagnostic qui correspond à la cause principale de l'insuffisance rénale, inscrire le code 99 et décrire en détail l'état du patient.
- Valeurs acceptables :
00 = Insuffisance rénale chronique d'étiologie inconnue

Glomérulonéphrites/maladies auto-immunes

- 05 = Glomérulonéphrite mésangiale proliférative
- 06 = Syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimes
- 07 = Glomérulonéphrite post-streptococcique
- 08 = Glomérulonéphrite rapidement progressive
- 09 = Glomérulonéphrite focale — adulte
- 10 = Glomérulonéphrite SANS diagnostic histologique

- 11 = Syndrome néphrotique sévère avec sclérose focale (patients pédiatriques)
- 12 = Néphropathies à dépôts d'IgA (diagnostic prouvé par immunofluorescence, autre que code 85)
- 13 = Glomérulopathie à dépôts denses (prouvée par immunofluorescence et/ou microscope électronique) (GNMP type II)
- 14 = Glomérulonéphrite membraneuse
- 15 = Glomérulonéphrite mésangio-capillaire membrano-proliférative (GNMP type I)
- 16 = Glomérulonéphrite proliférative diffuse avec croissants-idiopathiques
- 17 = Néphrose congénitale ou syndrome néphrotique congénital (patients pédiatriques)
- 19 = Glomérulonéphrite avec diagnostic histologique
- 73 = Polyartérite noueuse
- 74 = Granulomatose de Wegener
- 84 = Lupus érythémateux
- 85 = Purpura d'Henoch-Schönlein
- 86 = Syndrome de Goodpasture
- 87 = Sclérodémie
- 88 = Syndrome hémolytique et urémique

Néphropathies dues à un médicament

- 30 = Néphropathie due à des médicaments ou à des agents néphrotoxiques — sans précision
- 31 = Néphropathie due aux analgésiques
- 32 = Néphropathie due au cisplatine
- 33 = Néphropathie due à la cyclosporine A
- 39 = Néphropathie due à un médicament spécifique

Polykystose rénale

- 41 = Polykystose rénale de l'adulte (dominant)
- 42 = Polykystose rénale du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (récessive)

Diabète

- 80 = Néphropathie diabétique (type 1)
- 81 = Néphropathie diabétique (type 2)

Maladies rénales congénitales/héréditaires

- 21 = Pyélonéphrite ou néphropathie associée à une vessie neurogène
- 22 = Pyélonéphrite ou néphropathie associée à une uropathie obstructive d'origine congénitale avec ou sans reflux vésico-urétéral
- 24 = Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à un reflux vésico-urétéral sans obstruction
- 40 = Reins kystiques — non précisés
- 41 = Polykystose rénale de l'adulte (dominant)
- 42 = Polykystose rénale du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (récessive)
- 43 = Maladie kystique de la médullaire (néphronophtise incluse)
- 49 = Reins kystiques — autre variété
- 50 = Néphropathie héréditaire/familiale — type non précisé
- 51 = Néphropathie héréditaire avec surdité (syndrome d'Alport)
- 52 = Cystinose
- 53 = Oxalose primaire
- 54 = Maladie de Fabry
- 55 = Syndrome de DRASH
- 58 = Valves urétrales postérieures
- 59 = Néphropathie héréditaire — autre
- 60 = Hypoplasie rénale congénitale
- 61 = Hypoplasie rénale avec oligoméganéphronie
- 62 = Hypoplasie rénale segmentaire (rein d'Ask-Upmark)
- 63 = Dysplasie rénale congénitale avec ou sans malformation des voies urinaires
- 66 = Syndrome d'agénésie des muscles abdominaux (Prune Belly Syndrome)

Maladies vasculaires rénales

- 70 = Néphropathie d'origine vasculaire — type non précisé
- 71 = Néphropathie d'origine vasculaire due à une hypertension maligne (absence de néphropathie primaire)
- 72 = Néphropathie d'origine vasculaire due à une hypertension (absence de néphropathie primaire)
- 78 = Maladie rénale athéroembolique
- 79 = Maladie vasculaire rénale, néphrosclérose, thrombose de l'artère rénale

Autres

- 20 = Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle — cause non précisée
- 23 = Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à une uropathie obstructive acquise
- 25 = Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à une lithiase des voies urinaires
- 29 = Pyélonéphrite, autre cause
- 56 = Néphropathie secondaire à l'anémie falciforme
- 57 = Tumeur de Wilms
- 82 = Myélome
- 83 = Amyloïdose
- 89 = Maladie multisystémique
- 90 = Nécrose corticale ou tubulaire
- 91 = Tuberculose
- 92 = Goutte
- 93 = Néphrocalcinose ou néphropathie due à une hypercalcémie
- 94 = Néphropathie endémique des Balkans
- 95 = Tumeur rénale
- 96 = Perte de rein d'origine traumatique ou chirurgicale
- 97 = Néphropathie due au VIH
- 99 = Autre désordre rénal identifié, préciser : _____

Facteurs de risque et affections comorbides

Les facteurs de risque influencent la survie des patients traités pour l'insuffisance rénale. Indiquer parmi les affections comorbides ci-dessous celles qui existaient quand le patient a commencé son traitement pour l'insuffisance rénale chronique.

Des instructions supplémentaires sont fournies pour codifier la présence d'un facteur de risque par *oui*, *non* ou *inconnu* :

Entrez « O » pour oui, **seulement si les documents du médecin énoncent explicitement la présence du facteur de risque** avant ou au moment du traitement de dialyse. Il faut une note qui confirme la présence du facteur de risque.

Entrez « N » pour non, **seulement si les documents du médecin énoncent explicitement l'absence du facteur de risque** avant ou au moment du traitement de dialyse. Il faut une note qui confirme l'absence du facteur de risque.

Entrez « I » pour inconnu, **seulement si les documents du médecin ne précisent pas la présence ou l'absence du facteur de risque**. Il n'y a pas de note de médecin qui confirme la présence ou l'absence de l'affection. Le code « I » est également utilisé lorsque les notes concernant la présence du facteur de risque ne sont pas claires.

Facteur de risque — angine

- Indiquer si le patient souffrait d'angine au début du traitement pour l'insuffisance rénale.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Angine : *L'angine est une douleur cardiaque ischémique, au repos ou à l'effort (p. ex. angine de poitrine, sténocardie, douleur thoracique ischémique, angine de poitrine chronique stable et angine instable), qui nécessite un traitement médical avec des médicaments antiangineux, tels que les nitrates (nitroglycérine, Nitro-Dur) ou les inhibiteurs calciques (nifédipine, diltiazem, Calan, Verelan, Isoptin, vérapamil). Ne pas codifier s'il est uniquement question de douleur de la paroi thoracique ou de douleur thoracique, sans précision.*

Facteur de risque — infarctus du myocarde

- Indiquer si, avant de commencer le traitement pour l'insuffisance rénale, le patient a subi un infarctus du myocarde (infarctus aigu du myocarde, post-infarctus du myocarde ou syndrome coronarien aigu) confirmé par un ECG, des enzymes cardiaques, une échocardiographie ou une scintigraphie au thallium.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — pontages aortocoronariens/angioplastie

- Indiquer si le patient a eu un pontage aortocoronarien (endoprothèse coronarienne et angioplastie coronarienne transluminale percutanée) avant de commencer le traitement pour l'insuffisance rénale.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — antécédents récents d'œdème pulmonaire

- Indiquer si le patient avait des antécédents d'œdème pulmonaire avant le début du traitement pour l'insuffisance rénale. Peut inclure des épisodes d'insuffisance cardiaque congestive ou une surcharge liquidienne sévère durant les 6 mois précédant le début du traitement de dialyse.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Œdème pulmonaire : L'œdème pulmonaire est un épisode d'essoufflement sévère qui nécessite un traitement avec des diurétiques tels que le furosémide (Lasix) ou une dialyse d'urgence. Ne pas codifier cette affection s'il est fait uniquement mention d'un essoufflement.

