



BDCP

Spécifications techniques sur les tests de qualité des données en cours d'exercice

Base de données sur les congés des patients

2024-2025



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

© 2025 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Spécifications techniques sur les tests de qualité des données en cours d'exercice, Base de données sur les congés des patients, 2024-2025*. Ottawa, ON : ICIS; février 2025.

This publication is also available in English under the title *Discharge Abstract Database Open-Year Data Quality Test Specifications, 2024–2025*.

Table des matières

Introduction	7
Objectif.	7
Mises à jour	8
Tests de qualité des données en cours d'exercice : résumé et justification	9
Tests de qualité des données en cours d'exercice.	22
1 Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois (D0103-18).	22
2 Couplage incomplet des mères et des nouveau-nés (D0112-23).	23
3 Numéro d'assurance maladie de la mère consigné dans l'abrégé d'un nouveau-né hors province (D0301-117).	24
4 Numéro d'assurance maladie de la mère consigné dans l'abrégé d'un nouveau-né dans la province (D0301-118).	26
5 Heure d'admission inconnue (D0402-64).	28
6 Heure de sortie inconnue (D0502-65).	29
7 Incohérence entre l'état à la sortie et l'établissement de destination (D0505-175).	30
8 Suicide à l'établissement/Décédé à l'établissement (D0505-198).	31
9 (MODIFICATION) Sous-déclaration potentielle des jours en niveau de soins alternatif (NSA) (D0701-149).	32
10 Poids inconnu 0,001 consigné pour des nouveau-nés et des patients néonataux de moins de 29 jours (D0703-50).	34
11 Code d'enfant unique au cours d'un épisode de naissances multiples (D1002-32)	35
12 Code d'affection post-intervention consigné sans code de cause externe (D1002-52)	37
13 Infarctus aigu du myocarde consigné comme diagnostic de type (3) (D1002-127).	38
14 Infections à SARM ou aux ERV — code supplémentaire manquant pour le site d'infection (D1002-134)	39
15 Codification erronée d'une sepsie post-intervention (D1002-136)	41
16 Plus d'un code de résultat de l'accouchement (catégorie Z37) (D1002-148).	43
17 Décès neurologique non consigné comme diagnostic de type (3) (D1002-152).	44
18 Intoxication à l'alcool — code de cause externe sans code T correspondant (D1002-163).	45
19 Déchirure vaginale haute sans code de réparation (CCI) correspondant (D1002-168).	46
20 Épisode de naissance unique — accouchement vaginal après une césarienne sans code d'intervention d'accouchement vaginal (D1002-169)	47

21 Attribution de I64 <i>Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus</i> (D1002-170)	48
22 Arrêt cardiaque consigné comme diagnostic de type (2) sans code d'intervention de réanimation cardiaque (D1002-171)	49
23 COVID-19 confirmée ou suspectée sur un abrégé d'accouchement en obstétrique (D1002-186)	50
24 COVID-19 confirmée ou suspectée sur un abrégé de soins antepartum (D1002-187)	51
25 Diabète au cours de la grossesse — épisode de soins durant l'accouchement (D1002-188)	52
26 Diabète au cours de la grossesse — épisode de soins antepartum (D1002-189)	53
27 Attribution erronée du code J44.– (MPOC) avec un code d'infection des voies respiratoires inférieures (D1002-194)	54
28 Diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y attribué à U07.4 <i>Affection post-COVID-19</i> (D1004-185)	55
29 R57.2 <i>Choc septique</i> comme DxP (D1004-193)	56
30 Type de diagnostic erroné pour les codes du groupe P00-P04 (D1004-196)	57
31 Réparation d'une déchirure vaginale haute sans code de diagnostic correspondant (D1102-111)	58
32 Code de la CCI décrivant une arthroplastie de la hanche ou du genou non cimentée alors qu'une étiquette de ciment a été saisie (D1102-180)	59
33 3.IP.10.VX avec attribut de situation erroné (D1103-172)	60
34 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ avec attribut de situation erroné (D1103-173)	61
35 3.IP.10.VX avec attribut de lieu erroné (D1104-82)	62
36 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ avec attribut de lieu erroné (D1104-174)	63
37 Arthroplastie de la hanche avec attribut d'étendue UN — Inconnu (D1105-86)	64
38 Code d'arthroplastie de la hanche 1.VA.53.^ avec valeur d'attribut d'étendue erronée (D1105-166)	65
39 3 épisodes d'intervention hors hôpital ou plus dans une journée (D1113-35)	67
40 Non-saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que l'établissement ne soumet pas de données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA (D1515-177)	68
41 Saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que l'établissement soumet des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA (D1515-178)	70
42 Saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que le code d'entrée n'est pas E (Urgence) (D1515-179)	71

43	Type de contention N consigné avec le type de contention M, C, P ou S (D1517-190)	72
44	Type de contention M, C, P, S ou N saisi plus d'une fois (D1517-191)	73
45	Fréquence du recours à la contention N consignée avec le type de contention M, C, P ou S (D1518-192)	74
46	Projet 340 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (D1618-99)	75
47	Projet 340 — valeur sans objet, inconnue ou non valide dans le champ Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie (D1618-103)	77
48	Projet 340 — valeur manquante, non valide ou inconnue pour la date et l'heure d'administration du traitement thrombolytique aigu lorsque la valeur saisie dans le champ Administration d'un traitement thrombolytique aigu est Y ou P (D1618-121) . . .	78
49	Projet 340 — valeur non valide ou inconnue pour la date et l'heure du début des symptômes d'AVC (D1618-123)	79
50	Projet 740 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (D1619-137)	80
51	Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur AlphaFIM consignée (D1619-138)	82
52	Projet 740 — valeur non valide pour la date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM lorsque la valeur saisie dans le champ Valeur AlphaFIM consignée est Y (D1619-139)	83
53	Projet 740 — date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM non comprise entre la date d'admission et la date de sortie (D1619-141)	84
54	Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices (D1619-142)	85
55	Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives (D1619-144)	86
56	Projet 440 — valeur non valide pour le champ Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire (D1620-155)	87
57	Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de l'examen admissible avant l'intervention de thrombectomie endovasculaire lorsque la valeur saisie dans le champ Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire est P ou Y (D1620-156)	88
58	Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de la ponction artérielle (D1620-157)	89
59	Projet 440 — valeur non valide pour le champ Réussite de la reperfusion initiale (D1620-158)	90

60	Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de la réussite de la reperfusion initiale lorsque la valeur saisie dans le champ Réussite de la reperfusion initiale est Y (D1620-159)	91
61	Projet 440 — valeur non valide pour le champ Réussite de la reperfusion au terme de la thrombectomie endovasculaire (D1620-160)	92
62	Projet 792 (Capsule vidéo-endoscopique) — projet non rempli alors que le code 3.OZ.94.AY de la CCI a été saisi (D1621-195).	93
63	Aucun accouchement saisi dans les champs Nombre d'accouchements à terme antérieurs et Nombre d'accouchements prématurés antérieurs alors que le code du diagnostic ou l'attribut de situation de la césarienne signale un accouchement antérieur (D1801-120)	94
64	Valeur manquante pour le champ Nombre d'accouchements à terme antérieurs ou Nombre d'accouchements prématurés antérieurs dans un abrégé d'accouchement en obstétrique (D1801-135).	95
65	Saisie du numéro de produit et du numéro de produit du ciment à l'aide d'un lecteur de codes à barres dont le paramètre de transmission de la norme AIM n'a pas été activé (D2010-161).	96
	Annexe : Codes d'affections post-intervention	98

Introduction

Partie intégrante de l'engagement de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à fournir des données de qualité, l'analyse systématique de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) permet de relever les problèmes de qualité des données au cours de l'année de soumission et après la clôture de la base de données. Les données douteuses sont signalées aux établissements concernés pour examen et correction avant la clôture de la base de données.

Objectif

Le présent document a été créé pour

- accompagner les rapports sur la qualité des données en cours d'exercice qui signalent les problèmes suspectés de qualité de données;
- aider les clients de la BDCP à créer leurs propres vérifications de la qualité des données afin qu'ils puissent repérer les enregistrements comportant des données douteuses et soumettre les corrections rapidement.

Le présent document présente les tests de qualité des données effectués sur la BDCP, ainsi que leur justification, leur règle et leurs critères de sélection, les éléments de données ayant servi à l'analyse et, pour certains tests, un exemple de cas correct et des références. Il importe de souligner que l'exemple de cas correct ne rend pas compte de tous les cas de figure. Chaque test est associé à un numéro de référence qui est utilisé dans toutes les communications avec les clients.

Les établissements et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé peuvent accéder aux rapports trimestriels sur la qualité des données en cours d'exercice pour la BDCP à partir de la [page Web des applications de la BDCP et du SNISA](#). Il suffit d'ouvrir une session et de cliquer sur les liens suivants : Rapports opérationnels > BDCP > Rapports sur la qualité des données de l'exercice en cours. Les clients sont automatiquement avisés par courriel de la publication des rapports.

Les établissements doivent examiner les erreurs et, s'il y a lieu, soumettre de nouveau les abrégés corrigés. Chaque rapport détaillé sur la qualité des données en cours d'exercice indique le numéro et le nom du test de qualité des données, ainsi que les éléments de données identificateurs de l'abrégé de la BDCP, notamment les suivants : Numéro de dossier, Exercice, Période, Numéro du lot, Numéro d'abrégé et Date de sortie. L'information permettant d'identifier l'abrégé aide les établissements à établir une correspondance entre les abrégés comportant des données douteuses et les abrégés figurant dans leurs systèmes. Un rapport sommaire est également fourni. Il indique le nombre d'abrégés comportant des erreurs, le nombre total d'abrégés admissibles et le pourcentage d'erreur pour chaque test de qualité des données en cours d'exercice. Le pourcentage d'erreur établi à l'échelle provinciale ou territoriale et à l'échelle nationale est également fourni à des fins de comparaison. De l'information supplémentaire sur le contenu des rapports sur la qualité des données en cours d'exercice peut être téléchargée à partir de la [page Web des applications de la BDCP et du SNISA](#). Il suffit d'ouvrir une session et de cliquer sur les liens suivants : Décodeurs > FY (choisir l'exercice en cours) > OYDQ Detailed and Summary Report Decoder (PDF).

Remarque : Un même abrégé peut présenter plusieurs problèmes de qualité des données et avoir été repéré lors de plusieurs tests. Par exemple, un abrégé peut satisfaire à la fois aux critères de sélection du test Code d'enfant unique au cours d'un épisode de naissances multiples (D1002-32) et du test Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois (D0103-18).

Mises à jour

Le document *Spécifications techniques sur les tests de qualité des données en cours d'exercice, Base de données sur les congés des patients* est mis à jour tous les trimestres et intègre les tests de qualité des données en cours d'exercice nouveaux ou modifiés. Un test peut être supprimé s'il n'est plus pertinent ou si de nouvelles vérifications sont créées. Un test peut également être modifié en fonction des améliorations apportées aux instructions de collecte énoncées dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*, à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA) et à la Classification canadienne des interventions en santé (CCI), ou encore en fonction de la plus récente version des Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI.

Si vous avez des questions, écrivez à l'ICIS à bdca@icis.ca.

Tests de qualité des données en cours d'exercice : résumé et justification

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des tests de qualité des données en cours d'exercice propres à la BDCP pour l'exercice en cours. La colonne Justification indique pourquoi il est important de corriger ces problèmes de qualité des données. Une description plus détaillée de chaque test est présentée à la section suivante.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D0103-18	Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois	Abrégés affichant des valeurs identiques dans plusieurs champs clés utilisés pour le couplage des abrégés.	L'enregistrement répété d'une sortie a une incidence sur l'attribution de la pondération de la consommation des ressources et sur le taux de surdénombrement.
D0112-23	Couplage incomplet des mères et des nouveau-nés	Abrégés de la mère ou du bébé affichant le mauvais numéro de dossier ou le mauvais numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né.	Le couplage de l'abrégé de la mère à celui de son nouveau-né est essentiel à la mesure des résultats pour la santé de la mère et du nouveau-né. Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né est le seul élément de données utilisé pour le couplage des mères et des nouveau-nés.
D0301-117	Numéro d'assurance maladie de la mère consigné dans l'abrégé d'un nouveau-né hors province	Le numéro d'assurance maladie (NAM) provincial ou territorial attribué au nouveau-né doit être consigné, s'il est disponible.	Un pourcentage élevé d'abrégés de nouveau-né où le NAM de la mère a été inscrit comme NAM rend difficile le couplage des enregistrements relatifs à la sortie du nouveau-né et aux sorties subséquentes.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D0301-118	Numéro d'assurance maladie de la mère consigné dans l'abrégé d'un nouveau-né dans la province	Le numéro d'assurance maladie (NAM) provincial ou territorial attribué au nouveau-né doit être consigné, s'il est disponible.	Un pourcentage élevé d'abrégés de nouveau-né dans lesquels le NAM de la mère a été inscrit comme NAM rend difficile le couplage des enregistrements relatifs à la sortie du nouveau-né et aux sorties subséquentes.
D0402-64	Heure d'admission inconnue	L'heure d'admission est inconnue.	Ce champ est important pour la formation des épisodes.
D0502-65	Heure de sortie inconnue	L'heure de sortie est inconnue.	Ce champ est important pour la formation des épisodes.
D0505-175	Incohérence entre l'état à la sortie et l'établissement de destination	L'état à la sortie doit correspondre au type d'établissement que l'ICIS a attribué au numéro de l'établissement de destination.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
D0505-198 (NOUVEAU)	Suicide à l'établissement/ Décédé à l'établissement	L'état à la sortie 74 est consigné lorsque le décès découle de blessures auto-infligées. L'état à la sortie 72 est consigné lorsque le décès découle d'une affection sans lien avec les blessures auto-infligées.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
D0701-149	(MODIFICATION) Sous-déclaration potentielle des jours en niveau de soins alternatif (NSA)	Hospitalisations en soins de courte durée susceptibles d'être des cas NSA, mais pour lesquelles aucun service principal 99 (NSA) n'a été consigné.	Les données sur les NSA sont largement utilisées à chaque niveau du système de santé et dans tous les milieux de soins de courte durée et de longue durée.
D0703-50	Poids inconnu 0,001 consigné pour des nouveau-nés et des patients néonataux de moins de 29 jours	Un poids inconnu est inscrit pour des nouveau-nés et des patients néonataux de moins de 29 jours.	Le poids influe sur le classement dans les GMA. Un pourcentage élevé d'abrégés affichant la valeur 0,001 (Inconnu) peut signaler un problème de consignation au sein de l'établissement.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1002-32	Code d'enfant unique au cours d'un épisode de naissances multiples	Le code de diagnostic de la catégorie Z38.– consigné sur l'abrégé de nouveau-né indique le nombre de naissances (enfant unique, jumeaux, triplés, etc.) et, par conséquent, le nombre d'abrévés de nouveau-né qui doivent être couplés à l'abrégé de la mère.	L'inexactitude des données peut nuire à la recherche sur les naissances multiples.
D1002-52	Code d'affection post-intervention consigné sans code de cause externe	Tout code d'affection post-intervention exige un code de cause externe (Y60 à Y84 ou V01 à X59).	Les codes d'affection post-intervention sont utilisés dans des rapports diffusés aux clients externes.
D1002-127	Infarctus aigu du myocarde consigné comme diagnostic de type (3)	Attribution du mauvais type de diagnostic à un infarctus aigu du myocarde lors de la codification.	A une incidence sur un indicateur important de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
D1002-134	Infections à SARM ou aux ERV — code supplémentaire manquant pour le site d'infection	Lorsque le dossier indique que l'infection est attribuable à des superbactéries comme le SARM (<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline) ou les ERV (entérocoques résistants à la vancomycine), il est obligatoire d'attribuer les codes qui décrivent le siège de l'infection, l'agent pathogène et la résistance à des médicaments particuliers.	A une incidence sur un indicateur important de la sécurité des patients. Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
D1002-136	Codification erronée d'une sepsie post-intervention	Lorsqu'une sepsie satisfait à la définition d'affection post-intervention, un T (figurant dans la liste fournie) est consigné comme code principal et le code décrivant le type de sepsie est attribué, obligatoire, comme diagnostic de type (3) avec le code de cause externe pertinent de la catégorie Y83 ou Y84. Un indicateur de série est appliqué pour lier tous ces codes.	A une incidence sur un indicateur important de la sécurité des patients. Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1002-148	Plus d'un code de résultat de l'accouchement (catégorie Z37)	Si un accouchement a lieu au cours de l'épisode de soins, un seul code de résultat de l'accouchement (catégorie Z37) doit être consigné sur l'abrégié.	A une incidence sur le classement dans les GMA; de plus, les résultats de l'accouchement servent souvent aux analyses.
D1002-152	Décès neurologique non consigné comme diagnostic de type (3)	Le code de diagnostic G93.81 <i>Mort neurologique</i> doit être consigné comme diagnostic de type (3).	A une incidence sur un indicateur important lié au ratio de mortalité.
D1002-163	Intoxication à l'alcool — code de cause externe sans code T correspondant	Un code de cause externe d'intoxication à l'alcool (X45, X65 ou Y15) exige un code d'intoxication à l'alcool de la catégorie T51 correspondant.	A une incidence sur l'élaboration de l'indicateur de l'ICIS relatif à l'utilisation problématique de substances.
D1002-168	Déchirure vaginale haute sans code de réparation (CCI) correspondant	Un code de diagnostic O71.401 ou O71.404 <i>Déchirure obstétricale vaginale haute</i> a été consigné sans code d'intervention 5.PC.80. JU <i>Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente.</i>	A une incidence sur un indicateur important de la sécurité des patients.
D1002-169	Épisode de naissance unique — accouchement vaginal après une césarienne sans code d'intervention d'accouchement vaginal	Incohérence entre le code de diagnostic et le code d'intervention.	A une incidence sur le classement dans les GMA; de plus, ces données sont fréquemment utilisées pour la production de rapports.
D1002-170	Attribution de I64 <i>Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus</i>	I64 <i>Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus</i> n'est attribué que dans de rares circonstances.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1002-171	Arrêt cardiaque consigné comme diagnostic de type (2) sans code d'intervention de réanimation cardiaque	Code de diagnostic et type de diagnostic non associés à un code d'intervention correspondant.	A une incidence sur un indicateur important de soins cardiaques.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1002-186	COVID-19 confirmée ou suspectée sur un abrégé d'accouchement en obstétrique	Si la patiente en soins obstétricaux (accouchement) reçoit un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19, O98.5– <i>Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> avec 1 ou 2 au sixième caractère doit être attribué comme diagnostic de type significatif.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé.
D1002-187	COVID-19 confirmée ou suspectée sur un abrégé de soins antepartum	Si la patiente en soins obstétricaux (antepartum) reçoit un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19, O98.5– <i>Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> avec 3 ou 4 au sixième caractère doit être attribué comme diagnostic de type significatif.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé.
D1002-188	Diabète au cours de la grossesse — épisode de soins durant l'accouchement	Si une patiente enceinte souffre de diabète sucré préexistant ou reçoit un diagnostic de diabète sucré gestationnel, il est obligatoire de consigner le code applicable du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99).	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur le diabète sucré et la grossesse.
D1002-189	Diabète au cours de la grossesse — épisode de soins antepartum	Si une patiente enceinte souffre de diabète sucré préexistant ou reçoit un diagnostic de diabète sucré gestationnel, il est obligatoire de consigner le code applicable du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99).	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur le diabète sucré et la grossesse.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1002-194	Attribution erronée du code J44.– (MPOC) avec un code d'infection des voies respiratoires inférieures	Si un patient reçoit un diagnostic de bronchiolite aiguë (J21.–), de bronchite aiguë (J20.–) ou de toute forme de pneumonie (J10.0, J11.0, J12.–, J13, J14, J15.–, J16.–, J18.–) et qu'il est atteint de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la MPOC est classée sous J44.0 <i>Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures.</i>	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive.
D1004-185	Diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y attribué à U07.4 <i>Affection post-COVID-19</i>	Lorsque U07.4 <i>Affection post-COVID-19</i> est consigné, il faut lui attribuer un type de diagnostic (3).	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé.
D1004-193	R57.2 <i>Choc septique</i> comme DxP	R57.2 <i>Choc septique</i> ne doit jamais être le DxP.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive.
D1004-196 (NOUVEAU)	Type de diagnostic erroné pour les codes du groupe P00-P04	Les codes du groupe P00-P04 <i>Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement</i> ne doivent jamais être attribués comme diagnostic de type significatif (M, 1, 2, W, X, Y).	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive.
D1102-111	Réparation d'une déchirure vaginale haute sans code de diagnostic correspondant	Réparation chirurgicale d'une déchirure vaginale haute sans code de diagnostic correspondant.	A une incidence sur un indicateur important de la sécurité des patients.
D1102-180	Code de la CCI décrivant une arthroplastie de la hanche ou du genou non cimentée alors qu'une étiquette de ciment a été saisie	En présence d'un numéro de produit du ciment, le dixième caractère du code de la CCI décrivant l'arthroplastie de la hanche ou du genou doit être N ou Q, pour consigner le recours à du matériel synthétique.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les arthroplasties de la hanche ou du genou.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1103-172	3.IP.10.VX avec attribut de situation erroné	Un attribut de situation erroné a été consigné avec un code d'intervention de coronarographie.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les coronarographies.
D1103-173	3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ avec attribut de situation erroné	Un attribut de situation DX, I ou UN a été consigné AVEC un code d'intervention 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ. Les valeurs d'attribut de situation DX, I et UN ne peuvent être utilisées qu'avec 3.IP.10.VX (coronarographie).	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les coronarographies.
D1104-82	3.IP.10.VX avec attribut de lieu erroné	Un attribut de lieu erroné a été consigné avec le code d'intervention de coronarographie.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les coronarographies.
D1104-174	3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ avec attribut de lieu erroné	Un attribut de lieu CB, FY, LY, RY ou U a été consigné AVEC un code d'intervention 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ. Les valeurs d'attribut de lieu CB, FY, LY, RY et U ne peuvent être utilisées qu'avec 3.IP.10.VX (coronarographie).	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive sur les coronarographies.
D1105-86	Arthroplastie de la hanche avec attribut d'étendue UN — Inconnu	Il est rare d'utiliser l'attribut d'étendue UN — Inconnu pour la mise en place d'une prothèse de la hanche puisqu'en principe, les composants utilisés sont consignés au dossier.	L'ICIS utilise les attributs aux pour les rapports sur les arthroplasties de la hanche.
D1105-166	Code d'arthroplastie de la hanche 1.VA.53.^ [^] avec valeur d'attribut d'étendue erronée	La valeur choisie pour l'attribut d'étendue doit correspondre au code d'intervention 1.VA.53.^ [^] saisi pour l'arthroplastie de la hanche avec mise en place d'une prothèse.	Générer le bon type d'intervention pour les arthroplasties initiales de la hanche pour le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA).
D1113-35	3 épisodes d'intervention hors hôpital ou plus dans une journée	La saisie à répétition de la date du début de l'épisode d'intervention pour plusieurs interventions hors hôpital peut avoir pour conséquence d'augmenter de façon erronée le nombre d'épisodes d'intervention créés.	A une incidence sur le facteur lié aux épisodes d'intervention. Le nombre d'interventions est utilisé dans l'attribution de la pondération de la consommation des ressources.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1515-177	Non-saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que l'établissement ne soumet pas de données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA	Les établissements qui <u>ne soumettent pas</u> de données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA doivent remplir le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence.	L'exactitude des données est importante aux fins d'analyse.
D1515-178	Saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que l'établissement soumet des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA	Les établissements qui soumettent des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA ne doivent pas remplir le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence.	L'exactitude des données est importante aux fins d'analyse.
D1515-179	Saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que le code d'entrée n'est pas E (Urgence)	Le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence doit être vide si le patient <u>n'a pas</u> été admis par le service d'urgence.	L'exactitude des données est importante aux fins d'analyse.
D1517-190	Type de contention N consigné avec le type de contention M, C, P ou S	Lorsque le type de contention M, C, P ou S est consigné, le type de contention N (Aucune contention) ne doit pas être saisi.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
D1517-191	Type de contention M, C, P, S ou N saisi plus d'une fois	Les types de contention M, C, P, S et N ne doivent être saisis qu'une seule fois.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
D1518-192	Fréquence du recours à la contention N consignée avec le type de contention M, C, P ou S	Lorsque le type de contention M, C, P ou S est consigné, la fréquence du recours à la contention N (Aucune contention) ne doit pas être saisie.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
D1618-99	Projet 340 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (D1618-99)	Un code de diagnostic d'AVC exige que le Projet 340 soit rempli.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1618-103	Projet 340 — valeur sans objet, inconnue ou non valide dans le champ Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie (D1618-103)	Lorsque le Projet 340 est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 12 Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie. Ce champ permet d'indiquer si des médicaments antithrombotiques ont été prescrits à la sortie d'un patient ayant reçu un diagnostic d'AVC ischémique.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1618-121	Projet 340 — valeur manquante, non valide ou inconnue pour la date et l'heure d'administration du traitement thrombolytique aigu lorsque la valeur saisie dans le champ Administration d'un traitement thrombolytique aigu est Y ou P	Lorsque le Projet 340 est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans les champs 04 à 11 Date et heure d'administration du traitement thrombolytique aigu. Ces champs permettent de saisir le moment précis (date et heure) où le patient présentant un AVC ischémique aigu a reçu un traitement thrombolytique aigu, le cas échéant.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1618-123	Projet 340 — valeur non valide ou inconnue pour la date et l'heure du début des symptômes d'AVC (D1618-123)	Lorsque le Projet 340 est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans les champs 13 à 24 (Date et heure du début des symptômes de l'« affection visée »). Ces champs permettent de saisir la date et l'heure où le patient a ressenti pour la première fois les symptômes d'AVC, peu importe l'endroit où il se trouvait.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1619-137	Projet 740 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (D1619-137)	Le Projet spécial 740 doit obligatoirement être rempli pour toutes les hospitalisations en soins de courte durée de la BDCP associées à des patients de 18 ans et plus qui ont reçu un nouveau diagnostic d'AVC ischémique ou hémorragique.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1619-138	Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur AlphaFIM consignée	Lorsque le Projet 740 est rempli, une valeur Y ou N (en majuscules) doit obligatoirement être saisie dans le champ Valeur AlphaFIM consignée.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1619-139	Projet 740 — valeur non valide pour la date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM lorsque la valeur saisie dans le champ Valeur AlphaFIM consignée est Y	Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli et que la valeur saisie dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y (Oui, une valeur a été consignée), les champs 02 à 09 Date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM doivent afficher une date valide ou 99999999 (Inconnue).	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1619-141	Projet 740 — date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM non comprise entre la date d'admission et la date de sortie	Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli et que la valeur indiquée dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y (Oui, une valeur a été consignée), la date saisie dans les champs 02 à 09 Date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM doit être postérieure ou identique à la date d'admission et antérieure ou identique à la date de sortie.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1619-142	Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices	Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli et que la valeur indiquée dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y (Oui, une valeur a été consignée), la valeur saisie dans les champs 10 et 11 Valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices doit être égale ou supérieure à 13 et inférieure ou égale à 81, ou être 99 (Inconnue).	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1619-144	Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives	Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli et que la valeur indiquée dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y (Oui, une valeur a été consignée), la valeur saisie dans les champs 12 et 13 Valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives doit être supérieure ou égale à 7 et inférieure ou égale à 35, ou être 99 (Inconnue).	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1620-155	Projet 440 — valeur non valide pour le champ Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire	Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, une valeur doit obligatoirement être saisie dans le champ 01 Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire.	La thrombectomie endovasculaire s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1620-156	Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de l'examen admissible avant l'intervention de thrombectomie endovasculaire lorsque la valeur saisie dans le champ Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire est P ou Y	Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli et que la valeur saisie dans le champ 01 est P (Oui, avant) ou Y (Oui), les champs 02 à 09 Date et heure de l'examen admissible avant l'intervention de thrombectomie endovasculaire doivent afficher une date et une heure valides ou 99999999 (Inconnue).	La thrombectomie endovasculaire s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1620-157	Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de la ponction artérielle	Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, les champs 10 à 15 Date et heure de la ponction artérielle doivent afficher une date et une heure valides ou 999999 (Inconnue).	La thrombectomie endovasculaire s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1620-158	Projet 440 — valeur non valide pour le champ Réussite de la reperfusion initiale	Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 16 Réussite de la reperfusion initiale.	La thrombectomie endovasculaire s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1620-159	Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de la réussite de la reperfusion initiale lorsque la valeur saisie dans le champ Réussite de la reperfusion initiale est Y	Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli et que la valeur saisie dans le champ 16 Réussite de la reperfusion initiale est Y (Oui), les champs 17 à 22 Date et heure de la reperfusion initiale réussie doivent afficher une date et une heure valides ou 999999 (Inconnue).	La thrombectomie endovasculaire s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1620-160	Projet 440 — valeur non valide pour le champ Réussite de la reperfusion au terme de la thrombectomie endovasculaire	Lorsque le Projet 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 23 Réussite de la reperfusion au terme de la thrombectomie endovasculaire.	La thrombectomie endovasculaire s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1621-195 (NOUVEAU)	Projet 792 (Capsule vidéo-endoscopique) — projet non rempli alors que le code 3.OZ.94.AY de la CCI a été consigné	En Ontario, il est obligatoire de remplir le Projet spécial 792 lorsque le code 3.OZ.94. <i>AY Intervention d'imagerie NCA, appareil digestif NCA, utilisation d'enregistrement ciné, vidéo (transmetteur, prise de vue)</i> de la CCI est saisi.	La capsule vidéo-endoscopique s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
D1801-120	Aucun accouchement saisi dans les champs Nombre d'accouchements à terme antérieurs et Nombre d'accouchements prématurés antérieurs alors que le code du diagnostic ou l'attribut de situation de la césarienne signale un accouchement antérieur	Les valeurs nulles aux champs d'accouchements antérieurs ne correspondent pas au code du diagnostic ou à l'attribut de situation de l'intervention qui signale une césarienne antérieure.	A une incidence sur des indicateurs importants de soins obstétricaux.

Numéro du test de qualité des données en cours d'exercice	Nom du test de qualité des données en cours d'exercice	Description courte	Justification
D1801-135	Valeur manquante pour le champ Nombre d'accouchements à terme antérieurs ou Nombre d'accouchements prématurés antérieurs dans un abrégé d'accouchement en obstétrique	Il faut obligatoirement saisir le nombre d'accouchements à terme antérieurs et le nombre d'accouchements prématurés antérieurs lorsqu'un code d'accouchement en obstétrique est consigné.	A une incidence sur des indicateurs importants de soins obstétricaux.
D2010-161	Saisie du numéro de produit et du numéro de produit du ciment à l'aide d'un lecteur de codes à barres dont le paramètre de transmission de la norme AIM n'a pas été activé	Le paramètre de transmission de la norme AIM (code d'identification et de saisie des données automatiques) n'était pas activé lorsque le lecteur a balayé le numéro de produit et le numéro de produit du ciment. Pour activer le paramètre de transmission de la norme AIM du lecteur, il faut balayer un ou plusieurs codes à barres dans le manuel d'utilisation du lecteur de code à barres.	Grâce à ce paramètre, l'ICIS est en mesure d'extraire le numéro de produit correctement.