Facteur de risque — maladie cérébrovasculaire

- Indiquer si le patient a subi un événement cérébrovasculaire tel qu'un accident ischémique transitoire, une chirurgie de la carotide, un infarctus cérébral, une hémorragie cérébrale, un ictus ou un AVC, avant de commencer le traitement pour l'insuffisance rénale. Cela inclut l'hémorragie intracérébrale, l'occlusion artérielle cérébrale et précérébrale, le syndrome vasculaire et l'ischémie cérébrale transitoire.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — maladie vasculaire périphérique

- Indiquer si ce patient a été décrit comme ayant une claudication intermittente au repos ou à l'effort; ou a eu un pontage aortique-fémoral, un pontage fémoro-poplité, une endartériectomie iliaque ou fémorale, une angioplastie, une thrombectomie aortique directe, une réfection de l'anévrisme de l'aorte abdominale, une maladie artérielle périphérique, une artériosclérose oblitérante, une amputation des orteils, des jambes inférieures, etc.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — diabète — type 1

- Indiquer si le diabète de type 1 a été diagnostiqué chez le patient avant de commencer le traitement pour l'insuffisance rénale. Le diabète de type 1 survient lorsque le pancréas ne produit plus d'insuline ou en produit très peu. Il se développe en général durant l'enfance ou l'adolescence et touche environ 10 % des personnes diabétiques (Association canadienne du diabète). (Utiliser le code O si le diabète de type 1 est la cause secondaire de l'insuffisance rénale du patient, et non la cause principale. Utiliser le code pour le diabète de type 1 si les termes enfant, jeune ou insulino-dépendant sont indiqués.) Pour les patients dont le STIR est causé par le diabète, cette information est saisie sous Diagnostic principal.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — diabète — type 2

- Indiquer si le diabète de type 2 a été diagnostiqué chez le patient avant de commencer le traitement pour l'insuffisance rénale. Le diabète de type 2 survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline pour répondre aux besoins du corps ou lorsque l'insuline est mal métabolisée. Il survient généralement plus tard dans la vie et touche environ 90 % des personnes diabétiques (Association canadienne du diabète). Le diabète de type 2 serait une cause secondaire de l'insuffisance rénale du patient et non la cause principale. (Codifier seulement s'il s'agit de la cause secondaire de l'insuffisance rénale du patient, et non la cause principale.) Utiliser le code pour le diabète de type 2 si le terme diabète non insulino-dépendant est mentionné.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — tumeur maligne

- Indiquer si une tumeur maligne était présente avant le début du traitement pour l'insuffisance rénale pour ce patient. Ne pas codifier la tumeur maligne si celle-ci est située dans le rein et que la cause principale de l'insuffisance rénale est le cancer du rein.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Siège de la tumeur maligne

- Indiquer le siège primaire de la tumeur maligne du patient.
- S'il n'y a pas de code correspondant à la tumeur maligne, inscrire le code 99 et le siège de la tumeur maligne.
- Valeurs acceptables :
 - 11 = 2 tumeurs malignes primaires ou plus

Peau (lèvres et organes génitaux exclus)

- 20 = Épithélioma spinocellulaire
- 21 = Carcinome basocellulaire
- 22 = Épithélioma spinocellulaire et carcinome basocellulaire
- 23 = Mélanome malin

Leucémies et réticuloses

- 25 = Myélome
- 26 = Leucémie aiguë
- 27 = Leucémie chronique
- 29 = Réticulosarcome
- 30 = Sarcome de Kaposi
- 31 = Lymphosarcome
- 33 = Lymphome plasmocytaire
- 34 = Maladie de Hodgkin
- 35 = Lymphoréticulose maligne
- 36 = Réticulose histiocytaire

Tractus gastro-intestinal

- 40 = Lèvre
- 41 = Langue
- 42 = Parotide
- 43 = Œsophage
- 44 = Estomac
- 45 = Côlon
- 46 = Rectum
- 47 = Anus
- 48 = Foie — hépatome primaire
- 49 = Foie — lymphome primaire
- 50 = Vésicule biliaire et canal cholédoque
- 51 = Pancréas

Cou et gorge

53 = Larynx

54 = Thyroïde

55 = Bronche

56 = Poumon, tumeur primaire

Voies urogénitales

60 = Rein — tumeur de Wilms

61 = Rein — hypernéphrome du rein hôte

62 = Rein — hypernéphrome du rein transplanté

63 = Bassinet du rein

64 = Urètre

65 = Vessie

66 = Urètre

67 = Prostate

68 = Testicule

69 = Pénis

70 = Scrotum

71 = Périnée

72 = Vulve

73 = Vagin

74 = Col utérin

75 = Corps utérin

76 = Ovaire

Divers

80 = Sein

81 = Muscle

82 = Os

83 = Lymphome primaire du cerveau

84 = Autre tumeur primaire du cerveau

85 = Autre tumeur du système nerveux central

90 = Carcinome métastatique, siège primaire indéterminé

99 = Autre tumeur primaire, préciser : _____

Facteur de risque — maladie pulmonaire obstructive chronique

- Indiquer si le patient avait une affection pulmonaire chronique importante qui nécessitait la surveillance d'un médecin avant de commencer le traitement pour l'insuffisance rénale. Ceci sera généralement décrit comme une bronchopneumopathie chronique obstructive, une maladie pulmonaire obstructive chronique, une bronchite chronique ou un emphysème. Le patient peut recevoir des bronchodilatateurs oraux (p. ex. Choledyl) ou des médicaments administrés par inhalation (p. ex. Ventolin).
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — patient recevant des médicaments contre l'hypertension

- Indiquer si le patient recevait des médicaments tels que des inhibiteurs calciques, des vasodilatateurs, des inhibiteurs b-adréniques, des diurétiques ou des inhibiteurs de l'enzyme convertissant l'angiotensine (p. ex. captopril ou enalapril) en vue de contrôler l'hypertension lors du début du traitement pour l'insuffisance rénale.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Facteur de risque — autre maladie grave pouvant réduire l'espérance de vie à moins de 5 ans

- Indiquer si le patient a eu d'autres maladies qui pourraient réduire son espérance de vie (p. ex. anévrisme de l'aorte ou SIDA) lors du début du traitement pour l'insuffisance rénale. D'autres affections de ce type sont l'apnée du sommeil, la maladie chronique du foie avec cirrhose, la maladie d'Alzheimer, la polyarthrite rhumatoïde chronique, l'ulcère gastro-duodéal et la démence.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante
- Dans l'affirmative, décrivez l'affection en détail.

Facteur de risque — fume actuellement

- Indiquer si le patient fume actuellement.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Fume actuellement : Une personne qui a fumé des cigarettes, des cigares ou la pipe durant les 3 derniers mois.

3 Changement de statut

Toutes les sections de ce formulaire doivent être remplies dès que des changements se produisent dans le statut du patient au cours de l'année.

Remplir le formulaire de changement de statut

Section A — Identification du patient

Nom de l'hôpital

- Inscrire le nom de l'hôpital où le patient reçoit son traitement.

Numéro de l'hôpital

- Un numéro d'identification unique est attribué à chaque hôpital participant.

Nom de famille du patient

- Inscrire le nom de famille ou le dernier nom utilisé par le patient. Ne pas inscrire de titre. Un trait d'union simple (p. ex. Danis-Lavoie), une apostrophe (p. ex. D'Amour) ou un espace blanc (p. ex. de Cotret) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom et le second prénom du patient. Utiliser des lettres majuscules. Si le patient est souvent appelé par un surnom, veuillez l'indiquer entre parenthèses (p. ex. Antoinette (Toinette) Tremblay).

Numéro d'assurance maladie actuel

- Inscrire le numéro qui figure sur la carte d'assurance maladie du patient. Prière d'omettre les traits d'union, les espaces blancs et les numéros de version (p. ex. 123123123).
- Le numéro d'assurance maladie aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, utiliser le numéro d'identification médical personnel (NIMP).

Province ou territoire émetteur de la carte d'assurance maladie

- Inscrire la province ou le territoire associé au numéro inscrit sur la carte d'assurance maladie du patient.
- Valeurs acceptables :
 - AB = Alberta
 - BC = Colombie-Britannique
 - MB = Manitoba
 - NB = Nouveau-Brunswick
 - NL = Terre-Neuve-et-Labrador
 - NS = Nouvelle-Écosse
 - NT = Territoires du Nord-Ouest
 - NU = Nunavut
 - ON = Ontario
 - PE = Île-du-Prince-Édouard
 - QC = Québec
 - SK = Saskatchewan
 - YT = Yukon

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 08-juin-1958).
- Étant donné que la plupart des analyses se font selon l'âge du patient, cet élément de données est obligatoire.

Section B — Traitement et changements

Hôpital du traitement

- Inscrire le dernier traitement du patient à l'hôpital.

Changement de traitement/transfert

Les changements de traitement et les transferts ayant lieu au cours de l'année doivent être inscrits pour tous les patients. Une période de 30 jours est nécessaire pour tout changement ou transfert. Les transferts incluent : « les transferts en provenance d'un autre hôpital » (quand un patient est transféré dans votre établissement depuis un autre établissement) et « les transferts à un autre établissement » (quand un patient de votre établissement va à un autre établissement).

Sur ce formulaire, on peut inscrire jusqu'à 5 changements. Si un patient a plus de 5 changements dans l'année, veuillez remplir un second formulaire de changement de statut.

- Codes de transfert/retrait/décès :
 - T = Transfert en provenance d'un autre hôpital
 - R = Transfert à un autre hôpital
 - W = Retrait du traitement
 - D = Décès
- Les codes de traitement sont composés de 3 chiffres reflétant le lieu de traitement, le type de traitement et le niveau d'aide ou de soins requis.

LIEU

1 = Hôpital de soins de courte durée : Traitements administrés dans un établissement offrant des services de dialyse situé dans un hôpital qui offre des soins complets ou sur la propriété de celui-ci (c.-à-d. services fournis sous la direction d'un néphrologue; cela comprend des services de travail social, de consultation nutritionnelle et des soins d'appoint aux patients hospitalisés).

2 = Hôpital pour malades chroniques : Traitements dispensés dans un établissement où des interventions médicales sont offertes sur une base continue et où les résidents ont besoin d'aide. Inclut les établissements pour malades chroniques et les foyers de soins (ou centres de soins infirmiers).