Tests de qualité des données en cours d'exercice

1 Abrégés susceptibles d'avoir été soumis plus d'une fois (D0103-18)

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où les valeurs consignées pour le groupe d'éléments de données ci-dessous sont les mêmes
Élément(s) de données	Province/Territoire, Numéro d'établissement, Numéro d'assurance maladie, Date de naissance, Sexe ou genre inscrit, Code postal, Date d'admission, Heure d'admission, Date de sortie, Heure de sortie, Code du diagnostic (DxP), Code d'intervention (principale), Poids

2 Couplage incomplet des mères et des nouveau-nés (D0112-23)

Règle

Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement de la mère doit être le même que le numéro de dossier inscrit dans l'enregistrement du nouveau-né. Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement du nouveau-né doit être le même que le numéro de dossier inscrit dans l'enregistrement de la mère.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>L'enregistrement de la mère contient un code de diagnostic Z37.0–, Z37.2–, Z37.3–, Z37.5–, Z37.6– ou Z37.9– (accouchement)</p> <p>et</p> <p>le code du diagnostic principal n'est pas O02.– à O05.– <i>Grossesse se terminant par un avortement</i></p> <p>et</p> <p>l'un des codes d'intervention est 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ (accouchement).</p> <p>L'enregistrement du nouveau-né contient le code d'entrée N (Bébé vivant né à l'établissement déclarant)</p> <p>et</p> <p>le code du diagnostic principal n'est pas P96.4 <i>Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né.</i></p> <p>Abrégés de la mère où le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né n'est pas le même que le numéro de dossier inscrit dans l'abrégé du nouveau-né.</p> <p>Abrégés de nouveau-né où le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né n'est pas le même que le numéro de dossier inscrit dans l'abrégé de la mère.</p>
Élément(s) de données	Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né, Numéro de dossier, Code d'entrée, Code du diagnostic, Type de diagnostic, Code d'intervention
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>Le numéro de dossier et le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqués pour la mère doivent être M00001 et N00001, respectivement.</p> <p>Le numéro de dossier et le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqués pour le nouveau-né doivent être N00001 et M00001, respectivement.</p> <p>Le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement de la mère correspond bien au numéro de dossier du nouveau-né et le numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né indiqué dans l'enregistrement du nouveau-né correspond bien au numéro de dossier de la mère.</p>
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 01 — Éléments de données du contrôle des soumissions, champ 12 — Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né

3 Numéro d'assurance maladie de la mère consigné dans l'abrégé d'un nouveau-né hors province (D0301-117)

Règle

Le numéro d'assurance maladie (NAM) provincial ou territorial attribué au nouveau-né doit être saisi, s'il est disponible.

Territoires du Nord-Ouest et Yukon

- Lorsque le NAM du nouveau-né n'est pas disponible, inscrire le NAM de la mère.
- NAM de la mère n'est pas disponible, inscrire 1 (Ne s'applique pas) pour les nouveau-nés hors province ou territoire.

Nouveau-Brunswick

- Si le NAM de la mère n'est pas disponible, inscrire 1 (Ne s'applique pas) pour les nouveau-nés hors province.

Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Ontario, Colombie-Britannique et Nunavut

- Le NAM de la mère ne peut pas être inscrit comme NAM sur l'abrégé du nouveau-né.
- Lorsque le NAM du nouveau-né n'est pas disponible, inscrire 1 (Ne s'applique pas) pour les nouveau-nés hors province ou territoire.

Nouvelle-Écosse et Saskatchewan

- Lorsque le NAM d'un nouveau-né hors province n'est pas disponible, inscrire 1 (Ne s'applique pas).

Manitoba

- Lorsque le NAM d'un nouveau-né hors province n'est pas disponible, inscrire le NAM de la mère pour les nouveau-nés de l'extérieur de la province et 1 (Ne s'applique pas) pour les nouveau-nés de l'extérieur du pays.

Remarque : Ce test est effectué pour tous les abrégés de nouveau-né hors province comptant un NAM valide. Un pourcentage élevé d'abrégés de nouveau-né hors province où le NAM de la mère a été inscrit comme NAM pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques de saisie du NAM pour les nouveau-nés hors province.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Inclusions</p> <p>Les abrégés de nouveau-né où</p> <ul style="list-style-type: none"> • le code d'entrée est N (Bébé vivant né à l'établissement déclarant) ET • la province ou le territoire émetteur du NAM diffère de la province ou du territoire de l'établissement déclarant ET • le format du NAM est valide ET • la province ou le territoire émetteur du NAM et le NAM sont identiques à la province ou au territoire émetteur du NAM et au NAM qui figurent sur l'abrégé de la mère enregistré par le même établissement déclarant. <p>Les abrégés de la mère servent à repérer les abrégés de nouveau-né où le NAM de la mère a été inscrit comme NAM. Les critères de sélection pour les abrégés de la mère sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'un des codes de diagnostic est Z37.0–, Z37.2–, Z37.3–, Z37.5–, Z37.6– ou Z37.9– (accouchement) ET • le code du diagnostic principal n'est pas O02.– à O05.– (grossesse se terminant par un avortement) ET • l'un des codes d'intervention est 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ (accouchement). <p>Exclusions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La province ou le territoire émetteur du numéro d'assurance maladie est 99 (Ne s'applique pas) ou CA (Canada) 2. Le code d'entrée est S (Mortinaissance) 3. La catégorie d'admission est R (Donneur décédé) 4. Le NAM est 0 (Résident assuré par la province ou le territoire déclarant, mais son NAM n'est pas disponible) ou 1 (Ne s'applique pas), ou le format du NAM n'est pas valide
Élément(s) de données	Province ou territoire, Numéro d'assurance maladie, Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance maladie, Code d'entrée, Catégorie d'admission, Code du diagnostic, Code d'intervention
Exemple(s) de cas correct(s)	Le NAM provincial ou territorial attribué au nouveau-né est consigné, s'il est disponible. Lorsque le NAM du nouveau-né n'est pas disponible, la valeur 1 (Ne s'applique pas) est consignée pour les nouveau-nés hors province si la province ou le territoire de l'établissement déclarant est Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique ou le Nunavut.
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 03 — Renseignements démographiques, champ 01 — Numéro d'assurance maladie

4 Numéro d'assurance maladie de la mère consigné dans l'abrégé d'un nouveau-né dans la province (D0301-118)

Règle

Le numéro d'assurance maladie (NAM) provincial ou territorial attribué au nouveau-né doit être saisi, s'il est disponible.

Territoires du Nord-Ouest et Yukon

- Lorsque le NAM du nouveau-né n'est pas disponible, inscrire le NAM de la mère.
- Si le NAM de la mère n'est pas disponible, inscrire 0 (NAM non disponible) pour les résidents de la province ou du territoire.

Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Ontario, Colombie-Britannique et Nunavut

- Le NAM de la mère ne peut pas être inscrit comme NAM sur l'abrégé du nouveau-né.
- Si le NAM du nouveau-né n'est pas disponible, inscrire 0 (NAM non disponible) pour les résidents de la province ou du territoire.

Nouvelle-Écosse et Saskatchewan

- Le NAM du nouveau-né doit toujours être inscrit lorsqu'il s'agit d'un résident de la province.

Manitoba

- Lorsque le NAM du nouveau-né n'est pas disponible, inscrire 0 (NAM non disponible) pour les résidents de la province ou du territoire.

Remarque : Ce test est effectué pour tous les abrégés de nouveau-né de la province ou du territoire comptant un NAM valide. Un pourcentage élevé d'abrégés de nouveau-né de la province où le NAM de la mère a été inscrit comme NAM pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques de saisie du NAM pour les nouveau-nés.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Inclusions</p> <p>Les abrégés de nouveau-né où</p> <ul style="list-style-type: none"> • le code d'entrée est N (Bébé vivant né à l'établissement déclarant) ET • la province ou le territoire émetteur du NAM est identique à la province ou au territoire de l'établissement déclarant ET • le format du NAM est valide ET • la province ou le territoire émetteur du NAM et le NAM sont identiques à la province ou au territoire émetteur du NAM et au NAM qui figurent sur l'abrége de la mère enregistré par le même établissement déclarant. <p>Les abrégés de la mère servent à repérer les abrégés de nouveau-né où le NAM de la mère a été inscrit comme NAM. Les critères de sélection pour les abrégés de la mère sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'un des codes de diagnostic est Z37.0–, Z37.2–, Z37.3–, Z37.5–, Z37.6– ou Z37.9– (accouchement) ET • le code du diagnostic principal n'est pas O02.– à O05.– (grossesse se terminant par un avortement) ET • l'un des codes d'intervention est 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ (accouchement). <p>Exclusions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La province ou le territoire émetteur du numéro d'assurance maladie est 99 (Ne s'applique pas) ou CA (Canada) 2. Le code d'entrée est S (Mortinaissance) 3. La catégorie d'admission est R (Donneur décédé) 4. Le NAM est 0 (Résident assuré par la province ou le territoire déclarant, mais son NAM n'est pas disponible) ou 1 (Ne s'applique pas), ou le format du NAM n'est pas valide
Élément(s) de données	Province ou territoire, Numéro d'assurance maladie, Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance maladie, Code d'entrée, Catégorie d'admission, Code du diagnostic, Code d'intervention
Exemple(s) de cas correct(s)	Le NAM provincial ou territorial attribué au nouveau-né est consigné, s'il est disponible. Lorsque le NAM du nouveau-né n'est pas disponible, la valeur 0 (NAM non disponible) est consignée pour les nouveau-nés hors province si la province ou le territoire de l'établissement déclarant est Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, la Colombie-Britannique ou le Nunavut.
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 03 — Renseignements démographiques, champ 01 — Numéro d'assurance maladie

5 Heure d'admission inconnue (D0402-64)

Règle

La date et l'heure d'admission correspondent à la date et à l'heure où le patient a officiellement été admis à l'hôpital ou en chirurgie d'un jour. Un patient est considéré comme étant hospitalisé lorsque le médecin ordonne son admission.

Un abrégé de patient hospitalisé est créé au moment où un patient du service d'urgence est admis dans une unité de soins de courte durée.

- Saisir la date et l'heure où le médecin fait admettre le patient dans les champs Date et Heure d'admission. La date et l'heure où le patient a physiquement quitté le service d'urgence, sans y retourner au cours de cette visite, seront saisies dans les champs Date et Heure de sortie du service d'urgence.
- Lorsqu'un patient est admis sans être immédiatement transféré à l'unité d'hospitalisation désignée (p. ex. il est placé dans la salle d'observation du service d'urgence), la date et l'heure d'admission doivent correspondre à la date et à l'heure où le médecin ordonne l'hospitalisation. La date et l'heure où le patient a physiquement quitté le service d'urgence, sans y retourner au cours de cette visite, seront saisies dans les champs Date et Heure de sortie du service d'urgence.
- Lorsqu'un patient est admis mais demeure au service d'urgence pour la durée complète de sa visite parce qu'aucun lit n'est disponible dans l'unité d'hospitalisation désignée, il faut remplir un abrégé de la BDCP même si le transfert dans un lit de soins de courte durée n'a pas eu lieu.
- La date et l'heure d'admission d'un nouveau-né ayant vu le jour à l'établissement déclarant doivent correspondre à la date et à l'heure de sa naissance.

Remarque : Un pourcentage élevé d'abrévés où l'heure d'admission est inconnue pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques de saisie de ce renseignement essentiel au calcul des indicateurs de qualité.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où l'heure d'admission est 9999 (Inconnue)
Élément(s) de données	Heure d'admission

6 Heure de sortie inconnue (D0502-65)

Règle

La date et l'heure de sortie correspondent à la date et à l'heure où le patient a officiellement reçu son congé.

- Inscrire la date et l'heure où le patient a officiellement reçu son congé et a physiquement quitté son lit de l'unité de soins infirmiers.
- D'autres renseignements concernant la saisie de la date et de l'heure pour les patients absents sans permission (ASP), pour les patients qui ne reviennent pas après un congé temporaire et pour les cas qui constituent une mort cérébrale, figurent dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où l'heure de sortie est 9999 (inconnue)
Élément(s) de données	Heure de sortie

7 Incohérence entre l'état à la sortie et l'établissement de destination (D0505-175)

Règle

L'état à la sortie doit correspondre au type d'établissement que l'ICIS a attribué au numéro de l'établissement de destination.

Remarque : Il y a des variations provinciales. Les clients de l'Alberta doivent consulter l'onglet des remarques dans leur rapport sur la qualité des données en cours d'exercice.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés où l'état à la sortie ne correspond pas au type d'établissement de l'ICIS (valeur dérivée) attribué au numéro de l'établissement de destination, c'est-à-dire où</p> <ul style="list-style-type: none">l'état à la sortie 04 n'est pas associé à un type d'établissement de l'ICIS 0, 6, 8, F, J, M, N, U ou vide OUl'état à la sortie 10 n'est pas associé à un type d'établissement de l'ICIS 1, 2, 3, 5, 9, S ou U OUl'état à la sortie 20 n'est pas associé à un type d'établissement de l'ICIS E, A, N, 6 ou U OUl'état à la sortie 30 n'est pas associé à un type d'établissement de l'ICIS 4, T, P ou U OUl'état à la sortie 40 n'est pas associé à un type d'établissement de l'ICIS G, H ou U
Élément(s) de données	État à la sortie, Établissement de destination
Exemple(s) de cas correct(s)	Abrégé indiquant un état à la sortie 10 — Soins aux patients hospitalisés et un numéro d'établissement de destination associé au type d'établissement de l'ICIS 1 — Établissements de soins de courte durée
Référence(s)	<ul style="list-style-type: none">Des guides de référence sur les sorties à l'intention des provinces et territoires peuvent être téléchargés à partir du lien BDCP/SNISA Manuel de saisie de données qui figure à la page Mes services (à l'exception du Yukon). L'onglet des instructions porte sur l'utilisation du guide de référence sur les sorties tandis que le troisième onglet décrit les liens de correspondance entre les valeurs de l'état à la sortie et les niveaux de soins propres à chaque province ou territoire. Les établissements de l'Alberta doivent consulter le complément du <i>Manuel de saisie de l'information la BDCP, 2022-2023</i> à l'intention de l'Alberta.<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 05 — Sortie, champ 04 — Établissement de destination, champ 05 — État à la sortieAide-mémoire : <i>Saisie appropriée dans les champs État à la sortie, Issue de la visite et Établissement de destination</i>

8 Suicide à l'établissement/ Décédé à l'établissement (D0505-198)

Règle

Lorsque le patient décède après son admission des suites de blessures auto-infligées en raison d'une tentative de suicide survenue pendant l'hospitalisation en cours, l'état à la sortie 74 — Suicide à l'établissement doit être consigné. Le décès peut ne pas survenir immédiatement (p. ex. les tentatives initiales de réanimation réussissent), mais il doit survenir au cours de la même admission à l'établissement déclarant.

Lorsque le décès survient après l'admission et qu'il découle d'une **autre** affection (c.-à-d. qu'il n'est pas dû aux blessures auto-infligées pendant la tentative de suicide), l'état à la sortie à saisir est 72 — Décédé à l'établissement.

Remarque : Ce test permet de vérifier si le bon code d'état à la sortie est saisi dans les cas de suicide à l'établissement et de décès à l'établissement. Lorsque l'examen du dossier révèle que le bon code d'état à la sortie est consigné, aucune correction n'est nécessaire.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés de soins de courte durée ou de chirurgie d'un jour comportant</p> <ul style="list-style-type: none"> le code de diagnostic U98.20 <i>Lieu de l'événement, hôpital</i>, un code de cause externe de la catégorie X60 à X84 <i>Lésion auto-infligée</i> ainsi que l'état à la sortie 72 — Décédé à l'établissement ou 74 — Suicide à l'établissement OU l'état à la sortie 74 — Suicide à l'établissement sans le code de diagnostic U98.20 <i>Lieu de l'événement, hôpital</i> ni aucun code de cause externe de la catégorie X60 à X84 <i>Lésion auto-infligée</i>
Élément(s) de données	État à la sortie, Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>L'état à la sortie 74 est saisi lorsque le patient s'inflige des blessures à l'hôpital (après l'admission) et qu'il décède des suites de ces blessures.</p> <p>L'état à la sortie 74 est saisi lorsque le patient s'inflige des blessures à l'hôpital (après l'admission) et que, même si les tentatives initiales de réanimation réussissent, son état s'aggrave et il décède des suites de ces blessures.</p> <p>L'état à la sortie 72 est saisi lorsque le patient s'inflige des blessures à l'hôpital (après l'admission), mais qu'il décède des suites d'une affection sans lien avec les blessures auto-infligées.</p>
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 05 — Sortie, champ 05 — État à la sortie

9 (MODIFICATION) Sous-déclaration potentielle des jours en niveau de soins alternatif (NSA) (D0701-149)

Règle

Lorsqu'un patient occupe un lit dans un établissement, mais qu'il ne nécessite pas le niveau de ressources ou de services dispensés dans le milieu de soins où il se trouve (soins de courte durée, soins continus complexes ou pour malades chroniques, soins de santé mentale ou de réadaptation), il doit se voir attribuer le statut NSA par le membre de l'équipe de soins le plus approprié, soit un médecin, un évaluateur des soins de longue durée, un gestionnaire des soins aux patients, un planificateur des sorties ou un autre membre de l'équipe de soins.