3 = Milieu extra-hospitalier : Dialyse faite à l'extérieur d'un hôpital. Il peut s'agir d'un immeuble à bureaux, d'un centre commercial ou tout autre endroit qui offre des services normalement offerts aux patients hospitalisés atteints de néphropathie. Cela comprend les services mobiles de dialyse et les dialyses effectuées dans les établissements de santé indépendants.

4 = Domicile : Traitements administrés à domicile par le patient et/ou des membres de sa famille.

TYPE

1 = Hémodialyse conventionnelle : Faite pendant 3 à 6 heures, 2 à 4 fois par semaine.

2 = Hémodialyse quotidienne de courte durée : Faite le jour ou le soir pendant 2 à 3 heures, 5 à 7 jours par semaine.

3 = Hémodialyse nocturne longue : Faite 5 à 6 nuits par semaine.

4 = DPCA (dialyse péritonéale continue ambulatoire) : Le patient reçoit des traitements de dialyse péritonéale au moyen d'un cathéter péritonéal implanté et de manière continue le jour et la nuit. Le liquide de la cavité abdominale est échangé en moyenne 4 fois par période de 24 heures, avec un volume moyen habituel de 2 litres (comprend DPCA accrue).

5 = DPA (avec appareil automatisé) : Un cycleur automatique est utilisé pour effectuer les échanges de dialysat pendant que le patient dort la nuit, avec ou sans échange additionnel durant la journée. Exclut les échanges de nuit manuels et les échanges de nuit non automatisés.

6 = Dialyse péritonéale combinée à l'hémodialyse : Le patient reçoit une combinaison de tout type de dialyse péritonéale et d'hémodialyse. *Pour le type de traitement 6, le lieu et les soins portent le code 0 (c.-à-d. 0-6-0).*

7 = Transplantation

AIDE/SOINS REQUIS

1 = Dialyse assistée : Le patient reçoit des soins complets de la part du personnel qualifié affilié à une unité de néphrologie.

2 = Dialyse semi-autonome : Le patient reçoit une aide minimale de la part du personnel qualifié affilié à une unité de néphrologie. Exclut les membres de la famille.

3 = Dialyse autonome : Le patient est entièrement responsable de son traitement, sans recevoir d'aide du personnel spécialisé en néphrologie. Un patient peut être classé dans cette catégorie s'il reçoit de l'aide d'un membre de sa famille ou d'un travailleur des soins à domicile qui n'est pas un travailleur spécialisé affilié à une unité de néphrologie.

AUTRES CODES

11 = Sans nouvelle du patient/patient perdu de vue : Lorsque le dernier centre de traitement du patient ne connaît plus la situation du patient. Ceci n'inclut pas les transferts de patient.

10 = Fonction rénale rétablie (des reins initiaux) : Le patient a retrouvé une activité rénale suffisante de ses propres reins de sorte que la dialyse est dorénavant inutile.

19 = Transplantation rénale échouée/rejetée

20 = A quitté le pays

- Si le patient est décédé, remplir la section C — Cause du décès.
- Si le patient a arrêté le traitement, remplir la section D — Raison de l'arrêt du traitement.

Date du changement de traitement ou du transfert

- Inscrire la date du traitement ou du transfert.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 04-avr-2019).

Nom de l'hôpital en cas de transfert

- Inscrire le nom de l'hôpital où le patient a été transféré (code R), ou le nom de l'hôpital d'où vient le patient (code T).

Raison principale du changement

- Indiquer la raison principale du changement de traitement ou du transfert.
- Si le code 99 est choisi, préciser la raison du changement de traitement ou du transfert.
- Valeurs acceptables :

Reliée à l'hémodialyse

15 = Accès infructueux à l'hémodialyse

17 = Instabilité cardiovasculaire

Reliée à la dialyse péritonéale

01 = Péritonite

02 = Autres complications abdominales

16 = Autres complications liées à la DP

Autre

03 = Dialyse inadéquate

08 = Transfert au premier traitement choisi

14 = Patient/famille incapable(s) de faire face au traitement actuel (ou patient/famille a entrepris le changement)

18 = Ressources/géographie (non médical)

09 = Transplantation

10 = Fonction rétablie

11 = Sans nouvelles du patient

19 = Échec de greffe

20 = A quitté le pays

99 = Autre, préciser : _____

Section C — Cause du décès

Cause du décès

- Inscrire la cause du décès si le patient est décédé.
- S'il n'y a pas de code correspondant à la cause du décès, inscrire le code 99 et préciser en détail la cause du décès.
- Valeurs acceptables :

Générique

00 = Cause du décès incertaine ou indéterminée

Accident

81 = Accident en rapport avec le traitement

82 = Accident sans rapport avec le traitement

Maladie cardiaque

11 = Ischémie myocardique ou infarctus

12 = Hyperkaliémie

13 = Péricardite hémorragique

14 = Autres causes d'insuffisance cardiaque

15 = Arrêt cardiaque de cause inconnue

16 = Cardiopathie hypertensive décompensée

17 = Hypokaliémie

18 = Surcharge liquidienne

Maladie gastro-intestinale

02 = Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation

20 = Gastro-entérite aiguë avec déshydratation

23 = Hémorragie gastro-intestinale

29 = Infarctus mésentérique

62 = Pancréatite

68 = Perforation d'ulcère gastro-duodéal

70 = Sclérose péritonéale

72 = Perforation du côlon ou de l'intestin grêle

Hématologique

63 = Hypoplasie médullaire

71 = Thrombopénie

73 = Thrombose

Infection

- 03 = Infection bactérienne
- 04 = Infection virale
- 05 = Infection fongique
- 06 = Cytomégalovirus
- 07 = Virus d'Epstein-Barr
- 08 = Pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PCP)
- 09 = Protozoose/infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
- 10 = Infection de plaie
- 34 = Infections ailleurs (sauf hépatite virale, codes 41 et 42)
- 35 = Septicémie/sepsie
- 36 = Tuberculose (poumon)
- 37 = Tuberculose (ailleurs)
- 38 = Infection virale généralisée
- 39 = Péritonite (pas le code 70)

Foie

- 41 = Foie — atteinte hépatique due au virus de l'hépatite B
- 42 = Foie — atteinte hépatique due à une autre hépatite virale
- 43 = Foie — toxicité médicamenteuse
- 44 = Cirrhose non virale
- 45 = Maladie kystique du foie
- 46 = Défaillance hépatique — cause inconnue
- 74 = Foie — atteinte hépatique due au virus de l'hépatite C

Métabolique

- 59 = Toxicité due à un médicament

Neurologique

- 75 = Neurotoxicité médicamenteuse
- 76 = État de mal épileptique
- 77 = Infection neurologique

Maladie rénale

- 61 = Urémie secondaire à l'insuffisance du rein transplanté

Maladie respiratoire

19 = Syndrome de détresse respiratoire aiguë

31 = Infection pulmonaire (bactérienne)

32 = Infection pulmonaire (virale)

33 = Infection pulmonaire (fongique)

49 = Bronchiolite oblitérante

Cause sociale

50 = Abus de médicaments (exclut l'abus d'alcool)

51 = Patient refuse de poursuivre le traitement

52 = Suicide

53 = Traitement cessé pour une autre raison

54 = Abus d'alcool

Maladie vasculaire

21 = Embolie pulmonaire

22 = Accident vasculaire cérébral

24 = Hémorragie au niveau du greffon

25 = Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse

26 = Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que les codes 22 ou 23)

27 = Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que les codes 23 à 26)

28 = Autre hémorragie (autre que les codes 23 à 27)

55 = Thrombose vasculaire

56 = Sténose veineuse pulmonaire

57 = Complication liée au tuteur/ballonnet de distension

Divers

30 = Hypertension

40 = Acidocétose diabétique

64 = Cachexie

66 = Affection maligne possiblement provoquée par une thérapie immunosuppressive

67 = Affection maligne (autre que code 66)

69 = Démence

90 = Insuffisance multisystémique

99 = Autre cause de décès identifiée, préciser : _____

Section D — Raison de l'arrêt du traitement

Raison de l'arrêt du traitement

- Indiquer la raison du retrait du traitement.
- Si la raison du retrait est autre (code 7), inscrire la raison du retrait du traitement du patient.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Cause psychosociale (facteurs sociaux ou psychologiques)
 - 2 = Cause vasculaire (AVC, maladie vasculaire périphérique, etc.)
 - 3 = Cardiopathie
 - 4 = Infection
 - 5 = Cancer
 - 6 = Démence
 - 7 = Autre, préciser : _____
 - 8 = Soins palliatifs
 - 9 = Inconnue/réponse manquante

4 Suivi

Les formulaires de suivi créés en 2001 sont collectés sur une base volontaire des centres participants. L'information qui y figure permet de déterminer comment le traitement des patients atteints d'insuffisance rénale chronique correspond au guide de pratique clinique utilisé actuellement.

Un formulaire de suivi doit être rempli pour chaque patient vivant et traité en dialyse dans votre établissement au 31 octobre de l'année en cours. Lorsque vous utilisez des tests de laboratoire effectués après le mois d'octobre (mais sans qu'ils soient datés après le 31 décembre), le type de traitement du patient doit être identique à celui inscrit au 31 octobre de l'année en cours. Si le patient est décédé le 31 octobre, ne pas remplir le formulaire de suivi pour le patient.