La décision d'attribuer le statut NSA à un patient est de l'ordre clinique. La saisie du service 99 (NSA) sur l'abrégé de la BDCP nécessite une documentation claire et uniforme remplie par le personnel clinique, de préférence un formulaire d'attribution du statut NSA approuvé.

Remarque : La déclaration exacte des NSA est essentielle à la surveillance et à l'amélioration de l'accès aux services, du cheminement des patients et des résultats des soins de courte durée. Ce test estime le pourcentage d'hospitalisations en soins de courte durée susceptibles d'être des cas NSA, mais pour lesquelles aucun jour NSA n'a été consigné.

En février 2021, la méthodologie qui sous-tend ce test de qualité des données en cours d'exercice a été modifiée de façon à intégrer des critères de sélection plus spécifiques, ce qui devrait réduire le nombre d'enregistrements signalés. Les personnes qui ne disposent pas de rapports détaillés pour ce test de qualité des données en cours d'exercice et qui souhaitent nous aider à déterminer si les cas d'erreur ont été signalés adéquatement peuvent écrire à bdca@icis.ca.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Hospitalisations en soins de courte durée susceptibles d'être des cas NSA, mais pour lesquelles aucun jour NSA n'a été consigné :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La durée calculée du séjour (DS calculée) est supérieure à la durée prévue du séjour (DPS)* ajustée selon les groupes de maladies analogues (GMA) et • l'état à la sortie est 20 (Service d'urgence et soins ambulatoires), 30 (Soins en hébergement), 40 (Foyer de groupe ou logement supervisé), 04 (Domicile avec services de soutien ou orientation) ou 90 (Établissement correctionnel) et • le service principal n'est pas 99 (NSA) et • le service de transfert n'est pas 99 (NSA) et • il s'agit de cas typiques et à séjour prolongé (indicateur de cas atypique pour le calcul de la PCR [patients hospitalisés] 00 ou 10). <p>Exclusions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cas obstétricaux (catégories cliniques principales 13 et 14) 2. Cas pédiatriques (moins de 17 ans) 3. Diagnostics de santé mentale sélectionnés en vue de créer une population hospitalière type (code de diagnostic principal F10 à F99) <p>Méthodologie de calcul des pourcentages à l'échelle de l'établissement ainsi qu'à l'échelle provinciale et nationale :</p> <p>$A \div B \times 100 \%$, où</p> <p>A = Nombre de cas NSA potentiels selon les critères de sélection ci-dessus; B = A + (Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée dont la durée du séjour en NSA > 0).</p> <p>* Les GMA sont attribués à 3 groupes de DPS en fonction de leur DPS moyenne :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 à 5 jours 2. Plus de 5 jours, mais moins de 10 jours 3. 10 jours ou plus <p>Le nombre de jours associé au 75^e percentile de la DS totale en jours moins la DPS en jours de tous les cas NSA connus d'un même groupe de DPS est appliqué à tous les GMA de ce groupe.</p>
Élément(s) de données	Date d'admission, Date de sortie, État à la sortie, Service principal, Service de transfert, Code du diagnostic, Type de diagnostic, CCP, GMA, Code atypique de valeur PCR, DPS, Âge (valeur dérivée)
Exemple(s) de cas correct(s)	Le service de transfert 99 (NSA) a été saisi lorsque le patient s'est vu attribuer le statut NSA pour une partie de son séjour à l'établissement et que la portion NSA de son séjour a duré plus de 24 heures.
Référence(s)	<p><i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 07 — Service principal, groupe 08 — Service de transfert, section 3 Information supplémentaire sur la saisie de données — Niveau de soins alternatif (NSA)</p> <p>Définitions et lignes directrices pour la désignation des NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée</p> <p>Aide-mémoire : Niveau de soins alternatif (NSA) — liste des codes de diagnostic : des précisions sur son utilisation</p>

10 Poids inconnu 0,001 consigné pour des nouveau-nés et des patients néonataux de moins de 29 jours (D0703-50)

Règle

Le poids des nouveau-nés et des patients néonataux de moins de 29 jours à l'admission à l'établissement doit être saisi.

Tous les efforts doivent être déployés afin d'inscrire le poids à l'admission, étant donné qu'il est nécessaire pour l'attribution du groupe de maladies analogues (GMA) selon la méthodologie GMA+.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés de nouveau-né et de patient néonatal où le code d'âge est D (jours) ou B (nouveau-né ou mortinaissance) ET l'unité d'âge est 0 à 28 ET le poids est 0,001 ET le code d'entrée n'est pas S (Mortinaissance)
Élément(s) de données	Code d'entrée, Âge (valeur dérivée), Poids

11 Code d'enfant unique au cours d'un épisode de naissances multiples (D1002-32)

Règle

Selon les *Normes canadiennes de codification*, chaque enregistrement de nouveau-né doit comprendre un code Z38 – *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, pour indiquer le nombre de naissances :

- Un enfant unique né vivant reçoit un code Z38.0– à Z38.2–.
- Les jumeaux, triplés ou autres naissances vivantes multiples reçoivent un code Z38.3– à Z38.8–.

On ne doit pas attribuer un code Z38.0– à Z38.2– (enfant unique) à un nouveau-né qui a vu le jour au cours d'un épisode de naissances multiples.

Dans la plupart des cas, les naissances multiples surviennent à la même date. Toutefois, dans certains cas, elles peuvent se produire à des dates différentes. Les codes Z38.3– à Z38.8– servent à décrire les grossesses multiples et s'appliquent même si les naissances ont lieu à différentes dates ou dans des lieux distincts, ou si un ou plusieurs des bébés sont mort-nés.

Remarque : Cette analyse porte sur les cas de naissances multiples ayant lieu le même jour. Les clients peuvent également réaliser des analyses sur les cas de naissances multiples ayant lieu à des dates ou dans des lieux de naissance différents ou comptant une ou plusieurs mortinaissances.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	L'abrégé de nouveau-né affiche un code de diagnostic Z38.0– à Z38.2– (excluant P96.4 <i>Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né</i> comme diagnostic principal) ET plus d'un numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né est consigné avec la même date d'admission
Élément(s) de données	Code d'entrée, Numéro de dossier, Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né, Date d'admission, Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	Mère — Numéro de dossier : 8866766 Bébé A — Date d'admission : 2013/11/01 Code d'entrée : N Numéro de dossier : 123455 Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né : 8866766 <i>Z38.300 Jumeaux, nés à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)</i> Bébé B — Date d'admission : 2013/11/01 Code d'entrée : N Numéro de dossier : 123456 Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né : 8866766 <i>Z38.310 Jumeaux, nés à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification</i> : Définition des types de diagnostics selon la BDCP

12 Code d'affection post-intervention consigné sans code de cause externe (D1002-52)

Règle

Tout code d'affection post-intervention (consulter l'[annexe](#)) exige un code de cause externe (Y60 à Y84 ou V01 à X59).

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de diagnostic d'affection post-intervention (consulter l' annexe) sans code de cause externe (Y60 à Y84 ou V01 à X59)
Élément(s) de données	Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	K91.42 (M) <i>Mauvais résultats fonctionnels de l'abouchement d'une colostomie, non classé ailleurs [indicateur de série A]</i> Y83.3 (9) <i>Intervention chirurgicale avec abouchement externe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention [indicateur de série A]</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification</i> : Affections post-intervention Produit d'autoapprentissage : Classification des affections post-intervention : attribution des codes de la CIM-10-CA

13 Infarctus aigu du myocarde consigné comme diagnostic de type (3) (D1002-127)

Règle

Il faut toujours attribuer un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, W, X, Y) à un infarctus du myocarde en phase aiguë, comme le précise la norme de codification *Syndrome coronarien aigu (SCA)*.

Exceptions

1. Lorsqu'un patient est réadmis avec un diagnostic pouvant être classé à la catégorie I22.– *Infarctus du myocarde à répétition*, un code de la catégorie I21.– *Infarctus aigu du myocarde* peut être attribué à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin de préciser le site de l'infarctus du myocarde original.
2. Dans certains cas, il peut être approprié d'attribuer un type de diagnostic (3) à un code de la catégorie I21.– marqué d'un préfixe de diagnostic Q.
3. Pour les cas obstétricaux comptant un code O99.4–, un code I21.– est consigné comme diagnostic de type (3) pour préciser que l'affection en question est un infarctus du myocarde.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où un code de la catégorie I21.– est consigné comme diagnostic de type (3) ET le préfixe du diagnostic n'est pas Q ET un code de la catégorie I22.– n'a PAS été consigné AVEC un code de la catégorie O99.4–
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Type de diagnostic, Préfixe du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	I21.1 (M) <i>Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure</i> R94.30 (3) <i>Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification</i> : Syndrome coronarien aigu (SCA)

14 Infections à SARM ou aux ERV — code supplémentaire manquant pour le site d'infection (D1002-134)

Règle

Lorsque le dossier indique que l'infection est attribuable à des superbactéries comme le SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) et les ERV (entérocoques résistants à la vancomycine), il est obligatoire d'attribuer des codes pour décrire le siège de l'infection, l'agent pathogène et la résistance aux médicaments (comme décrit ci-dessous), et de lier ces codes au moyen d'un indicateur de série.

Infection à SARM

- code précisant le siège de l'infection
- B95.6 *Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
- U82.1 *Résistance à la méthicilline*

Infection aux ERV

- code précisant le siège de l'infection
- B95.21 *Entérocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*
- U83.0 *Résistance à la vancomycine*

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés où les codes de diagnostic U82.1 <i>Résistance à la méthicilline</i></p> <p>ET</p> <p>B95.6 <i>Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres</i> sont consignés avec la même valeur d'indicateur de série</p> <p>ET</p> <p>aucun autre code n'est marqué de cet indicateur de série</p> <p>OU</p> <p>abrégés où les codes de diagnostic U83.0 <i>Résistance à la vancomycine</i> et B95.21 <i>Entérocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres</i> sont consignés avec la même valeur d'indicateur de série</p> <p>ET</p> <p>aucun autre code n'est marqué de cet indicateur de série</p>
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Indicateur de série
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>M00.01 (M) <i>Arthrite et polyarthrite à staphylocoques, région scapulaire</i> [indicateur de série A]</p> <p>ET</p> <p>B95.6 (3) <i>Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres</i> [indicateur de série A]</p> <p>ET</p> <p>U82.1 (1) <i>Résistance à la méthicilline</i> [indicateur de série A]</p>
Référence(s)	<p><i>Normes canadiennes de codification</i> : Micro-organismes résistants aux médicaments</p> <p>Indicateur de série</p>

15 Codification erronée d'une sepsie post-intervention (D1002-136)

Règle

Lorsqu'une sepsie satisfait à la définition d'affection post-intervention, un code T (de la liste ci-dessous, selon le cas) est consigné comme code principal et le code décrivant le type de sepsie est attribué, obligatoire, comme diagnostic de type (3) avec le code de cause externe pertinent de la catégorie Y83 ou Y84. Un indicateur de série est appliqué pour lier tous ces codes.

Codes de la catégorie T pouvant s'appliquer à des sepsies post-intervention :

- T80.2 *Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion*
- T81.4 *Infection après une procédure, non classée ailleurs*
- T88.0 *Infection consécutive à vaccination*
- T82.6 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque*
- T82.701 *Infection et réaction inflammatoire sanguine dues à un cathéter veineux central*
- T82.79 *Infection et réaction inflammatoire dues à des prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires, autres et non précisées*
- T83.5 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire*
- T83.6 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil génital*
- T84.50 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de l'épaule*
- T84.51 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du coude*
- T84.52 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du poignet, du carpe et de la zone interphalangienne*
- T84.53 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la hanche*
- T84.54 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du genou*
- T84.55 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la cheville et du tarse*
- T84.58 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse d'une autre articulation*
- T84.59 *Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse d'une articulation non précisée*
- T84.60 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne de l'humérus*
- T84.61 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne du radius et du cubitus*

- T84.62 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne des os de la main*
- T84.63 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne du fémur*
- T84.64 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne du tibia et du péroné*
- T84.65 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne des os du pied*
- T84.68 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne des os d'un autre site*
- T84.69 *Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne des os d'un membre non précisés*
- T84.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes*
- T85.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes*

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où l'un des codes de diagnostic parmi A02.1, A03.9, A20.7, A21.7, A22.7, A23-, A24.1, A26.7, A28.0, A28.2, A32.7, A39.2, A39.3, A39.4, A40.-, A41.-, A42.7, A54.86 ou B37.7 a été consigné avec la même valeur d'indicateur de série qu'un code de la catégorie Y83 ou Y84 ET aucun code T (parmi ceux énumérés à la section Règle ci-dessus) n'est marqué du même indicateur de série
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Indicateur de série
Exemple(s) de cas correct(s)	T81.4 (2) <i>Infection après une procédure, non classée ailleurs [indicateur de série A]</i> A41.9 (3) <i>Sepsie, sans précision [indicateur de série A]</i> Y83.8 (9) <i>Autres interventions chirurgicales, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention [indicateur de série A]</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification</i> : Septicémie/sepsie Affections post-intervention Attribution de codes supplémentaires pour apporter de la précision

16 Plus d'un code de résultat de l'accouchement (catégorie Z37) (D1002-148)

Règle

Lorsqu'il y a accouchement au cours d'un épisode de soins, il est obligatoire de consigner **un code de diagnostic** de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* dans l'abrégé de la mère. Le code de résultat de l'accouchement se subdivise en sous-catégories, en fonction du nombre de naissances (enfant unique ou naissances multiples) et de l'état du nouveau-né (vivant ou mort-né). **Un seul** code de résultat de l'accouchement est consigné sur l'abrégé de la mère. Ce code varie selon les circonstances.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés comptant plus d'un code de diagnostic de la catégorie Z37.–
Élément(s) de données	Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	<i>O36.491 Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus, trimestre non spécifié, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i> <i>O30.001 Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i> <i>Z37.300 Naissance gémellaire, l'un des jumeaux né vivant, l'autre mort-né, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées</i>
Référence(s)	Règles et conventions de codification de la CIM-10-CA

17 Décès neurologique non consigné comme diagnostic de type (3) (D1002-152)

Règle

Le code de diagnostic G93.81 *Mort neurologique* doit être consigné comme diagnostic de type (3), obligatoire, lorsqu'il y a consignation de décès cérébral par un médecin autorisé.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le code de diagnostic G93.81 n'a pas été consigné comme diagnostic de type (3) Exclusions : Diagnostic de type (0)
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Type de diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	Attribution de G93.81 (3) <i>Mort neurologique</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification</i> : Diagnostic du décès neurologique

18 Intoxication à l'alcool — code de cause externe sans code T correspondant (D1002-163)

Règle

Si l'un des codes de cause externe d'intoxication à l'alcool ci-dessous est consigné

- X45 *Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool*
- X65 *Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool*
- Y15 *Intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool, intention non déterminée,*

alors le code d'intoxication à l'alcool correspondant, tiré de la catégorie T51.— *Effet toxique de l'alcool*, doit également être consigné.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de cause externe X45, X65 ou Y15 sans code de diagnostic de la catégorie T51.—
Élément(s) de données	Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	T51.9 (M) <i>Effet toxique de l'alcool, sans précision</i> X45 (9) <i>Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool</i>
Référence(s)	<i>Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs) de la CIM-10-CA</i> <i>Normes canadiennes de codification</i> : Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements

19 Déchirure vaginale haute sans code de réparation (CCI) correspondant (D1002-168)

Règle

On s'attend à ce qu'un code de diagnostic O71.401 ou O71.404 soit accompagné d'un code d'intervention 5.PC.80.JU *Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente* sur un abrégé d'accouchement ou de soins obstétricaux postpartum.