Pour les patients dont le type de traitement est l'hémodialyse combinée à la dialyse péritonéale (c.-à-d. le code 6), veuillez utiliser **un formulaire de dialyse péritonéale**.

Remplir le formulaire de suivi : hémodialyse

Hôpital

- Inscrire le nom de l'hôpital où le patient reçoit son traitement.

Numéro de l'hôpital

- Un numéro d'identification unique est attribué à chaque hôpital participant.

Nom de famille du patient

- Inscrire le nom de famille ou le dernier nom utilisé par le patient. Ne pas inscrire de titre. Un trait d'union simple (p. ex. Danis-Lavoie), une apostrophe (p. ex. D'Amour) ou un espace blanc (p. ex. de Cotret) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom et le second prénom du patient. Utiliser des lettres majuscules. Si le patient est souvent appelé par un surnom, veuillez l'indiquer entre parenthèses (p. ex. Antoinette (Toinette) Tremblay).

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro qui figure sur la carte d'assurance maladie du patient. Prière d'omettre les traits d'union, les espaces blancs et les numéros de version (p. ex. 123123123).
- Le numéro d'assurance maladie aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, utiliser le numéro d'identification médical personnel (NIMP).

Province ou territoire émetteur de la carte d'assurance maladie

- Inscrire la province ou le territoire associé au numéro inscrit sur la carte d'assurance maladie du patient.
- Valeurs acceptables :
 - AB = Alberta
 - BC = Colombie-Britannique
 - MB = Manitoba
 - NB = Nouveau-Brunswick
 - NL = Terre-Neuve-et-Labrador
 - NS = Nouvelle-Écosse
 - NT = Territoires du Nord-Ouest
 - NU = Nunavut
 - ON = Ontario
 - PE = Île-du-Prince-Édouard
 - QC = Québec
 - SK = Saskatchewan
 - YT = Yukon

Code postal

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au 31 octobre de l'année en cours.
- Format : M3C2T9.
- Cette information est utilisée pour cartographier l'incidence.

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 08-juil-1958)
- Étant donné que la plupart des analyses se font selon l'âge du patient, cet élément de données est obligatoire.

Résultats des examens de laboratoire

Les derniers résultats d'examens de laboratoire du patient :

Résultats du test d'hémoglobine

- Inscrire les derniers résultats du test d'hémoglobine (g/L) pour le patient.
- L'intervalle de référence est de 60 g/L à 140 g/L.

Date du test d'hémoglobine

- Inscrire la date du test d'hémoglobine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Hémoglobine — test non effectué

- Si le test d'hémoglobine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test d'hémoglobine » et « Date du test d'hémoglobine » doivent être vides.

Résultats du test de ferritine

- Inscrire les derniers résultats du test de ferritine (mol/L) (dans les 6 derniers mois).
- L'intervalle de référence est de 50 µmol/L à 500 mol/L, ou de 14 µg/L à 610 µg/L (hommes) et de 8 µg/L à 125 µg/L (femmes).

Date du test de ferritine

- Inscrire la date du test de ferritine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Ferritine — test non effectué

- Si le test de ferritine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test de ferritine » et « Date du test de ferritine » doivent être vides.

Saturation de la transferrine ou fer sérique et transferrine ou fer sérique et capacité totale de fixation du fer (TIBC) — test non effectué

- Entrez les résultats (résultats voulus) de la saturation de la transferrine ou le résultat de tout autre bilan du fer (dans les 6 derniers mois).

Il y a 3 options pour la soumission du bilan du fer :

- saturation de la transferrine (25 % à 50 %)
- fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) et TIBC (45 µmol/L à 81 µmol/L)
- fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) et transferrine (2,0 g/L à 4,0 g/L)

Si le test n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats d'examens de laboratoire » et « Date du test » doivent être vides.

Il y a plusieurs valeurs cliniques. L'intervalle de référence est de 25 % à 50 % pour la saturation de la transferrine, de 9 µmol/L à 32 µmol/L pour le fer sérique, de 2,0 g/L à 4,0 g/L pour la transferrine et de 45 µmol/L à 81 µmol/L pour la capacité totale de fixation du fer (TIBC).

Vous pouvez déterminer la saturation de la transferrine (indice de saturation) à l'aide des résultats d'examens de laboratoire et des calculs suivants :

Fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) × 100 ÷ TIBC (45 µmol/L à 81 µmol/L) = indice de saturation
ou

Fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) × 4 ÷ transferrine (2,0 g/L à 4,0 g/L) = indice de saturation

Date du test de saturation de la transferrine ou fer sérique et transferrine ou fer sérique et TIBC — test non effectué

- Date du test de l'indice de saturation ou du fer sérique et de la TIBC ou du fer sérique et de la transferrine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Résultats du test de créatinine

- Inscrire les résultats du test de créatinine (µmol/L).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 300 µmol/L à 1 500 µmol/L.

Date du test de créatinine

- Inscrire la date du test de créatinine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Créatinine — test non effectué

- Si le test de créatinine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test de créatinine » et « Date du test de créatinine » doivent être vides.

Résultats du test d'urée pré-dialyse

- Inscrire les résultats du test d'urée pré-dialyse (mmol/L).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 15 mmol/L à 40 mmol/L.

Date du test d'urée pré-dialyse

- Inscrire la date du test d'urée pré-dialyse.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Urée pré dialyse — test non effectué

- Si le test d'urée pré dialyse n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test d'urée pré dialyse » et « Date du test d'urée pré dialyse » doivent être vides.

Résultats du test d'urée post dialyse

- Inscrire les résultats du test d'urée post dialyse (mmol/L).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 5 mmol/L à 20 mmol/L.
- Ce test doit être effectué à la même date que le test d'urée pré dialyse.

Urée post dialyse — test non effectué

- Si le test d'urée post dialyse n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test d'urée post dialyse » et « Date du test d'urée post dialyse » doivent être vides.

Résultats du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (pré dialyse)ⁱ

- Inscrire les résultats du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (mmol/L) (pré dialyse).
- L'intervalle de référence est de 20 mmol/L à 30 mmol/L.

Date du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (pré dialyse)ⁱ

- Inscrire la date du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (pré dialyse).
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Bicarbonate sérique/sérum CO₂ (pré dialyse) — test non effectuéⁱ

- Si le test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (pré dialyse) n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (pré dialyse) » et « Date du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (pré dialyse) » doivent être vides.

Résultats du test de calcium (pré dialyse)

- Inscrire les résultats du test de calcium (pré dialyse) (mmol/L).
- L'intervalle de référence est de 2,22 mmol/L à 2,62 mmol/L corrigé, de 1,19 mmol/L à 1,29 mmol/L ionisé, ou de 2,10 mmol/L à 2,60 mmol/L non corrigé.

i. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Date du test de calcium (prédialyse)

- Date du test de calcium (prédialyse).
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Calcium (prédialyse) — test non effectué

- Si le test de calcium (prédialyse) n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test de calcium (prédialyse) » et « Date du test de calcium (prédialyse) » doivent être vides.

Résultats du test de phosphate (prédialyse)

- Inscrire les résultats du test de phosphate (mmol/L) (prédialyse).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 1,5 mmol/L à 1,8 mmol/L.

Date du test de phosphate (prédialyse)

- Inscrire la date du test de phosphate (prédialyse).
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019)

Phosphate (prédialyse) — test non effectué

- Si le test de phosphate (prédialyse) n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test de phosphate (prédialyse) » et « Date du test de phosphate (prédialyse) » doivent être vides.

Résultats du test de parathormone (PTH)

- Inscrire les résultats du test de parathormone (pmol/L, ng/L ou pg/ml).
- L'intervalle de référence est de 1,3 pmol/L à 7,6 pmol/L, 18 ng/L à 73 ng/L ou 10 pg/ml à 65 pg/ml.

Date du test de parathormone (PTH)

- Inscrire la date du test de parathormone.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Parathormone — test non effectué

- Si le test de parathormone n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test de parathormone » et « Date du test de parathormone » doivent être vides.

Résultats du test de HbA_{1c}

- Inscrire les résultats du test de HbA_{1c}. Pour les patients diabétiques seulement.
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 4 % à 12 %.

Date du test de HbA_{1c}

- Inscrire la date du test de HbA_{1c}.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

HbA_{1c} — test non effectué

- Si le test de HbA_{1c} n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test de HbA_{1c} » et « Date du test de HbA_{1c} » doivent être vides.

Résultats du test d'albumine

- Inscrire les résultats du test d'albumine (g/L).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 25 g/L à 50 g/L.

Date du test d'albumine

- Inscrire la date du test d'albumine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Albumine — test non effectué

- Si le test d'albumine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test d'albumine » et « Date du test d'albumine » doivent être vides.