Remarques

- Si le dossier mentionne la réparation d'une déchirure vaginale haute et que celle-ci n'a pas été classée sous un code de réparation approprié (code de la CCI manquant ou erroné), il faut corriger l'enregistrement en attribuant 5.PC.80.JU et, s'il y a lieu, en supprimant le code de réparation erroné.
- Si le dossier ne fait aucune mention de déchirure vaginale haute, c'est que le code O71.401 ou O71.404 n'aurait pas dû être attribué. Il faut alors corriger l'enregistrement en supprimant le code O71.401 ou O71.404 et en codifiant le cas en fonction de ce qui est indiqué au dossier.
- Si le dossier fait état d'une déchirure vaginale haute et du transfert de la patiente à un niveau de soins plus élevé pour la réparation, aucune correction n'est requise : c'est ce qui explique que les données ont été signalées comme étant douteuses.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés d'hospitalisation en soins de courte durée où un code de diagnostic O71.401 ou O71.404 <i>Déchirure obstétricale vaginale haute</i> a été consigné sans le code d'intervention 5.PC.80.JU <i>Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente</i>
Élément(s) de données	Code d'intervention, Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	O71.401 <i>Déchirure obstétricale vaginale haute, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i> ET 5.PC.80.JU <i>Réparation chirurgicale, postpartum déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente</i>

20 Épisode de naissance unique — accouchement vaginal après une césarienne sans code d'intervention d'accouchement vaginal (D1002-169)

Règle

Lorsque le code de diagnostic O75.701 *Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum* est consigné pour une naissance unique, le code d'intervention d'accouchement doit provenir de la rubrique 5.MD.50.^ à 5.MD.56.^.

Remarque : L'erreur peut être attribuable à un code de diagnostic ou d'intervention erroné.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Enregistrements de naissance unique (Z37.0– <i>Naissance unique, enfant vivant</i> ou Z37.1– <i>Naissance unique, enfant mort-né</i>) affichant un code de diagnostic O75.701 et un code d'intervention de la rubrique 5.MD.60.^ <i>Accouchement par césarienne</i>
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Code d'intervention
Exemple(s) de cas correct(s)	O75.701 (M) <i>Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i> Z37.000 (3) <i>Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées</i> 5.MD.50.AA <i>Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification : Accouchement avec antécédent de césarienne</i>

21 Attribution de I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (D1002-170)*

Règle

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) est classé

- comme un **AVC hémorragique** lorsque le dossier rend compte d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (I60.–) ou d'une hémorragie intracérébrale (I61.–) ou
- comme un **AVC ischémique** (I63.–) lorsque l'AVC hémorragique a été écarté.

Remarques

I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus* n'est attribué que dans de très rares circonstances :

- L'examen d'imagerie diagnostique n'a pas encore été réalisé (le patient décède ou est transféré à un autre établissement).
- Le patient arrive d'un autre établissement et les renseignements sur le transfert ne précisent pas quel type d'AVC a été diagnostiqué à l'établissement de provenance.
- L'établissement ne dispose pas des installations d'imagerie diagnostique (TDM, IRM) nécessaires à l'examen des AVC. Toutefois, l'établissement est tenu de préciser le type d'AVC si les patients y sont retransférés une fois l'examen d'imagerie diagnostique hors établissement terminé.

Dans la majorité des cas, lorsque le médecin consigne un diagnostic final d'AVC, le codificateur doit examiner les autres documents au dossier, réunir les détails du cas, puis attribuer le code d'AVC le plus spécifique possible.

Dans les établissements de soins de courte durée, les résultats de l'imagerie diagnostique permettent à l'équipe médicale de déterminer la nature hémorragique ou ischémique de l'AVC et d'organiser la prise en charge en conséquence. Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires est « accident vasculaire cérébral » ou « AVC » sans autre précision et que les rapports d'imagerie diagnostique excluent le diagnostic d'AVC hémorragique, attribuez un code d'AVC ischémique.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés d'hospitalisation en soins de courte durée affichant un code de diagnostic I64 comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Type de diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	I63.9 (M) <i>Infarctus cérébral, sans précision</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification</i> : Accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, ischémiques et non précisés Produit de formation : <i>Les différents types d'AVC nécessitent différents codes</i>

22 Arrêt cardiaque consigné comme diagnostic de type (2) sans code d'intervention de réanimation cardiaque (D1002-171)

Règle

Lorsque le dossier fait état d'un arrêt cardiaque après l'admission et d'une intervention de réanimation cardiaque (peu importe l'issue), I46.0 *Arrêt cardiaque réanimé avec succès* ou I46.9 *Arrêt cardiaque, sans précision* doit être saisi, selon le cas. Un code d'intervention doit également être consigné pour la réanimation cardiaque, à savoir 1.HZ.09.^*Stimulation, cœur NCA* ou 1.HZ.30.^*Réanimation, cœur NCA*, selon le cas.

Remarques

- La mention d'arrêt cardiaque après l'admission **sans** mention d'intervention de réanimation cardiaque est classée sous I46.9, mais elle ne satisfait pas à la définition de comorbidité après l'admission. Si I46.9 est attribué, il doit être consigné comme diagnostic de type (3).
- Il faut examiner le dossier pour déterminer quelle correction doit être apportée.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où un code de diagnostic I46.0 ou I46.9 est consigné comme diagnostic de type (2) sans code d'intervention 1.HZ.09.^ ou 1.HZ.30.^
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Type de diagnostic, Code d'intervention
Exemple(s) de cas correct(s)	I46.0 (2) <i>Arrêt cardiaque réanimé avec succès</i> 1.HZ.30.JN <i>Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante</i>
Référence(s)	<i>Normes canadiennes de codification : Arrêt cardiaque</i> CIM-10-CA CCI

23 COVID-19 confirmée ou suspectée sur un abrégé d'accouchement en obstétrique (D1002-186)

Règle

Si la patiente en soins obstétricaux (**accouchement**) reçoit un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19, O98.5– *Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* avec 1 ou 2 au sixième caractère doit être attribué comme diagnostic de type significatif. Un code supplémentaire de COVID-19 confirmée (U07.1) ou suspectée (U07.2) est attribué comme diagnostic de type (3), obligatoire.

Remarque : Selon la norme de codification *Grossesse avec complication et grossesse sans complication*, une affection qui compromet le bien-être de la mère ou du fœtus doit être classée sous un code du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité. La directive énoncée à cette norme de codification s'applique puisque la COVID-19 est une affection qui peut compromettre le bien-être de la mère et du fœtus.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de diagnostic de la catégorie O10 à O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2 (peu importe le type de diagnostic) ou un code de diagnostic Z37.– comme diagnostic principal et U07.1 ou U07.2 sans O98.501 ou O98.502
Élément(s) de données	Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	O98.501 (M) <i>Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i> U07.1 (3) <i>COVID-19, virus identifié</i> Z37.000 (3) <i>Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées</i>
Référence(s)	Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — addenda : pandémies et épidémies (COVID-19) <i>Grossesse avec complication et grossesse sans complication</i>

24 COVID-19 confirmée ou suspectée sur un abrégé de soins antepartum (D1002-187)

Règle

Si la patiente en soins obstétricaux (**antepartum**) reçoit un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19, O98.5– *Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* avec 3 ou 4 au sixième caractère doit être attribué comme diagnostic de type significatif. Un code supplémentaire de COVID-19 confirmée (U07.1) ou suspectée (U07.2) est attribué comme diagnostic de type (3), obligatoire.

Remarque : Selon la norme de codification *Grossesse avec complication et grossesse sans complication*, une affection qui compromet le bien-être de la mère ou du fœtus doit être classée sous un code du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité. La directive énoncée à cette norme de codification s'applique puisque la COVID-19 est une affection qui peut compromettre le bien-être de la mère et du fœtus.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de diagnostic de la catégorie O10 à O99 dont le sixième caractère est 3 ou 4 et U07.1 ou U07.2 sans O98.503 ou O98.504
Élément(s) de données	Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	O98.503 (M) <i>Autres maladies virales compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications antepartum</i> U07.1 (3) <i>COVID-19, virus identifié</i>
Référence(s)	Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — addenda : pandémies et épidémies (COVID-19) <i>Grossesse avec complication et grossesse sans complication</i>

25 Diabète au cours de la grossesse — épisode de soins durant l'accouchement (D1002-188)

Règle

Si une patiente enceinte souffre de diabète sucré préexistant ou reçoit un diagnostic de diabète sucré gestationnel, il est obligatoire de consigner le code applicable du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99) :

- O24.50– Diabète sucré préexistant de type 1
- O24.60– Diabète sucré préexistant de type 2
- O24.70– Diabète sucré préexistant d'un autre type ou type non précisé
- O24.80– Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel)

Comme le précise la norme de codification *Grossesse avec complication et grossesse sans complication*, le diabète sucré, qu'il soit préexistant ou gestationnel, figure parmi les affections qui sont toujours considérées comme compliquant la grossesse. Or, pour toute affection compliquant la grossesse, il faut attribuer un code du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99) comme diagnostic de type significatif.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de diagnostic de la catégorie Z37.– ET un code de diagnostic de la catégorie E10 à E14 ET absence de code de diagnostic des catégories O24.50–, O24.60–, O24.70– ou O24.80– dont le sixième caractère est 1 ou 2
Élément(s) de données	Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	Accouchement O75.701 (M) Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum O24.501 (1) Diabète sucré préexistant de type 1, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum Z37.000 (3) Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
Référence(s)	Normes canadiennes de codification : <i>Diabète sucré</i> <i>Grossesse avec complication et grossesse sans complication</i>

26 Diabète au cours de la grossesse — épisode de soins antepartum (D1002-189)

Règle

Si une patiente enceinte souffre de diabète sucré préexistant ou reçoit un diagnostic de diabète sucré gestationnel, il est obligatoire de consigner le code applicable du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99) :

- O24.50– Diabète sucré préexistant de type 1
- O24.60– Diabète sucré préexistant de type 2
- O24.70– Diabète sucré préexistant d'un autre type ou type non précisé
- O24.80– Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel)

Comme le précise la norme de codification *Grossesse avec complication et grossesse sans complication*, le diabète sucré, qu'il soit préexistant ou gestationnel, figure parmi les affections qui sont toujours considérées comme compliquant la grossesse. Or, pour toute affection compliquant la grossesse, il faut attribuer un code du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99) comme diagnostic de type significatif.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de diagnostic dont le premier caractère est O et le sixième caractère est 3 ET un code de diagnostic de la catégorie E10 à E14 ET absence de code de diagnostic des catégories O24.50–, O24.60–, O24.70– ou O24.80– dont le sixième caractère est 3
Élément(s) de données	Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	Cas d'antepartum O47.103 (M) Faux travail à ou après la 37 ^e semaine entière de gestation, avec troubles ou complications antepartum O24.803 (1) Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), troubles ou complications antepartum
Référence(s)	Normes canadiennes de codification : <i>Diabète sucré</i> <i>Grossesse avec complication et grossesse sans complication</i>

27 Attribution erronée du code J44.– (MPOC) avec un code d'infection des voies respiratoires inférieures (D1002-194)

Règle

Si un patient reçoit un diagnostic de bronchiolite aiguë (J21.–), de bronchite aiguë (J20.–) ou de toute forme de pneumonie (J10.0, J11.0, J12.–, J13, J14, J15.–, J16.–, J18.–) et qu'il est atteint de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la MPOC est classée sous J44.0 *Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures*.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de diagnostic J44.1, J44.8 ou J44.9 ET soit J10.0, J11.0, J12.–, J13, J14, J15.–, J16.–, J18.–, J20.– ou J21.–
Élément(s) de données	Code de diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	J44.0 (M) <i>Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures</i> J18.9 (1) <i>Pneumonie, sans précision</i>
Référence(s)	Normes canadiennes de codification : <i>Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</i> Index alphabétique de la CIM-10-CA

28 Diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y attribué à U07.4 *Affection post-COVID-19* (D1004-185)

Règle

Lorsque U07.4 *Affection post-COVID-19* est consigné, il faut lui attribuer un type de diagnostic (3).

Remarque : U07.4 *Affection post-COVID-19* doit être utilisé dans un contexte d'attribution de codes multiples pour indiquer que le médecin ou dispensateur de soins principal a consigné un lien ou une relation entre une affection ou un symptôme et une COVID-19 antérieure.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où U07.4 est consigné comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y
Élément(s) de données	Type de diagnostic, Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	U07.4 est consigné comme diagnostic de type (3).
Référence(s)	Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI — addenda : pandémies et épidémies (COVID-19)

29 R57.2 *Choc septique* comme DxP (D1004-193)

Règle

R57.2 *Choc septique* ne doit jamais être le DxP.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où R57.2 est consigné comme DxP
Élément(s) de données	Type de diagnostic, Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	A41.9 (M) <i>Sepsie, sans précision</i> R57.2 (1) <i>Choc septique</i>
Référence(s)	Normes canadiennes de codification : <i>Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée; Symptômes ou affections sous-jacents; Septicémie/sepsie; Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique</i>

30 Type de diagnostic erroné pour les codes du groupe P00-P04 (D1004-196)

Règle

Les codes du groupe P00-P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* ne doivent jamais être attribués comme un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, W, X, Y). Lorsqu'un code du groupe P00-P04 est consigné sur l'abrégé du **nouveau-né** ou du **patient néonatal**, le type de diagnostic doit être (0) et (3), respectivement.

Lorsqu'une **affection** est consignée au dossier comme ayant son origine dans la période périnatale et découlant de troubles maternels ou de complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement, il faut attribuer un type de diagnostic significatif (M, 1, 2, W, X, Y) à cette **affection précise**.

- Il est facultatif d'attribuer le code applicable du groupe P00-P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* comme type de diagnostic (0) ou (3), le cas échéant.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Un code de diagnostic du groupe P00-P04 attribué comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Type de diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>Abrégé de nouveau-né</p> <p>R25.1 (M) Tremblement, sans précision</p> <p>P04.4 (0) Fœtus et nouveau-né affectés par la toxicomanie de la mère</p> <p>Z38.000 (0) Enfant unique, né à l'hôpital, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI), naissance par voie vaginale</p> <p>Abrégé de patient néonatal</p> <p>R25.1 (M) Tremblement, sans précision</p> <p>P04.4 (3) Fœtus et nouveau-né affectés par la toxicomanie de la mère</p>
Référence(s)	<p>Normes canadiennes de codification : Type de diagnostic (0) — Nouveau-né; type de diagnostic (3) — Diagnostic secondaire</p> <p>Table analytique de la CIM-10-CA : La remarque <i>Comprend</i> du chapitre P00-P96</p>

31 Réparation d'une déchirure vaginale haute sans code de diagnostic correspondant (D1102-111)

Règle

Le code d'intervention 5.PC.80.JU *Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente* doit être associé à un code de diagnostic O71.401 ou O71.404 correspondant sur l'abrégé d'accouchement ou de soins obstétricaux postpartum.

L'erreur peut découler de

- l'attribution du bon code d'intervention sans le code de diagnostic correspondant;
- l'attribution du mauvais code d'intervention.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code d'intervention 5.PC.80.JU <i>Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente</i> sans code de diagnostic O71.401 ou O71.404 <i>Déchirure obstétricale vaginale haute</i> Exclusions : Abrégés d'avortement affichant un code de diagnostic de la catégorie O08.6–
Élément(s) de données	Code d'intervention, Code du diagnostic
Exemple(s) de cas correct(s)	5.PC.80.JU <i>Réparation chirurgicale, postpartum déchirure, lacération obstétricale vaginale haute récente</i> ET O71.401 <i>Déchirure obstétricale vaginale haute, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i>

32 Code de la CCI décrivant une arthroplastie de la hanche ou du genou non cimentée alors qu'une étiquette de ciment a été saisie (D1102-180)

Règle

Lorsqu'un numéro de produit du ciment (groupe 20, champ 05) est saisi, le dixième caractère du code de la CCI décrivant l'arthroplastie de la hanche ou du genou doit être N ou Q, pour consigner le recours à du matériel synthétique.

OU

Lorsque le dixième caractère du code de la CCI décrivant l'arthroplastie de la hanche ou du genou est N ou Q, un numéro de produit du ciment doit être saisi dans le champ 05 du groupe 20.

Remarque : Ce test permet également de vérifier si une étiquette de ciment a été oubliée. Lorsque l'examen du dossier révèle qu'aucun ciment n'a été utilisé au cours de l'intervention, aucune correction n'est nécessaire.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un numéro de produit du ciment et un code de la CCI pour une arthroplastie de la hanche ou du genou (1.VA.53.^, 1.SQ.53.^, 1.VG.53.^, 1.VP.53.^) dont le dixième caractère n'est pas N ou Q OU Abrégés affichant un code de la CCI pour une arthroplastie de la hanche ou du genou (1.VA.53.^, 1.SQ.53.^, 1.VG.53.^, 1.VP.53.^) dont le dixième caractère est N ou Q, mais où le numéro de produit du ciment est manquant
Élément(s) de données	Code d'intervention, Numéro de produit du ciment
Exemple(s) de cas correct(s)	1.VG.53.LA-PM-N <i>Implantation d'un appareil interne, articulation du genou, avec matériel synthétique [par exemple, pâte à os, ciment], prothèse à un composant</i> ainsi que numéro de produit 6191-0-001 (extrait d'une étiquette de ciment,) saisi dans le champ 05 du groupe 20
Référence(s)	Version 2022 de la CCI

33 3.IP.10.VX avec attribut de situation erroné (D1103-172)

Règle

L'attribut de situation 0 — Non applicable ne doit pas être attribué à 3.IP.10.VX *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)*. Lorsqu'une coronarographie est réalisée, l'attribut de situation doit indiquer la nature de l'angiographie :

- DX — Diagnostique
- I — Peropératoire
- UN — Inconnue [soit diagnostique ou peropératoire]

Remarque : L'attribut de situation 0 — Non applicable [ventriculogramme] ne peut être utilisé qu'avec 3.IP.10.VC *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur droit, approche veineuse transluminale percutanée (antérograde)* ou 3.IP.10.VZ *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche transluminale transseptale percutanée*.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code d'intervention 3.IP.10.VX AVEC un attribut de situation 0
Élément(s) de données	Code d'intervention, Attribut de situation
Exemple(s) de cas correct(s)	3.IP.10.VX <i>Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)</i> Attribut de situation DX — Diagnostique
Référence(s)	Remarque contextuelle associée à l'attribut de situation de la CCI

34 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ avec attribut de situation erroné (D1103-173)

Règle

Les attributs de situation ci-dessous **ne doivent pas** être utilisés avec 3.IP.10.VC *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur droit, approche veineuse transluminale percutanée (antérograde)* ou 3.IP.10.VZ *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche transluminale transseptale percutanée* :

- DX — Diagnostique
- I — Peropératoire
- UN — Inconnue [soit diagnostique ou peropératoire]

Remarque : Les valeurs d'attribut de situation DX, I et UN ne peuvent être utilisées qu'avec 3.IP.10.VX (coronarographie).

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code d'intervention 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ AVEC un attribut de situation DX, I ou UN
Élément(s) de données	Code d'intervention, Attribut de situation
Exemple(s) de cas correct(s)	3.IP.10.VC <i>Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur droit, approche veineuse transluminale percutanée (antérograde)</i> Attribut de situation 0 — Non applicable
Référence(s)	Remarque contextuelle associée à l'attribut de situation de la CCI

35 3.IP.10.VX avec attribut de lieu erroné (D1104-82)

Règle

L'attribut de lieu 0 — Non applicable ne doit pas être attribué à 3.IP.10.VX *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)*. Comme la coronarographie est toujours pratiquée au moyen d'une approche artérielle, l'attribut de lieu doit faire état d'un accès artériel :

- CB — Combinaison [pour occlusion chronique totale]
- FY — Artère fémorale (droite) (gauche)
- LY — Artère bras gauche [p.ex. radiale, brachiale]
- RY — Artère bras droit [p.ex. radiale, brachiale]
- U — Artère inconnue

Remarque : L'attribut de lieu 0 — Non applicable [approche veineuse] ne peut être utilisé qu'avec 3.IP.10.VC *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur droit, approche veineuse transluminale percutanée (antérograde)* ou 3.IP.10.VZ *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche transluminale transseptale percutanée*.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code d'intervention 3.IP.10.VX AVEC un attribut de lieu 0
Élément(s) de données	Code d'intervention, Attribut de lieu
Exemple(s) de cas correct(s)	3.IP.10.VX <i>Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)</i> Attribut de lieu FY — Artère fémorale (droite) (gauche)
Référence(s)	Remarque contextuelle associée à l'attribut de lieu de la CCI

36 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ avec attribut de lieu erroné (D1104-174)

Règle

Les attributs de lieu ci-dessous, qui font état d'un accès artériel, **ne doivent pas** être utilisés avec 3.IP.10.VC *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur droit, approche veineuse transluminale percutanée (antérograde)* ou 3.IP.10.VZ *Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche transluminale transseptale percutanée* :

- CB — Combinaison [pour occlusion chronique totale]
- FY — Artère fémorale (droite) (gauche)
- LY — Artère bras gauche [p.ex. radiale, brachiale]
- RY — Artère bras droit [p.ex. radiale, brachiale]
- U — Artère inconnue

Remarque : Les valeurs d'attribut de lieu CB, FY, LY, RY et U ne peuvent être utilisées qu'avec 3.IP.10.VX (coronarographie).

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code d'intervention 3.IP.10.VC ou 3.IP.10.VZ AVEC un attribut de lieu CB, FY, LY, RY ou U
Élément(s) de données	Code d'intervention, Attribut de lieu
Exemple(s) de cas correct(s)	3.IP.10.VC <i>Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur droit, approche veineuse transluminale percutanée (antérograde)</i> Attribut de lieu 0 — Non applicable
Référence(s)	Remarque contextuelle associée à l'attribut de lieu de la CCI

37 Arthroplastie de la hanche avec attribut d'étendue UN — Inconnu (D1105-86)

Règle

La valeur d'attribut d'étendue UN — Inconnu ne doit être sélectionnée qu'en l'absence d'information permettant de choisir une valeur plus spécifique parmi celles proposées. Il est rare d'utiliser UN — Inconnu puisque les composants utilisés pour l'arthroplastie de la hanche (1.VA.53.^ *Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche*) devraient être consignés au dossier.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code d'intervention de la rubrique 1.VA.53.^ <i> avec un attribut d'étendue UN</i> Exclusions : Abrégés d'arthroplastie de la hanche où l'indicateur hors hôpital est Y (Oui) ou l'attribut de situation est A — Abandon
Élément(s) de données	Code d'intervention, Attribut d'étendue, Attribut de situation, Indicateur hors hôpital
Exemple(s) de cas correct(s)	1.VA.53.LA-PN-N <i>Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche, approche ouverte (latérale directe, postéro-latérale, postérieure, transglutéale), avec matériel synthétique (par exemple, pâte à os, ciment), prothèse à deux composants [fémur avec acétabulum]</i> Attribut de situation R — Reprise Attribut de lieu L — Gauche Attribut d'étendue FH — Tête fémorale modulaire (avec ou sans col modulaire) avec tige conservée in situ (ce composant requiert l'attribut de situation R = Reprise)

38 Code d'arthroplastie de la hanche 1.VA.53.^ ^ avec valeur d'attribut d'étendue erronée (D1105-166)

Règle

La valeur choisie pour l'attribut d'étendue doit correspondre au code d'intervention 1.VA.53.^ ^ saisi pour l'arthroplastie de la hanche avec mise en place d'une prothèse.

- Dans le cas d'une arthroplastie de la hanche intégrant un remplacement du composant fémoral et du composant acétabulaire, le code d'intervention de la rubrique 1.VA.53.LA-PN-^ ou 1.VA.53.LL-PN-^ devrait être associé à un attribut d'étendue FH, MU, MO, RE ou UN.
- Dans le cas d'une arthroplastie de la hanche n'intégrant que le remplacement du composant fémoral, le code d'intervention de la rubrique 1.VA.53.LA-PM-^ ou 1.VA.53.LL-PM-^ devrait être associé à un attribut d'étendue FH, M1, M2, MO, RE ou UN.
- Enfin, dans le cas d'une arthroplastie de la hanche intégrant l'insertion d'un dispositif d'espacement (spacer) en ciment, le code d'intervention 1.VA.53.LA-SL-N ou 1.VA.53.LL-SL-N devrait être associé à l'attribut d'étendue CS.

Remarque : On recommande fortement aux codificateurs de vérifier la documentation clinique avant d'associer l'attribut d'étendue UN — Inconnu à la mise en place d'une prothèse à 1 ou 2 composants afin que le bon type d'intervention soit généré pour les arthroplasties initiales de la hanche du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA).

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés où</p> <p>un code d'intervention de la rubrique 1.VA.53.LA-PN-^ ou 1.VA.53.LL-PN-^ est consigné sans l'un des attributs d'étendue suivants : FH, MU, MO, RE ou UN</p> <p>OU</p> <p>un code d'intervention de la rubrique 1.VA.53.LA-PM-^ ou 1.VA.53.LL-PM-^ est consigné sans l'un des attributs d'étendue suivants : FH, M1, M2, MO, RE ou UN</p> <p>OU</p> <p>un code d'intervention 1.VA.53.LA-SL-N ou 1.VA.53.LL-SL-N est consigné sans l'attribut d'étendue CS</p>
Élément(s) de données	Code d'intervention, Attribut d'étendue
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>1.VA.53.LA-PN-N <i>Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche, approche ouverte (latérale directe, postérolatérale, postérieure, transglutéale), avec matériel synthétique (par exemple, pâte à os, ciment), prothèse à deux composants [fémur avec acétabulum]</i></p> <p>Attribut de situation P — Primaire</p> <p>Attribut de lieu L — Gauche</p> <p>Attribut d'étendue MU — Arthroplastie totale modulaire [Comprend : Remplacement total de la hanche (fémoral et acétabulaire)]</p> <p>1.VA.53.LA-PM-N <i>Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche, approche ouverte (latérale directe, postérolatérale, postérieure, transglutéale), avec matériel synthétique (par exemple, pâte à os, ciment) prothèse à un composant [fémur]</i></p> <p>Attribut de situation P — Primaire</p> <p>Attribut de lieu L — Gauche</p> <p>Attribut d'étendue M2 — Hémi-arthroplastie modulaire, composant fémoral bipolaire [Comprend : Tête fémorale avec tête externe plus large avec un insert acétabulaire en plastique pour un remplacement partiel de la hanche; s'articule avec l'acétabulum d'origine]</p> <p>1.VA.53.LA-SL-N <i>Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche, approche ouverte (latérale directe, postérolatérale, postérieure, transglutéale), avec matériel synthétique (par exemple, pâte à os, ciment), spacer en ciment [temporaire, imprégné d'antibiotiques]</i></p> <p>Attribut de situation R — Reprise</p> <p>Attribut de lieu L — Gauche</p> <p>Attribut d'étendue CS — Spacer en ciment</p>
Référence(s)	Version 2022 de la CCI

39 3 épisodes d'intervention hors hôpital ou plus dans une journée (D1113-35)

Règle

Les interventions sont saisies dans des épisodes d'intervention. Un épisode d'intervention représente la visite d'un patient dans un lieu où une ou plusieurs interventions peuvent être pratiquées. Lorsque plus d'un code de la CCI est nécessaire pour saisir des interventions pratiquées au cours d'un seul épisode d'intervention, la date du début de l'épisode d'intervention ne doit être enregistrée qu'une seule fois sur la première ligne de l'abrégé, puisqu'un nouvel épisode d'intervention est dérivé chaque fois qu'une date de début de l'épisode d'intervention est saisie sur l'abrégé.

Le champ Indicateur hors hôpital permet de signaler qu'un épisode d'intervention a eu lieu à l'unité de chirurgie d'un jour ou dans une autre unité de soins ambulatoires d'un autre établissement de soins de santé au cours de l'hospitalisation actuelle du patient dans l'établissement déclarant.

Ce test de qualité des données vise à repérer les abrégés contenant peut-être des erreurs de surenregistrement de la date du début de l'épisode d'intervention pour plusieurs interventions hors hôpital durant un seul épisode.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant la valeur Y pour l'indicateur hors hôpital et la même date de début de l'épisode d'intervention pour 3 épisodes d'intervention hors hôpital ou plus
Élément(s) de données	Indicateur hors hôpital, Date du début de l'épisode d'intervention
Exemple(s) de cas correct(s)	Une seule date de début de l'épisode d'intervention est saisie pour les interventions hors hôpital réalisées au cours d'un même épisode d'intervention
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 11 — Intervention

40 Non-saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que l'établissement ne soumet pas de données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA (D1515-177)

Règle

Les établissements qui ne soumettent pas de données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA doivent remplir le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence. Ce champ **ne doit pas être vide** si le patient est admis par le service d'urgence.

Remarque : Ce test s'applique aux établissements sans enregistrement de niveau 3 sur les services d'urgence du SNISA pour l'exercice en cours. Ne tenez pas compte de ce test si votre établissement soumet des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA. Dès que votre établissement soumet au moins un enregistrement de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA, ce test ne s'applique plus et les enregistrements qui font l'objet d'un avertissement pour l'exercice en cours ne seront plus ajoutés aux rapports à venir. Ce test ne s'applique pas aux établissements de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés des établissements de soins de courte durée qui ne soumettent pas de données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA</p> <p>où</p> <ul style="list-style-type: none"> • le code d'entrée est E (Urgence) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • le service principal ou le service de transfert est 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • le statut juridique à l'arrivée au service d'urgence n'est pas indiqué <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établissements qui soumettent des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA
Élément(s) de données	Code d'entrée, Service principal, Service de transfert, Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence
Exemple(s) de cas correct(s)	Le code d'entrée E (Urgence) et le service principal 64 (Psychiatrie) sont consignés dans un abrégé d'hospitalisation en soins de courte durée. L'établissement déclarant ne soumet pas de données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA. Le statut juridique à l'arrivée au service d'urgence est 10 (Admission volontaire).
Référence(s)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 04 — Admission, champ 06 — Code d'entrée; groupe 07 — Service principal, champ 01 — Service principal; groupe 08 — Service de transfert, champ 01 — Service de transfert; groupe 15 — Indicateurs sur la santé mentale, champ 15 — Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence • Aide-mémoire : <i>Saisie de la fréquence du recours à la contention et du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence dans la BDCP</i>

41 Saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que l'établissement soumet des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA (D1515-178)

Règle

Les établissements qui soumettent des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA **doivent laisser vide** le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence si le patient est admis par le service d'urgence. La saisie d'une valeur dans ce champ alourdit inutilement le fardeau de la collecte. Les données sont obtenues grâce au couplage de l'enregistrement de la BDCP à l'enregistrement du SNISA correspondant.

Remarque : Ce test s'applique à l'ensemble des établissements de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon. Pour les autres provinces et territoires, ce test s'applique aux établissements qui soumettent au moins un enregistrement de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA pour l'exercice en cours.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés des établissements de soins de courte durée qui soumettent des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA</p> <p>où</p> <ul style="list-style-type: none"> le code d'entrée est E (Urgence) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> le service principal ou le service de transfert est 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> le statut juridique à l'arrivée au service d'urgence est indiqué
Élément(s) de données	Code d'entrée, Service principal, Service de transfert, Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence
Exemple(s) de cas correct(s)	Le code d'entrée E (Urgence) et le service principal 64 (Psychiatrie) sont consignés dans un abrégé d'hospitalisation en soins de courte durée. L'établissement déclarant soumet des données de niveau 3 sur les services d'urgence au SNISA. Le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence demeure vide.
Référence(s)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 04 — Admission, champ 06 — Code d'entrée; groupe 07 — Service principal, champ 01 — Service principal; groupe 08 — Service de transfert, champ 01 — Service de transfert; groupe 15 — Indicateurs sur la santé mentale, champ 15 — Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence Aide-mémoire : Saisie de la fréquence du recours à la contention et du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence dans la BDCP

42 Saisie du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence alors que le code d'entrée n'est pas E (Urgence) (D1515-179)

Règle

Le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence **doit être vide** si le patient n'a pas été admis par le service d'urgence.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés d'hospitalisation en soins de courte durée où <ul style="list-style-type: none">le code d'entrée n'est pas E (Urgence) ETle service principal ou le service de transfert est 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie) ETle statut juridique à l'arrivée au service d'urgence est indiqué
Élément(s) de données	Code d'entrée, Service principal, Service de transfert, Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence
Exemple(s) de cas correct(s)	Le service principal 64 (Psychiatrie) est inscrit dans un abrégé d'hospitalisation en soins de courte durée. Le code d'entrée est D (Directe). Le champ Statut juridique à l'arrivée au service d'urgence demeure vide.
Référence(s)	<ul style="list-style-type: none"><i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 04 — Admission, champ 06 — Code d'entrée; groupe 07 — Service principal, champ 01 — Service principal; groupe 08 — Service de transfert, champ 01 — Service de transfert; groupe 15 — Indicateurs sur la santé mentale, champ 15 — Statut juridique à l'arrivée au service d'urgenceAide-mémoire : Saisie de la fréquence du recours à la contention et du statut juridique à l'arrivée au service d'urgence dans la BDCP

43 Type de contention N consigné avec le type de contention M, C, P ou S (D1517-190)

Règle

La saisie du type de contention est obligatoire lorsque le service principal consigné est 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie). Ne pas saisir le type de contention N (Aucune contention) lorsque la valeur M, C, P ou S (M — Contention mécanique, C — Chaise, P — Maîtrise physique ou manuelle par le personnel, S — Salle d'isolement) est déjà consignée. La valeur N (Aucune contention) est assignée seulement lorsqu'aucun autre type de contention n'est consigné.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le type de contention N est consigné avec le type de contention M, C, P ou S.
Élément(s) de données	Type de contention
Exemple(s) de cas correct(s)	Type de contention M (Contention mécanique) consigné seul, sans le type de contention N (Aucune contention).
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 15 — Indicateurs sur la santé mentale, champ 17 — Type de contention

44 Type de contention M, C, P, S ou N saisi plus d'une fois (D1517-191)

Règle

Saisir tous les types de contention utilisés au cours des trois premiers jours de l'hospitalisation du patient au service principal 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie). Saisir chaque type de contention utilisé une fois seulement.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où un type de contention M, C, P, S ou N est saisi plus d'une fois.
Élément(s) de données	Type de contention
Exemple(s) de cas correct(s)	Une contention mécanique est utilisée à 2 reprises au cours des 3 premiers jours du séjour du patient au service principal 64 ou 65. La valeur M (Contention mécanique) n'est consignée qu'une seule fois.
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 15 — Indicateurs sur la santé mentale, champ 17 — Type de contention

45 Fréquence du recours à la contention N consignée avec le type de contention M, C, P ou S (D1518-192)

Règle

Inscrire la fréquence du recours à la contention N (Aucune contention) pour les patients dont le code du service principal est 64 (Psychiatrie) ou 65 (Pédopsychiatrie) et pour lesquels aucune méthode de contention n'est inscrite au dossier. La fréquence du recours à la contention N (Aucune contention) est assignée seulement lorsque le type de contention est N (Aucune contention).