Patient reçoit actuellement de l'érythropoïétine

- Indiquer si le patient reçoit de l'érythropoïétine actuellement.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu

Produits utilisés, érythropoïétineⁱⁱ

- Indiquer le produit utilisé par les patients qui reçoivent actuellement de l'érythropoïétine.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Eprex
 - 2 = Aranesp (mcg)
 - 3 = Autre : _____

Voie d'administration de l'érythropoïétineⁱⁱ

- Valeurs acceptables :
 - 1 = IV
 - 2 = Sous-cutanée

Fréquence d'administrationⁱⁱ

- Valeurs acceptables :
 - 1 = Hebdomadaire
 - 2 = Aux 2 semaines
 - 3 = Aux 3 semaines
 - 4 = Mensuelle
 - 5 = Autre : _____

Total des doses administrées en fonction de la fréquenceⁱⁱ

- Indiquer la dose totale en unités administrée aux patients recevant actuellement de l'érythropoïétine.

ii. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Apport complémentaire de fer

Patient reçoit actuellement du fer

- Indiquer si le patient reçoit actuellement des préparations de fer.
- Répondre pour tous les patients.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Non
 - 2 = Oui, oral
 - 3 = Oui, IV
 - 4 = Oui, les 2 (oral et IV)
 - 5 = Intramusculaire (IM)
 - 6 = Autre
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

Patient en dialyse au cours des 3 derniers mois et a reçu du fer pendant cette périodeⁱⁱⁱ

- Indiquer si le patient recevait des préparations de fer au cours des 3 derniers mois.
- Répondre pour tous les patients.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Non
 - 2 = Oui, oral
 - 3 = Oui, IV
 - 4 = Oui, les 2 (oral et IV)
 - 8 = En dialyse depuis moins de 3 mois
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

Patient en dialyse au cours des 12 derniers mois et a reçu du fer pendant cette périodeⁱⁱⁱ

- Indiquer si le patient recevait des préparations de fer au cours de la dernière année.
- Répondre pour tous les patients.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Non
 - 2 = Oui, oral
 - 3 = Oui, IV
 - 4 = Oui, les 2 (oral et IV)
 - 8 = En dialyse depuis moins d'un an
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

iii. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Poids du patient pédiatrique

Poids pré dialyse du patient

- Inscrire le poids réel du patient pédiatrique en kilogrammes avant son traitement de dialyse pour une journée donnée. Facteur de conversion : 1 lb = 0,45 kg ou 2,21 lb = 1 kg.
- Format : 0-6-3 8-3-0.
- Les poids pré dialyse et post dialyse devraient être pris la même journée.

Poids post dialyse du patient

- Inscrire le poids réel du patient pédiatrique en kilogrammes après son traitement de dialyse pour une journée donnée. Facteur de conversion : 1 lb = 0,45 kg ou 2,21 lb = 1 kg.
- Format : 0-6-7 5-2-0.
- Les poids pré dialyse et post dialyse devraient être pris la même journée.

Date de vérification du poids du patient

- Inscrire la date de vérification des poids pré dialyse et post dialyse du patient pédiatrique.
- Les poids pré dialyse et post dialyse devraient être pris la même journée.
- Utiliser le mois durant lequel la plupart des résultats de laboratoire ont été obtenus.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 12-janv-2019).

Taille du patient pédiatrique

- Inscrire la taille du patient pédiatrique en centimètres. Facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm ou 0,39 pouce = 1 cm.
- Format : 0-9-1 4-4-0.

Patient pédiatrique : un patient qui a moins de 18 ans au 31 octobre de l'année en cours.

Date de vérification de la taille du patient pédiatrique

- Inscrire la date de vérification de la taille du patient pédiatrique.
- Utiliser le mois durant lequel la plupart des résultats de laboratoire ont été obtenus.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 24-mai-2019).

Fréquence de l'hémodialyse

- Inscrire le nombre de fois par semaine que le patient reçoit des traitements.
- L'intervalle de référence habituel est de 1 à 7 fois.

Nombre d'heures par traitement

- Inscrire le nombre d'heures par traitement d'hémodialyse que le patient reçoit.
- Habituellement de 2 à 3 heures par traitement.

Type d'accès à la date des résultats d'examens de laboratoire

- Indiquer le type d'accès utilisé par le patient le jour où les résultats de laboratoire ont été obtenus.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Cathéter temporaire de dialyse sans manchon
 - 2 = Cathéter temporaire de dialyse avec manchon
 - 3 = Cathéter permanent de dialyse sans manchon
 - 4 = Cathéter permanent de dialyse avec manchon
 - 5 = Fistule
 - 6 = Greffon
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

Cathéters temporaires sans manchon : Cathéters de dialyse veineuse sans manchon en Dacron ou autre manchon destinés à un usage temporaire seulement (faits en général en PVC ou en polyuréthane). Ils sont généralement placés dans la veine jugulaire, fémorale ou sous-clavière.

Cathéters à manchon : Cathéters avec manchons faits de Dacron ou d'autre matériel qui peuvent être utilisés sur une base temporaire ou permanente. Ils sont généralement placés dans la veine jugulaire, mais ils peuvent être placés dans la veine sous-clavière ou fémorale.

Surveillance de la fonction de la fistule^{iv}

- Indiquer comment la fonction de la fistule est surveillée pour ce patient.
- Valeurs acceptables :
 - 0 = Aucune surveillance
 - 1 = Débit sanguin (accès total)
 - 2 = Recirculation

iv. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Dernier débit sanguin (accès total) (fistule)^v

- Inscrire le dernier débit sanguin (accès total) (ml/min) de la fistule.
- Ce champ est rempli seulement si la fonction de la fistule est surveillée par le débit sanguin (accès total).
- Valeur acceptable : supérieure à 500 ml/min. Un débit sanguin de moins de 500 ml/min devrait être surveillé.

Date du dernier débit sanguin (accès total) (fistule)^v

- Inscrire la date du dernier débit sanguin (accès total).
- Ce champ est rempli seulement si la fonction de la fistule est surveillée par le débit sanguin (accès total).
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Dernière recirculation (fistule)^v

- Inscrire la dernière recirculation (en pourcentage) pour cette fistule.
- Ce champ est rempli seulement si la fonction de la fistule est surveillée par la recirculation.
- Pourcentage acceptable : inférieur à 5 %. Une recirculation de plus de 5 % devrait être surveillée.

Date de la dernière recirculation (fistule)^v

- Inscrire la date de la dernière recirculation.
- Inscrire seulement si la fonction de la fistule est surveillée par la recirculation.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Surveillance de la fistule : *La méthode de prédilection est la mesure directe de l'accès total. Lorsque les cliniciens n'ont pas accès à la mesure du débit en direct, ils peuvent surveiller l'accès vasculaire au moyen d'examen réguliers de la recirculation en utilisant une méthode de dilution non uréique ou une méthode à 2 aiguilles avec urée.*

v. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Surveillance de la fonction du greffon^{vi}

- Indiquer comment la fonction du greffon est surveillée pour ce patient.
- Valeurs acceptables :
 - 0 = Aucune surveillance
 - 1 = Débit sanguin (accès total)
 - 2 = Pression veineuse

Dernier débit sanguin (accès total) (greffon)^{vi}

- Inscrire le dernier débit sanguin (accès total) (ml/min) pour ce greffon.
- Ce champ est rempli seulement si la fonction du greffon est surveillée par un débit sanguin (accès total).
- Valeur acceptable : supérieure à 650 ml/min.

Date du dernier débit sanguin (accès total) (greffon)^{vi}

- Inscrire la date du dernier débit sanguin (accès total).
- Ce champ est rempli seulement si la fonction du greffon est surveillée par un débit sanguin (accès total).
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Dernière pression veineuse (greffon)^{vi}

- Inscrire la dernière pression veineuse (mm/Hg) pour ce greffon avec un débit sanguin de 200 ml/min.
- Ce champ est rempli seulement si la fonction du greffon est surveillée par la pression veineuse.
- Valeur acceptable : inférieure à 150 mm/Hg (non absolu).

Date de la dernière pression veineuse (greffon)^{vi}

- Inscrire la date de la pression veineuse.
- Ce champ est rempli seulement si la fonction du greffon est surveillée par la pression veineuse.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

vi. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Surveillance du pontage vasculaire : *Le débit sanguin par pontage vasculaire peut être mesuré par la méthode de dilution d'un colorant ou les techniques de marquage de la conductivité, au moyen de la technique de la ligne inversée de Krivitski. La pression veineuse doit être mesurée à partir de l'équipement d'hémodialyse à Qb 200 ml/min pendant les 2 à 5 premières minutes de l'hémodialyse.*

Patient sur la liste d'attente immédiate pour transplantation rénale

- Indiquer si le patient est sur la liste d'attente immédiate pour une greffe de rein.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = N'est pas sur la liste d'attente
 - 2 = Subit un bilan pré-greffe pour la liste d'attente
 - 3 = Est sur la liste d'attente
 - 9 = Situation inconnue

Remplir le formulaire de suivi : dialyse péritonéale

Hôpital

- Inscrire le nom de l'hôpital où le patient reçoit son traitement.

Numéro de l'hôpital

- Un numéro d'identification unique est attribué à chaque hôpital participant.