- Ne pas saisir la fréquence du recours à la contention N (Aucune contention) lorsque le champ Type de contention comporte la valeur M, C, P ou S (M — Contention mécanique, C — Chaise, P — Maîtrise physique ou manuelle par le personnel, S — Salle d'isolement).
- Saisir la fréquence du recours à la contention C, D, I ou U (C — Constante, D — Jour ou nuit seulement, I — Intermittente — utilisation occasionnelle, U — Fréquence inconnue ou non consignée au dossier) lorsque le champ Type de contention comporte la valeur M, C, P ou S.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où la fréquence du recours à la contention N est consignée avec le type de contention M, C, P ou S.
Élément(s) de données	Type de contention, Fréquence du recours à la contention
Exemple(s) de cas correct(s)	Type de contention M (Contention mécanique) consigné avec la fréquence du recours à la contention I (Intermittente — utilisation occasionnelle).
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 15 — Indicateurs sur la santé mentale, champ 18 — Fréquence du recours à la contention

46 Projet 340 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (D1618-99)

Règle

Le Projet spécial 340 Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral devrait être rempli pour tous les patients qui ont reçu un diagnostic d'AVC aigu ou actuel, ou un diagnostic de certaines autres affections qui, selon la classification CIM-10-CA, ne sont pas classées comme des AVC hémorragiques, ischémiques ou non précisés. Ce projet inclut également les affections suivantes : accident ischémique transitoire (AIT), occlusion transitoire de l'artère de la rétine, phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes, thrombose non pyogène du système veineux intracrânien et occlusion de l'artère centrale de la rétine.

Remarque : Le terme « **affection visée** » est employé dans la documentation pour désigner les codes et affections de la CIM-10-CA qui sont inclus dans les projets sur l'AVC.

Liste des codes de la CIM-10-CA (critères d'inclusion)

- I60.— *Hémorragie sous-arachnoïdienne*
- I61.— *Hémorragie intracérébrale*
- I63.— *Infarctus cérébral*
- I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus*
- G08 *Phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes*
- I67.6 *Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien*
- H34.0 *Occlusion transitoire de l'artère de la rétine*
- H34.1 *Occlusion de l'artère centrale de la rétine*
- G45.— *Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés (à l'exclusion de G45.4 Amnésie globale transitoire)*
- O22.5— *Thrombose veineuse cérébrale au cours de la grossesse*
- O87.3— *Thrombose veineuse cérébrale au cours de la puerpéralité*

Remarque : Il se peut que ce test signale des cas pour lesquels il n'est pas nécessaire de remplir le Projet 340.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés d'hospitalisation en soins de courte durée du Manitoba, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse ou de l'Ontario où le Projet 340 n'a pas été rempli alors qu'un code de diagnostic décrivant l'une des « affections visées » a été consigné.</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none">• Patients de moins de 1 an• Abrégés sans séjour en soins de courte durée
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Type de diagnostic, Numéro de projet
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

47 Projet 340 — valeur sans objet, inconnue ou non valide dans le champ Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie (D1618-103)

Règle

Lorsque le Projet 340 Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 12 Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie. Ce champ permet d'indiquer si des médicaments antithrombotiques ont été prescrits au patient à la sortie.

Remarque : Un pourcentage élevé d'abrévés affichant une valeur 8 (Sans objet), 9 (Inconnu) ou non valide pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques de saisie des ordonnances de médicaments antithrombotiques à la sortie.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrévés affichant une « affection visée »</p> <p>ET</p> <p>une valeur 8 (Sans objet), 9 (Inconnu) ou non valide dans le champ 12 Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie</p> <p>ET</p> <p>une valeur autre que 72 (Décédé à l'établissement), 73 (Aide médicale à mourir [AMAM]) ou 74 (Suicide à l'établissement) dans le champ État à la sortie</p> <p>Exclusions</p> <p>Abrévés pour lesquels l'« affection visée » est un AVC hémorragique (code I60 ou I61)</p>
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 12
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

48 Projet 340 — valeur manquante, non valide ou inconnue pour la date et l'heure d'administration du traitement thrombolytique aigu lorsque la valeur saisie dans le champ Administration d'un traitement thrombolytique aigu est Y ou P (D1618-121)

Règle

Lorsque le Projet spécial 340 Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans les champs 04 à 11 Date et heure d'administration du traitement thrombolytique aigu lorsque le champ 03 Administration d'un traitement thrombolytique aigu indique Y (Oui) ou P (Oui, avant). Ces champs permettent de saisir le moment précis où le patient a reçu un traitement thrombolytique aigu. La date et l'heure du début de l'administration du médicament doivent être saisies dans ces champs. L'année n'est pas inscrite.

Remarque : Un pourcentage élevé d'abrévés affichant une valeur manquante (champ vide), non valide ou 99 (Inconnue) pour l'heure et la date pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques de consignation des données.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrévés affichant une « affection visée »</p> <p>ET</p> <p>une valeur Y (Oui) ou P (Oui, avant) dans le champ 03 Administration d'un traitement thrombolytique aigu</p> <p>ET</p> <p>où au moins l'un des groupes de champs suivants est vide ou contient une valeur inconnue ou non valide :</p> <ul style="list-style-type: none">• Champs 04 et 05 (mois) : vides, 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 12• Champs 06 et 07 (jour) : vides, 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 31• Champs 08 et 09 (heure) : vides, 99 (Inconnue) ou valeur autre que 00 à 23• Champs 10 et 11 (minutes) : vides, 99 (Inconnues) ou valeur autre que 00 à 59 <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none">• Abrévés faisant état d'un traitement thrombolytique aigu pour une affection qui ne figure pas parmi les « affections visées »• Abrévés affichant un code d'AVC hémorragique (I60 ou I61)
Élément(s) de données	Numéro de projet, champs 03 à 11
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

49 Projet 340 — valeur non valide ou inconnue pour la date et l'heure du début des symptômes d'AVC (D1618-123)

Règle

Lorsque le Projet spécial 340 Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans les champs 13 à 24 (date et heure du début des symptômes d'AVC). Ces champs permettent de saisir la date et l'heure auxquelles le patient a ressenti pour la première fois les symptômes de l'« affection visée », peu importe l'endroit où il se trouvait alors. Cette information est normalement fournie par le patient ou un témoin de l'incident.

Remarque : Un pourcentage élevé d'abrévés où la date et l'heure sont non valides ou inconnues pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques de saisie des date et heure de début des symptômes d'AVC.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant une « affection visée » ET où au moins l'un des groupes de champs suivants contient une valeur inconnue ou non valide : <ul style="list-style-type: none">• Champs 13 à 16 (année) : 9999 (Inconnue) ou valeur autre qu'un code à 4 caractères valide antérieur ou équivalent à l'année civile en cours• Champs 17 et 18 (mois) : 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 12• Champs 19 et 20 (jour) : 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 31• Champs 21 et 22 (heure) : 99 (Inconnue) ou valeur autre que 00 à 23• Champs 23 et 24 (minutes) : 99 (Inconnues) ou valeur autre que 00 à 59
Élément(s) de données	Numéro de projet, champs 13 à 24
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

50 Projet 740 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (D1619-137)

Règle

Le Projet spécial 740 AlphaFIM doit obligatoirement être rempli pour toutes les hospitalisations en soins de courte durée de la BDCP associées à des patients de 18 ans et plus qui ont reçu un diagnostic d'AVC aigu ou actuel, ou un diagnostic de certaines autres affections qui, selon la classification CIM-10-CA, ne sont pas classées comme des AVC hémorragiques, ischémiques ou non précisés. Ce projet inclut également les affections suivantes : accident ischémique transitoire (AIT), phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes, et thrombose non pyogène du système veineux intracrânien.

Remarque : Le terme « **affection visée** » est employé dans la documentation pour désigner les codes et affections de la CIM-10-CA qui sont inclus dans les différents projets sur l'AVC.

Liste des codes de la CIM-10-CA (critères d'inclusion)

- I60.— *Hémorragie sous-arachnoïdienne*
- I61.— *Hémorragie intracérébrale*
- I63.— *Infarctus cérébral*
- I64 *Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus*
- I67.6 *Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien*
- G08 *Phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes*
- G45.— *Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés (à l'exclusion de G45.4 Amnésie globale transitoire)*
- O22.5— *Thrombose veineuse cérébrale au cours de la grossesse*
- O87.3— *Thrombose veineuse cérébrale au cours de la puerpéralité*

Remarques

- Le Projet spécial 740 ne doit pas être rempli pour les codes H34.0 *Occlusion transitoire de l'artère de la rétine* (autre type valide d'accident ischémique transitoire) et H34.1 *Occlusion de l'artère centrale de la rétine*.
- Des cas n'exigeant pas que le Projet 740 soit rempli pourraient être signalés dans le cadre de ce test.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés d'hospitalisation en soins de courte durée des établissements de l'Ontario ainsi que des établissements de Terre-Neuve-et-Labrador suivants — Health Sciences Centre 00215, St. Clare's Mercy Hospital 00214, Dr. G.B. Cross Memorial Hospital 00064, Burin Peninsula Health Care Centre 00065, Carbonear General Hospital 00060, Central Newfoundland Regional Health Centre 00038, James Paton Memorial Hospital 00049 and Western Memorial Regional Hospital 00004 — où le Projet 740 n'a pas été rempli alors qu'un code de diagnostic décrivant l'une des « affections visées » (consulter la liste ci-dessus) a été consigné pour un patient de 18 ans et plus.</p> <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrégés affichant Z51.5 <i>Soins palliatifs</i> • Abrégés sans séjour en soins de courte durée
Élément(s) de données	Code du diagnostic, Numéro de projet
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

51 Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur AlphaFIM consignée (D1619-138)

Règle

Lorsque le Projet 740 AlphaFIM est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée.

Ce champ permet d'indiquer si une valeur AlphaFIM est consignée (valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices ou valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives) pour un patient présentant une « affection visée ».

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant une « affection visée » ET une valeur autre que Y ou N dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 1
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

52 Projet 740 — valeur non valide pour la date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM lorsque la valeur saisie dans le champ Valeur AlphaFIM consignée est Y (D1619-139)

Règle

Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli et que la valeur saisie dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y, les champs 02 à 09 Date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM doivent afficher une date valide ou 99999999 (Inconnue).

Ces champs permettent de saisir la première date où une valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices ou une valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives a été consignée.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés affichant une « affection visée »</p> <p>ET</p> <p>la valeur Y dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée</p> <p>ET</p> <p>où au moins l'un des groupes de champs suivants contient une valeur non valide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Champs 02 à 05 (année) : année civile non valide ou valeur autre que 9999 (Inconnue) • Champs 06 et 07 (mois) : mois civil non valide ou valeur autre que 99 (Inconnu) • Champs 08 et 09 (jour) : jour civil non valide ou valeur autre que 99 (Inconnu)
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 01, champs 02 à 09
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

53 Projet 740 — date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM non comprise entre la date d'admission et la date de sortie (D1619-141)

Règle

Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli, que la valeur indiquée dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y et que la date d'admission, la date de sortie et la date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM (champs 02 à 09) sont valides, la date saisie dans les champs 02 à 09 doit être postérieure ou équivalente à la date d'admission et antérieure ou équivalente à la date de sortie.

Ces champs permettent de saisir la première date où une valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices ou une valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives a été consignée.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant une « affection visée » ET la valeur Y dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée ET une date d'admission, une date de sortie et une date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM (champs 02 à 09) valides (ni champ vide ni 99999999 [Inconnue]) ET où la date indiquée dans les champs 02 à 09 Date d'évaluation à l'aide de l'instrument AlphaFIM n'est pas postérieure ou équivalente à la date d'admission ni antérieure ou équivalente à la date de sortie.
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 01, champs 02 à 09, Date d'admission, Date de sortie
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

54 Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices (D1619-142)

Règle

Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli et que la valeur indiquée dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y, la valeur saisie dans les champs 10 et 11 Valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices doit être égale ou supérieure à 13 et inférieure ou égale à 81, ou être 99 (Inconnue).

Ces champs permettent de saisir la valeur totale décrivant les fonctions motrices d'un patient dans l'exécution de tâches pertinentes comme l'alimentation, les soins de l'apparence, les transferts, la locomotion et le contrôle des intestins.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant une « affection visée » ET la valeur Y dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée ET où la valeur indiquée dans les champs 10 et 11 Valeur FIM-13 brute prévue — fonctions motrices n'est pas égale ou supérieure à 13 ni égale ou inférieure à 81, ou n'est pas 99 (Inconnue).
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 01, champs 10 et 11
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

55 Projet 740 — valeur non valide pour le champ Valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives (D1619-144)

Règle

Lorsque le Projet spécial 740 AlphaFIM est rempli et que la valeur indiquée dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée est Y, la valeur saisie dans les champs 12 et 13 Valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives doit être égale ou supérieure à 7 et inférieure ou égale à 35, ou être 99 (Inconnue).

Ces champs permettent de saisir la valeur totale décrivant les fonctions cognitives d'un patient relatives à l'expression et à la mémoire.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant une « affection visée » ET la valeur Y dans le champ 01 Valeur AlphaFIM consignée ET où la valeur indiquée dans les champs 12 et 13 Valeur FIM-5 brute prévue — fonctions cognitives n'est pas égale ou supérieure à 7 ni inférieure ou égale à 35, ou n'est pas 99 (Inconnue).
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 01, champs 12 et 13
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

56 Projet 440 — valeur non valide pour le champ Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire (D1620-155)

Règle

Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 01 Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire.

Ce champ permet d'indiquer l'endroit où a été effectué le dernier (plus récent) examen d'angiographie par tomodensitométrie (ATDM), de tomodensitométrie de perfusion (TDMP) ou d'angiographie par résonance magnétique (ARM) ayant permis de déterminer l'admissibilité du patient à une thrombectomie endovasculaire.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le Projet 440 est rempli et une valeur autre que P (Oui, avant), Y (Oui), N (Non) ou 8 (Sans objet) est indiquée dans le champ 01 Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire.
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 1
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

57 Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de l'examen admissible avant l'intervention de thrombectomie endovasculaire lorsque la valeur saisie dans le champ Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire est P ou Y (D1620-156)

Règle

Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli et que la valeur consignée dans le champ 01 Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire est P (Oui, avant) ou Y (Oui), les champs 02 à 09 Date et heure de l'examen admissible avant l'intervention de thrombectomie endovasculaire doivent afficher une date et une heure valides ou 99999999 (Inconnue).