Nom de famille du patient

- Inscrire le nom de famille ou le dernier nom utilisé par le patient. Ne pas inscrire de titre. Un trait d'union simple (p. ex. Danis-Lavoie), une apostrophe (p. ex. D'Amour) ou un espace blanc (p. ex. de Cotret) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom et le second prénom du patient. Inscrire en lettres majuscules. Si le patient est souvent appelé par un surnom, veuillez l'indiquer entre parenthèses (p. ex. Antoinette (Toinette) Tremblay).

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro qui figure sur la carte d'assurance maladie du patient. Prière d'omettre les traits d'union, les espaces blancs et les numéros de version (p. ex. 123123123).
- Le numéro d'assurance maladie aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, inscrire le numéro d'identification médical personnel (NIMP).

Province ou territoire émetteur de la carte d'assurance maladie

- Inscrire la province ou le territoire associé au numéro inscrit sur la carte d'assurance maladie du patient.
- Valeurs acceptables :
 - AB = Alberta
 - BC = Colombie-Britannique
 - MB = Manitoba
 - NB = Nouveau-Brunswick
 - NL = Terre-Neuve-et-Labrador
 - NS = Nouvelle-Écosse
 - NT = Territoires du Nord-Ouest
 - NU = Nunavut
 - ON = Ontario
 - PE = Île-du-Prince-Édouard
 - QC = Québec
 - SK = Saskatchewan
 - YT = Yukon

Code postal

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au 31 octobre de l'année en cours.
- Format : M3C 2T9.
- Cette information est utilisée pour cartographier l'incidence.

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 08-août-1958).
- Étant donné que la plupart des analyses se font selon l'âge du patient, cet élément de données est obligatoire.

Résultats d'examens de laboratoire

- Les derniers résultats d'examens de laboratoire du patient.

Résultats du test d'hémoglobine

- Inscrire les derniers résultats du test d'hémoglobine (g/L) pour le patient.
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 60 g/L à 140 g/L.

Date du test d'hémoglobine

- Inscrire la date du test d'hémoglobine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Hémoglobine — test non effectué

- Si le test d'hémoglobine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test d'hémoglobine » et « Date du test d'hémoglobine » doivent être vides.

Résultats du test de ferritine

- Inscrire les derniers résultats du test de ferritine (mol/L) (dans les 6 derniers mois).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 50 µmol/L à 500 mol/L, ou de 14 µg/L à 610 µg/L (hommes) et de 8 µg/L à 125 µg/L (femmes).

Date du test de ferritine

- Inscrire la date du test de ferritine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Ferritine — test non effectué

- Si le test de ferritine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test de ferritine » et « Date du test de ferritine » doivent être vides.

Saturation de la transferrine ou fer sérique et transferrine ou fer sérique et TIBC — test non effectué

- Entrez les résultats (résultats voulus) de la saturation de la transferrine ou le résultat de tout autre bilan du fer (dans les 6 derniers mois).

Il y a 3 options pour la soumission du bilan du fer :

- saturation de la transferrine (25 % à 50 %)
- fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) et TIBC (45 µmol/L à 81 µmol/L)
- fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) et transferrine (2,0 g/L à 4,0 g/L)

Si le test n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats d'examens de laboratoire » et « Date du test » doivent être vides.

Il y a plusieurs valeurs cliniques. L'intervalle de référence est de 25 % à 50 % pour la saturation de la transferrine, de 9 µmol/L à 32 µmol/L pour le fer sérique, de 2,0 g/L à 4,0 g/L pour la transferrine et de 45 µmol/L à 81 µmol/L pour la capacité totale de fixation du fer (TIBC).

Vous pouvez déterminer la saturation de la transferrine (indice de saturation) à l'aide des résultats d'examens de laboratoire et des calculs suivants :

Fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) × 100 ÷ TIBC (45 µmol/L à 81 µmol/L) = indice de saturation
ou

Fer sérique (9 µmol/L à 32 µmol/L) × 4 ÷ transferrine (2,0 g/L à 4,0 g/L) = indice de saturation

Date du test de saturation de la transferrine ou fer sérique et transferrine ou fer sérique et TIBC — test non effectué

- Date du test de l'indice de saturation ou du fer sérique et de la TIBC ou du fer sérique et de la transferrine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Résultats du test de créatinine

- Inscrire les résultats du test de créatinine (µmol/L).
- L'intervalle de référence est de 300 µmol/L à 1 500 µmol/L.

Date du test de créatinine

- Inscrire la date du test de créatinine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Créatinine — test non effectué

- Si le test de créatinine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les cases « Résultats du test de créatinine » et « Date du test de créatinine » doivent être vides.

Résultats du test d'urée

- Inscrire les résultats du test d'urée (mmol/L).
- L'intervalle de référence est de 15 mmol/L à 40 mmol/L.

Date du test d'urée

- Inscrire la date du test d'urée.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Urée — test non effectué

- Si le test d'urée n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test d'urée » et « Date du test d'urée » doivent être vides.

Résultats du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂^{vii}

- Inscrire les résultats du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ (mmol/L).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 20 mmol/L à 30 mmol/L.

Date du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂^{vii}

- Inscrire la date du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Bicarbonate sérique/sérum CO₂ — test non effectué^{vii}

- Si le test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ n'a pas été effectué, cocher la case correspondante.
- Si la case est cochée, les sections « Résultats du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ » et « Date du test de bicarbonate sérique/sérum CO₂ » doivent être vides.

Résultats du test de calcium

- Inscrire les résultats du test de calcium (mmol/L).
- L'intervalle de référence est de 2,22 mmol/L à 2,62 mmol/L corrigé, de 1,19 mmol/L à 1,29 mmol/L ionisé, ou de 2,10 mmol/L à 2,60 mmol/L non corrigé.

vii. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Date du test de calcium

- Inscrire la date du test de calcium.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Calcium — test non effectué

- Si le test de calcium n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test de calcium » et « Date du test de calcium » doivent être vides.

Résultats du test de phosphate

- Inscrire les résultats du test de phosphate (mmol/L).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 1,5 mmol/L à 1,8 mmol/L.

Date du test de phosphate

- Inscrire la date du test de phosphate.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Phosphate — test non effectué

- Si le test de phosphate n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test de phosphate » et « Date du test de phosphate » doivent être vides.

Résultats du test de parathormone (PTH)

- Inscrire les résultats du test de parathormone (pmol/L, ng/L ou pg/ml).
- L'intervalle de référence des valeurs cliniques est de 1,3 pmol/L à 7,6 pmol/L, de 18 ng/L à 73 ng/L ou de 10 pg/ml à 65 pg/ml.

Date du test de parathormone (PTH)

- Inscrire la date du test de parathormone.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Parathormone — test non effectué

- Si le test de parathormone n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test de parathormone » et « Date du test de parathormone » doivent être vides.

Résultats du test de HbA_{1c}

- Inscrire les résultats du test de HbA_{1c}. Pour patients diabétiques seulement.
- L'intervalle de référence est de 4 % à 12 %.

Date du test de HbA_{1c}

- Inscrire la date du test de HbA_{1c}.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

HbA_{1c} — test non effectué

- Si le test de HbA_{1c} n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test de HbA_{1c} » et « Date du test de HbA_{1c} » doivent être vides.

Résultats du test d'albumine

- Inscrire les résultats du test d'albumine (g/L).
- L'intervalle de référence est de 25 g/L à 50 g/L.

Date du test d'albumine

- Inscrire la date du test d'albumine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

Albumine — test non effectué

- Si le test d'albumine n'a pas été effectué, cocher la case correspondante. Si la case est cochée, les sections « Résultats du test d'albumine » et « Date du test d'albumine » doivent être vides.

Patient reçoit de l'érythropoïétine actuellement

- Indiquer si le patient reçoit de l'érythropoïétine actuellement.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu

Produits utilisés, érythropoïétine^{viii}

- Indiquer le produit utilisé par les patients qui reçoivent actuellement de l'érythropoïétine.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Eprex
 - 2 = Aranesp (mcg)
 - 3 = Autre : _____

Voie d'administration de l'érythropoïétine^{viii}

- Valeurs acceptables :
 - 1 = IV
 - 2 = Sous-cutanée

Fréquence d'administration^{viii}

- Valeurs acceptables :
 - 1 = Hebdomadaire
 - 2 = Aux 2 semaines
 - 3 = Aux 3 semaines
 - 4 = Mensuelle
 - 5 = Autre : _____

Total des doses administrées en fonction de la fréquence^{viii}

- Indiquer la dose totale en unités administrée aux patients recevant actuellement de l'érythropoïétine.

^{viii}. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Apport complémentaire de fer

Patient reçoit actuellement du fer

- Indiquer si le patient reçoit des préparations de fer actuellement.
- Répondre pour tous les patients.

Valeurs acceptables :

- 1 = Non
- 2 = Oui, oral
- 3 = Oui, IV
- 4 = Oui, les 2 (oral et IV)
- 5 = Intramusculaire (IM)
- 6 = Autre
- 9 = Inconnu/réponse manquante

Patient en dialyse au cours des 3 derniers mois et a reçu du fer pendant cette période^{ix}

- Indiquer si le patient recevait des préparations de fer au cours des 3 derniers mois.
- Répondre pour tous les patients.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Non
 - 2 = Oui, oral
 - 3 = Oui, IV
 - 4 = Oui, les 2 (oral et IV)
 - 5 = Intramusculaire (IM)
 - 6 = Autre
 - 8 = En dialyse depuis moins de 3 mois
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

ix. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Patient en dialyse au cours des 12 derniers mois et a reçu du fer pendant cette période^x

- Indiquer si le patient recevait des préparations de fer au cours de la dernière année.
- Répondre pour tous les patients.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Non
 - 2 = Oui, oral
 - 3 = Oui, IV
 - 4 = Oui, les 2 (oral et IV)
 - 5 = Intramusculaire (IM)
 - 6 = Autre
 - 8 = En dialyse depuis moins d'un an
 - 9 = Inconnu/réponse manquante

Poids du patient pédiatrique

- Inscrire le poids du patient pédiatrique en kilogrammes lors d'une récente consultation à la clinique. Facteur de conversion : 1 lb = 0,45 kg ou 2,21 lb = 1 kg.
- Format : 0-6-3 8-3-0.

Indicateur de fluide de DP

- Inscrire si le patient pédiatrique est vidé ou plein de fluide de DP.
- Valeurs acceptables :
 - 0 = Vidé de fluide de DP
 - 1 = Plein de fluide de DP

Date de vérification du poids du patient

- Inscrire la date de vérification du poids du patient pédiatrique.
- Utiliser le mois durant lequel la plupart des résultats de laboratoire ont été obtenus.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 12-oct-2019).

x. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Taille du patient pédiatrique

- Inscrire la taille du patient pédiatrique en centimètres. Facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm ou 0,39 pouce = 1 cm.
- Format : 0-9-1 4-4-0.

Patient pédiatrique : *Un patient qui est âgé de moins de 18 ans le 31 octobre de l'année visée.*

Date de vérification de la taille du patient pédiatrique

- Inscrire la date de vérification de la taille du patient pédiatrique.
- Utiliser le mois durant lequel la plupart des résultats de laboratoire ont été obtenus.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 20-sept-2019).

Clairance hebdomadaire de la créatinine — résiduelle rénale^{xi}

- Inscrire le résultat résiduel rénal de la clairance hebdomadaire de la créatinine. Inscrire les plus récents résultats. Lorsque la fonction résiduelle est 0, préciser 0.

Clairance hebdomadaire de la créatinine — péritonéale^{xi}

- Inscrire le résultat péritonéal de la clairance hebdomadaire de la créatinine.

Clairance hebdomadaire de la créatinine — totale

- Inscrire le résultat total de la clairance hebdomadaire de la créatinine.
- Clairance hebdomadaire totale de la créatinine = résultat rénal + résultat péritonéal (c.-à-d. RR + RP).
- L'intervalle de référence habituel des valeurs cliniques est de 40 L à 120 L/1,73 m²/par semaine.
- La clairance hebdomadaire est normalisée à 1,73 m²/surface corporelle.

Date de la clairance hebdomadaire de la créatinine

- Inscrire la date de la clairance hebdomadaire de la créatinine.
- Format : MOIS-AAAA (p. ex. sept-2019).

xi. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Indicateur « le patient n'a pas encore été testé » : clairance hebdomadaire de la créatinine

- Cocher cette case si le patient n'a pas encore reçu de test pour la clairance de la créatinine.

Indicateur « pas fait systématiquement » : clairance de la créatinine

- Cocher cette case si la clairance hebdomadaire de la créatinine n'est pas faite systématiquement.

Kt/V hebdomadaire (urée) — résiduel rénal^{xii}

- Inscrire le résultat résiduel rénal du Kt/V hebdomadaire (urée). Inscrire les plus récents résultats. Lorsque la fonction résiduelle est 0, préciser 0.

Kt/V hebdomadaire (urée) — péritonéal^{xii}

- Inscrire le résultat péritonéal du Kt/V hebdomadaire (urée).

Kt/V hebdomadaire (urée) — total

- Inscrire le résultat total du Kt/V hebdomadaire (urée) (c.-à-d. RR + RP).
- L'intervalle est de 1 à 5.
- Kt/V hebdomadaire total = résultat rénal + résultat péritonéal.

Date à laquelle le Kt/V hebdomadaire (urée) a été pris

- Inscrire la date à laquelle le Kt/V hebdomadaire a été pris.
- Format : MMMM-AAAA (p. ex. sept-2019).

Indicateur « le patient n'a pas encore été testé » : Kt/V hebdomadaire

- Cocher cette case si le patient n'a pas encore reçu de test pour le Kt/V hebdomadaire (urée).

Indicateur « pas fait systématiquement » : Kt/V hebdomadaire

- Cocher cette case si le Kt/V hebdomadaire n'est pas pris systématiquement.

xii. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Formules informatiques pour les clairances de la DP telles qu'elles sont citées dans *Clinical Practice Guidelines of the Canadian Society of Nephrology for Treatment of Patients With Chronic Renal Failure* (1999) :

Kt/V (urée) :

$$\text{Kt/V hebdomadaire} = 7 \left[\frac{D}{P_{\text{urée}}} (\text{mmol/L}) \times \text{volume d'effluent (L)} + \frac{U}{P_{\text{urée}}} (\text{mmol/L}) \times \text{volume d'urine (L)} \right] \div \text{eau corporelle totale (L)}$$

Clairance hebdomadaire de la créatinine :

$$\text{CCr} = 7 \left[\frac{D}{P_{\text{créat}}} (\mu\text{mol/L}) \times \text{volume d'effluent (L)} + \text{volume d'urine (L)} \times \left[\frac{U}{P_{\text{urée}}} + \frac{U}{P_{\text{créat}}} (\text{mmol/L}) \div 2 \right] \right] \times 1,73 \text{ BSA}$$

Formules de Watson pour l'eau corporelle totale (V) :

$$\textbf{Homme} : V(\text{L}) = 2,447 + 0,3362 \times \text{poids (kg)} + 0,1074 \times \text{taille (cm)} - 0,09516 \times \text{âge (an)}$$

$$\textbf{Femme} : V(\text{L}) = -2,097 + 0,2466 \times \text{poids (kg)} + 0,1069 \times \text{taille (cm)}$$

Formule de DuBois pour la surface corporelle :

$$\text{BSA} = 0,007184 \times \text{poids } 0,425 (\text{kg}) \times \text{taille } 0,725 (\text{cm})$$

État du transport membranaire péritonéal^{xiii}

- Indiquer les résultats du premier test de transport membranaire péritonéal (TEP). Ce test est habituellement fait durant les 3 premiers mois du traitement de dialyse péritonéale.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Faible
 - 2 = Moyenne faible
 - 3 = Élevé
 - 4 = Moyenne élevée

Indicateur « le patient n'a pas encore été testé » : TEP^{xiii}

- Cocher cette case si le patient n'a pas encore été testé.

Indicateur « le patient a refusé de subir le test » : TEP^{xiii}

- Cocher cette case si le patient a refusé de subir le test.

xiii. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Indicateur « pas fait systématiquement » : TEP^{xiv}

- Cocher cette case si le test n'est pas fait systématiquement.

Indicateur pour la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)^{xiv}

- Indiquer si le patient reçoit actuellement de la DPCA.

***DPCA :** Inclut des échanges manuels. Peut aussi inclure l'utilisation d'un appareil pour les échanges de nuit pour faire un échange automatisé par 24 heures. Si plus d'un échange automatisé est effectué, on parle de DPA.*

Volume de liquide par échange (DPCA)^{xiv}

- Inscrire le volume de liquide (ml) par échange de DPCA.
- L'intervalle de référence habituel des valeurs cliniques est de 1 000 ml à 3 000 ml.
Si le patient a des volumes différents par échange, une moyenne sera alors saisie.

Nombre d'échanges par jour (DPCA)^{xiv}

- Inscrire le nombre d'échanges de liquide par jour de DPCA.
- L'intervalle de référence habituel est de 1 à 7.

Volume total par jour (DPCA)^{xiv}

- Inscrire le volume total d'échanges de liquide (ml) par jour de DPCA.
- Le volume total par jour est égal au volume de liquide par échange multiplié par le nombre d'échanges par jour.
- L'intervalle de référence habituel est de 2 000 ml à 15 000 ml.

Indicateur d'appareil pour l'échange de nuit^{xiv}

- Indiquer si un appareil pour l'échange de nuit a été utilisé.
- Valeurs acceptables :
N = Non
O = Oui
I = Inconnu/réponse manquante

^{xiv.} Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Indicateur pour la dialyse péritonéale automatisée (DPA)^{xv}

- Indiquer si le patient reçoit actuellement de la DPA. Inclut les patients en DPN, DPIN, DPCC, DPI et une combinaison des traitements de DPA et DPCA.

Volume cyclé par nuit (DPA)^{xv}

- Inscrire le volume cyclé (ml) par nuit pour ce patient. Indiquer le volume total cyclé (c.-à.-d. le liquide est cyclé pendant que le patient est relié au cycleur). Ne comprend pas les remplissages faits au moyen de l'option « dernier sac » ou le liquide transmis au moyen des options « pause » ou « déplacement ».
- L'intervalle de référence habituel est de 5 000 ml à 35 000 ml.

Volume d'infusion sur le cycleur (DPA)^{xv}

- Inscrire le volume d'infusion sur le cycleur.
- L'intervalle de référence habituel est de 500 ml à 3 500 ml.

Volume d'infusion durant la journée (DPA)^{xv}

- Inscrire le volume (ml) d'infusion durant la journée.
- L'intervalle de référence habituel est de 500 ml à 3 500 ml.

Nombre d'infusions durant la journée (DPA)^{xv}

- Inscrire le nombre d'infusions durant la journée. Comprend les options « dernier sac », « pause » et « déplacement ».
- L'intervalle de référence habituel est de 0 à 3. Si le patient ne reçoit pas d'infusion durant la journée, le nombre d'infusions durant la journée devrait être 0.

Indicateur de dialysat amino-acide^{xv}

- Indiquer si le patient utilise du dialysat amino-acide.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

xv. Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

Indicateur de dialysat sans glucose^{xvi}

- Indiquer si le patient utilise du dialysat sans glucose (c.-à-d. icodextrin, sans amino-acide ajouté).
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Patient sur la liste d'attente immédiate pour une transplantation rénale

- Indiquer si le patient est sur la liste d'attente immédiate pour une greffe de rein.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = N'est pas sur la liste d'attente
 - 2 = Subit un bilan pré-greffe pour la liste d'attente
 - 3 = Est sur la liste d'attente
 - 9 = Situation inconnue

^{xvi.} Cet élément de données a été retiré des formulaires Web du RCITO, mais il est possible de le soumettre à titre facultatif au moyen des fichiers électroniques. Pour plus d'information, consultez le Dialysis Submission Specifications Manual (en anglais seulement).

5 Profil des installations

Le formulaire **Profil des installations** comporte une section générale divisée en 2 questionnaires distincts : l'un portant sur l'hémodialyse et l'autre sur la dialyse péritonéale. Chaque unité de soins peut ainsi remplir la section la concernant et la retourner directement au RCITO.

Les établissements sont tenus de remplir le formulaire à la fin de l'année de déclaration en cours (31 décembre) et, en l'absence d'information précise, d'inscrire la meilleure estimation possible. Nous demandons aux centres de le remplir et le soumettre dans les délais prévus. Ce formulaire permet de recueillir de l'information générale au sujet des établissements et des centres extra-hospitaliers qui leur sont affiliés.

Remplir le formulaire Profil des installations : hémodialyse

Les unités d'hémodialyse dans les hôpitaux ou les établissements de santé autonomes doivent remplir ce formulaire. L'information sur les centres extra-hospitaliers (satellites) affiliés aux hôpitaux, leurs patients et les postes d'hémodialyse, est incluse dans le formulaire soumis par les hôpitaux.

Nom de l'hôpital

- Inscrire le nom de l'hôpital où le patient reçoit son traitement.

Ville de l'hôpital

- Inscrire le nom de la ville de l'hôpital. La ville doit être indiquée pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes (p. ex. St. Joseph's à Hamilton et St. Joseph's à Toronto).

Numéro de l'hôpital

- Un numéro d'identification unique est attribué à chaque hôpital participant.

Nombre total de postes d'hémodialyse

- Inscrire le nombre total de postes d'hémodialyse dans votre établissement. N'inclut pas les postes dans les centres extra-hospitaliers.

Nom du centre extra-hospitalier

- Inscrire tous les centres extra-hospitaliers affiliés à votre établissement (à la deuxième page du questionnaire).

Emplacement du centre extra-hospitalier

- Inscrire l'emplacement de tous les centres extra-hospitaliers affiliés à votre établissement.

Nombre de postes par centre extra-hospitalier

- Inscrire le nombre de postes dans les centres extra-hospitaliers affiliés à votre établissement. Citer tous les postes pour chaque centre extra-hospitalier.

Indicateur pour les visiteurs temporaires

- Indiquer si votre établissement fournit des installations de dialyse à des visiteurs temporaires (y compris les jours fériés).
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Indicateur pour les visiteurs temporaires (installations de dialyse toujours disponibles)

- Indiquer si votre établissement est toujours en mesure de mettre des installations de dialyse à la disposition des visiteurs temporaires.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Indicateur pour les installations d'hémodialyse adéquates

- Indiquer si votre établissement dispose d'installations adéquates (p. ex. pour ce qui est de l'espace et de la capacité physique ou des ressources humaines).
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Raisons principales pour lesquelles l'établissement n'a pas d'installations d'hémodialyse adéquates

- Inscrire les 2 raisons principales pour lesquelles votre établissement n'a pas d'installations d'hémodialyse adéquates.
- Répondre seulement si votre établissement n'a pas d'installations d'hémodialyse adéquates.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Espace inadéquat pour les patients
 - 2 = Espace inadéquat pour les machines
 - 3 = Espace inadéquat pour les installations de formation
 - 4 = Manque de capacité physique pour s'élargir
 - 5 = Manque d'infirmières autorisées qualifiées
 - 6 = Manque de diététiciens, de travailleurs sociaux, de pharmaciens ou d'autres professionnels de la santé
 - 7 = Manque de techniciens et de technologues
 - 8 = Manque de néphrologues qualifiés
 - 9 = Autre, préciser : _____

Indicateur pour le libre choix des modalités de traitement

- Indiquer si le personnel et les patients de votre établissement peuvent choisir librement la modalité de traitement.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Raisons pour lesquelles les choix de modalité sont limités

- Inscrire les 2 raisons principales pour lesquelles le personnel et les patients ne peuvent pas choisir librement la modalité de traitement.
- Répondre seulement si le personnel et les patients ne peuvent pas choisir librement la modalité de traitement.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = L'établissement n'a pas d'autre modalité
 - 2 = L'espace restreint limite les options
 - 3 = L'accès géographique à l'établissement limite les options
 - 9 = Autre, préciser : _____

Information sur la personne-ressource

Nom de la personne qui a rempli ce formulaire

- Inscrire le nom de la personne qui a rempli ce formulaire.

Date à laquelle le formulaire a été rempli

- Inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 03-janv-2020).

Remplir le formulaire Profil des installations : dialyse péritonéale

Nom de l'hôpital

- Inscrire le nom de l'hôpital où le patient reçoit son traitement.

Ville de l'hôpital

- Inscrire le nom de la ville où l'hôpital est situé. La ville doit être indiquée pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes (p. ex. St. Joseph's à Hamilton et St. Joseph's à Toronto).

Numéro de l'hôpital

- À être rempli par le RCITO. Un numéro d'identification unique est attribué à chaque hôpital participant.

Indicateur pour les installations de dialyse péritonéale adéquates

- Indiquer si votre établissement dispose d'installations de dialyse péritonéale adéquates (p. ex. pour ce qui est de l'espace et de la capacité physique ou des ressources humaines).
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Raisons pour lesquelles l'établissement n'a pas d'installations de dialyse péritonéale adéquates

- Inscrire les 2 raisons principales pour lesquelles votre établissement ne dispose pas d'installations de dialyse péritonéale adéquates.
- Répondre seulement si votre établissement ne dispose pas d'installations de dialyse péritonéale adéquates.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = Espace inadéquat pour les patients
 - 2 = Espace inadéquat pour les machines
 - 3 = Espace inadéquat pour les installations de formation
 - 4 = Manque de capacité physique pour s'élargir
 - 5 = Manque d'infirmières autorisées qualifiées
 - 6 = Manque de diététiciens, de travailleurs sociaux, de pharmaciens ou d'autres professionnels de la santé
 - 7 = Manque de techniciens et de technologues
 - 8 = Manque de néphrologues qualifiés
 - 9 = Autre, préciser : _____

Indicateur pour le libre choix des modalités de traitement

- Indiquer si le personnel et les patients de votre établissement peuvent choisir librement la modalité de traitement.
- Valeurs acceptables :
 - N = Non
 - O = Oui
 - I = Inconnu/réponse manquante

Raisons pour lesquelles les choix de modalité sont limités

- Inscrire les 2 raisons principales pour lesquelles le personnel et les patients ne peuvent pas choisir librement la modalité de traitement.
- Répondre seulement si le personnel et les patients ne peuvent pas choisir librement la modalité de traitement.
- Valeurs acceptables :
 - 1 = L'établissement n'a pas d'autre modalité
 - 2 = L'espace restreint limite les options
 - 3 = L'accès géographique à l'établissement limite les options
 - 9 = Autre, préciser : _____

Information sur la personne-ressource

Nom de la personne qui a rempli ce formulaire

- Inscrire le nom de la personne qui a rempli ce formulaire.

Date à laquelle le formulaire a été rempli

- Inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli.
- Format : JJ-MOIS-AAAA (p. ex. 03-janv-2020).

Annexes

Annexe A — Centres de dialyse participants

Une [liste des centres de dialyse participants](#) au Canada en date du 1^{er} janvier 2020 est accessible sur la page Web du RCITO.

Annexe B — Formulaires de collecte de données

L'Institut canadien d'information sur la santé et le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes n'acceptent que les soumissions électroniques. Pour obtenir des formulaires imprimables à titre de référence, écrivez à rcito@icis.ca.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

23467-1220