Ces champs permettent d'indiquer la date et l'heure du dernier examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM ayant servi à déterminer s'il faut effectuer une thrombectomie endovasculaire. Il s'agit des données d'horodatage indiquées électroniquement sur la première image en coupe, au début de l'examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le Projet 440 est rempli et la valeur P (Oui, avant) ou Y (Oui) est consignée dans le champ 01 Examen d'ATDM, de TDMP ou d'ARM effectué avant le début de l'intervention de thrombectomie endovasculaire et au moins l'un des groupes de champs suivants est vide ou contient une valeur non valide : <ul style="list-style-type: none">• Champs 02 et 03 (mois) : valeur autre que 01 à 12 et 99 (Inconnu)• Champs 04 et 05 (jour) : valeur autre que 01 à 31 et 99 (Inconnu)• Champs 06 et 07 (heure) : valeur autre que 00 à 23 et 99 (Inconnue)• Champs 08 et 09 (minutes) : valeur autre que 00 à 59 et 99 (Inconnues)
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 01, champs 02 à 09
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

58 Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de la ponction artérielle (D1620-157)

Règle

Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, les champs 10 à 15 Date et heure de la ponction artérielle doivent afficher une date et une heure valides ou 999999 (Inconnue).

Ces champs permettent d'indiquer la date et l'heure de la première ponction dans l'artère utilisée pour la thrombectomie endovasculaire. L'accès se fait généralement par une artère de l'aîne (p. ex. artère fémorale). Toutefois, une autre artère peut être utilisée dans certains cas (p. ex. artère du bras [radiale, brachiale] ou du cou [carotide]).

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le Projet 440 est rempli et où au moins l'un des groupes de champs suivants contient une valeur non valide : <ul style="list-style-type: none">• Champs 10 et 11 (jour) : valeur autre que 01 à 31 et 99 (Inconnu)• Champs 12 et 13 (heure) : valeur autre que 00 à 23 et 99 (Inconnue)• Champs 14 et 15 (minutes) : valeur autre que 00 à 59 et 99 (Inconnues)
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 01, champs 10 à 15
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

59 Projet 440 — valeur non valide pour le champ Réussite de la reperfusion initiale (D1620-158)

Règle

Lorsque le Projet 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 16 Réussite de la reperfusion initiale.

La reperfusion est réussie lorsque la circulation sanguine est rétablie pour la première fois dans la région ischémique. Il se peut que la circulation sanguine ainsi rétablie ne se maintienne pas jusqu'à la fin de l'intervention; cet élément de données indique s'il y a eu rétablissement initial de la circulation sanguine.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le Projet 440 est rempli et une valeur autre que Y (Oui), N (Non), 8 (Sans objet) ou 9 (Inconnue) est indiquée dans le champ 16 Réussite de la reperfusion initiale.
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 16
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

60 Projet 440 — valeur non valide pour la date et l'heure de la réussite de la reperfusion initiale lorsque la valeur saisie dans le champ Réussite de la reperfusion initiale est Y (D1620-159)

Règle

Lorsque le Projet spécial 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli et que la valeur consignée dans le champ 16 Réussite de la reperfusion initiale est Y (Oui), les champs 17 à 22 Date et heure de la reperfusion initiale réussie doivent afficher une date et une heure valides ou 999999 (Inconnue).

Ces champs permettent d'indiquer la date et l'heure où le rétablissement de la circulation sanguine a été observé pour la première fois dans la région ischémique visée.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le Projet 440 est rempli et la valeur Y (Oui) est indiquée dans le champ 16 Réussite de la reperfusion initiale et au moins l'un des groupes de champs suivants est vide ou contient une valeur non valide : <ul style="list-style-type: none">• Champs 17 et 18 (jour) : valeur autre que 01 à 31 et 99 (Inconnu)• Champs 19 et 20 (heure) : valeur autre que 00 à 23 et 99 (Inconnue)• Champs 21 et 22 (minutes) : valeur autre que 00 à 59 et 99 (Inconnues)
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 16, champs 17 à 22
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

61 Projet 440 — valeur non valide pour le champ Réussite de la reperfusion au terme de la thrombectomie endovasculaire (D1620-160)

Règle

Lorsque le Projet 440 Thrombectomie endovasculaire est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 23 Réussite de la reperfusion au terme de la thrombectomie endovasculaire.

Ce champ permet d'indiquer si la reperfusion a permis de rétablir de façon définitive la circulation sanguine au terme de l'intervention endovasculaire, et d'en préciser le grade, selon les résultats observés au dernier examen d'angiographie.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où le Projet 440 est rempli et une valeur autre que Y (Oui), N (Non), 8 (Sans objet) ou 9 (Inconnue) est indiquée dans le champ 23 Réussite de la reperfusion au terme de la thrombectomie endovasculaire.
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 23
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

62 Projet 792 (Capsule vidéo-endoscopique) — projet non rempli alors que le code 3.OZ.94. AY de la CCI a été saisi (D1621-195)

Règle

En Ontario, il est obligatoire de remplir le Projet spécial 792 lorsque le code 3.OZ.94.AY *Intervention d'imagerie NCA, appareil digestif NCA, utilisation d'enregistrement ciné, vidéo (transmetteur, prise de vue)* de la CCI est consigné sur un abrégé de la BDCP.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Les abrégés de soins de courte durée de l'Ontario pour lesquels le Projet 792 n'est pas rempli alors que le code 3.OZ.94.AY est saisi comme code d'intervention (groupe 11, champ 02).
Élément(s) de données	Code d'intervention, Numéro de projet
Référence(s)	Groupe 16 — la documentation des projets spéciaux est désormais accessible par le biais de l'application du manuel de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA sur le site Web de l'ICIS.

63 Aucun accouchement saisi dans les champs Nombre d'accouchements à terme antérieurs et Nombre d'accouchements prématurés antérieurs alors que le code du diagnostic ou l'attribut de situation de la césarienne signale un accouchement antérieur (D1801-120)

Règle

1. Lorsqu'un code de diagnostic O75.701 *Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI*, O34.201 *Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure* ou O66.401 *Échec de l'épreuve de travail après une césarienne* est consigné, les champs Nombre d'accouchements à terme antérieurs et Nombre d'accouchements prématurés antérieurs ne peuvent pas TOUS DEUX afficher 00.
2. Lorsqu'un code d'intervention 5.MD.60.^*Accouchement par césarienne* est consigné avec un attribut de situation **RA** — Répétée, Indiquée, Planifiée, **RB** — Répétée, Indiquée, Urgente ou **RC** — Répétée, Non indiquée, Planifiée, les champs Nombre d'accouchements à terme antérieurs et Nombre d'accouchements prématurés antérieurs ne peuvent pas TOUS DEUX afficher 00.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	Abrégés où un code de diagnostic O75.701, O34.201 ou O66.401 est consigné ET les champs Nombre d'accouchements à terme antérieurs ET Nombre d'accouchements prématurés antérieurs affichent 00. Abrégés où un code d'intervention 5.MD.60.^ est consigné avec l'attribut de situation RA, RB, ou RC ET les champs Nombre d'accouchements à terme antérieurs ET Nombre d'accouchements prématurés antérieurs affichent 00.
Élément(s) de données	Nombre d'accouchements à terme antérieurs, Nombre d'accouchements prématurés antérieurs, Code du diagnostic, Code d'intervention, Attribut de situation
Exemple(s) de cas correct(s)	Le nombre d'accouchements prématurés antérieurs est 00 ET le nombre d'accouchements à terme antérieurs est 00 ET le code de diagnostic n'est pas O75.701, O34.201 ou O66.401 et 5.MD.60.AA <i>Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation</i> comporte l'attribut de situation PB — Primaire, Indiquée, Urgente
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP</i> : groupe 18 — Soins génésiques

64 Valeur manquante pour le champ Nombre d'accouchements à terme antérieurs ou Nombre d'accouchements prématurés antérieurs dans un abrégé d'accouchement en obstétrique (D1801-135)

Règle

Dans plusieurs provinces et territoires, il faut obligatoirement saisir le nombre d'accouchements à terme antérieurs et le nombre d'accouchements prématurés antérieurs lorsqu'un code d'accouchement en obstétrique est consigné.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard (Hôpitaux Prince County et Queen Elizabeth), de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut affichant un code de diagnostic de la catégorie O10 à O99 dont le sixième caractère est 1 ou 2</p> <p>OU</p> <p>un code de diagnostic Z37.– <i>Résultat de l'accouchement</i> comme diagnostic de type M</p> <p>OU</p> <p>un code d'intervention 5.MD.50.^ ou 5.MD.60.^</p> <p>ET</p> <p>où le champ Nombre d'accouchements à terme antérieurs ou Nombre d'accouchements prématurés antérieurs est vide.</p>
Élément(s) de données	<p>Nombre d'accouchements à terme antérieurs, Nombre d'accouchements prématurés antérieurs, Code du diagnostic, Type de diagnostic, Code d'intervention</p>
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>Z37.000 (M) <i>Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées</i></p> <p>ET</p> <p>00 dans le champ Nombre d'accouchements prématurés antérieurs</p> <p>ET</p> <p>01 dans le champ Nombre d'accouchements à terme antérieurs</p>
Référence(s)	<p><i>Manuel de saisie de l'information de la BDCP : groupe 18 — Soins génésiques</i></p>

65 Saisie du numéro de produit et du numéro de produit du ciment à l'aide d'un lecteur de codes à barres dont le paramètre de transmission de la norme AIM n'a pas été activé (D2010-161)

Règle

Pour activer le paramètre de transmission de la norme AIM (code d'identification et de saisie des données automatiques) du lecteur de code à barres, il faut balayer un ou plusieurs codes à barres dans le manuel d'utilisation du lecteur. Grâce à ce paramètre, l'ICIS est en mesure d'extraire le numéro de produit correctement. HIBC et GS1 sont les 2 principaux formats de codes à barres utilisés pour l'encodage de données sur les étiquettes de prothèses actuelles.

Exemple

- Format HIBC



Une fois le code à barres balayé, la valeur devrait s'afficher comme suit :

]C0+H132005764015511/2215162099277E12

Le code AIM commence par les 3 caractères suivants :]C0

- Format GS1



Une fois le code à barres balayé, la valeur devrait s'afficher comme suit :

]C10110603295014577

Le code AIM commence par les 3 caractères suivants :]C1

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés où le premier caractère du numéro de produit ou du numéro de produit du ciment est +, H ou h</p> <p>OU</p> <p>où les 2 premiers caractères du numéro de produit ou du numéro de produit du ciment sont 01 et la longueur totale de ce numéro est égale ou supérieure à 16</p> <p>OU</p> <p>où les 2 premiers caractères du numéro de produit ou du numéro de produit du ciment sont 10 ou 11 et la longueur totale de ce numéro est égale ou supérieure à 14</p>
Élément(s) de données	Numéro de produit, Numéro de produit du ciment
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>S'applique uniquement aux données extraites à l'aide d'un lecteur de codes à barres</p> <p>Format HIBC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valeur balayée <p>Numéro de produit :]C0+H132005764015511/2215162099277E12</p> <p>Numéro de lot :]C0+H132005764015511/2215162099277E12</p> <p>Format GS1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valeur balayée <p>Code d'article international (GTIN) :]C10110603295014577</p>
Référence(s)	<p>Bulletin sur la saisie des codes à barres pour le RCRA https://www.cihi.ca/fr/saisie-des-codes-a-barres-des-produits-pour-le-registre-canadien-des-replacements-articulaires</p> <p>Spécifications de la norme HIBC (en anglais seulement) https://www.hibcc.org/wp-content/uploads/SLS-2.6-Final.pdf</p> <p>Spécifications générales de GS1 (en anglais seulement) https://www.gs1.org/sites/default/files/docs/barcodes/GS1_General_Specifications.pdf</p>

Annexe : Codes d'affections post-intervention

Cette liste contient tous les codes d'affections post-intervention. Lorsqu'un code de cette liste est saisi, un code de cause externe doit toujours être attribué. Lorsque le code de cause externe figure dans la catégorie Y60 à Y84, un indicateur de série doit être ajouté.

- E89.0 *Hypothyroïdie post-intervention*
- E89.1 *Hypoinsulinémie post-intervention*
- E89.2 *Hypoparathyroïdie post-intervention*
- E89.3 *Hypopituitarisme post-intervention*
- E89.4 *Insuffisance ovarienne post-intervention*
- E89.5 *Hypofonctionnement testiculaire post-intervention*
- E89.6 *Hypofonctionnement corticosurrénal (de la médullaire) post-intervention*
- E89.8 *Autres anomalies endocriniennes et métaboliques post-intervention*
- E89.9 *Anomalie endocrinienne et métabolique post-intervention, sans précision*
- G97.0 *Écoulement de liquide céphalorachidien après rachicentèse (ponction lombaire)*
- G97.1 *Autre réaction secondaire à une rachicentèse*
- G97.2 *Hypotension intracrânienne suite à un pontage ventriculaire*
- G97.8 *Autres affections du système nerveux post-intervention*
- G97.9 *Affection du système nerveux post-intervention, sans précision*
- H59.0 *Kératopathie (bulleuse aphaque) après intervention pour cataracte*
- H59.80 *Fragments de cataracte (de cristallin) dans l'œil après intervention pour cataracte*
- H59.81 *Cœdème maculaire cystoïde après intervention pour cataracte*
- H59.88 *Autres affections de l'œil et de ses annexes post-intervention*
- H59.9 *Affection de l'œil et de ses annexes post-intervention, sans précision*
- H95.0 *Cholestéatome récidivant après mastoïdectomie*
- H95.1 *Autres affections survenant après mastoïdectomie*
- H95.8 *Autres affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde post-intervention*
- H95.9 *Affection de l'oreille et de l'apophyse mastoïde post-intervention, sans précision*
- I97.0 *Syndrome post-cardiotomie*
- I97.1 *Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque*
- I97.2 *Lymphœdème après mastectomie*
- I97.8 *Autres troubles de l'appareil circulatoire post-intervention, non classés ailleurs*

- I97.9 *Trouble de l'appareil circulatoire post-intervention, sans précision*
- J95.00 *Hémorragie de l'orifice de la trachéostomie*
- J95.01 *Infection de l'orifice de la trachéostomie*
- J95.02 *Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie*
- J95.03 *Fistule trachéo-œsophagienne consécutive à une trachéostomie*
- J95.08 *Autre complication de la trachéostomie*
- J95.1 *Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale thoracique*
- J95.2 *Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale non thoracique*
- J95.3 *Insuffisance pulmonaire chronique consécutive à une intervention chirurgicale*
- J95.4 *Syndrome de Mendelson*
- J95.5 *Sténose sous-glottique post-intervention*
- J95.80 *Pneumothorax post-intervention*
- J95.81 *Syndrome de détresse respiratoire aigu post-transfusionnel (TRALI)*
- J95.88 *Autres troubles respiratoires post-intervention, non classés ailleurs*
- J95.9 *Trouble respiratoire post-intervention, sans précision*
- K91.0 *Vomissements consécutifs à une intervention gastro-intestinale*
- K91.1 *Syndromes consécutifs à une intervention gastrique*
- K91.2 *Malabsorption post-chirurgicale, non classée ailleurs*
- K91.3 *Occlusion intestinale post-opératoire*
- K91.40 *Hémorragie de l'abouchement d'une colostomie*
- K91.41 *Infection de l'abouchement d'une colostomie*
- K91.42 *Mauvais résultats fonctionnels de l'abouchement d'une colostomie, non classé ailleurs*
- K91.43 *Hémorragie de l'abouchement d'une entérostomie*
- K91.44 *Infection de l'abouchement d'une entérostomie*
- K91.45 *Dysfonctionnement d'une entérostomie, non classé ailleurs*
- K91.5 *Syndrome postcholécystectomie*
- K91.60 *Hémorragie de l'abouchement d'une gastrostomie*
- K91.61 *Infection de l'abouchement d'une gastrostomie*
- K91.62 *Mauvais résultats fonctionnels d'une gastrostomie, non classé ailleurs*
- K91.8 *Autres atteintes de l'appareil digestif post-intervention, non classées ailleurs*
- K91.9 *Atteinte de l'appareil digestif post-intervention, sans précision*
- M96.0 *Pseudarthrose après arthrodèse ou fusion*

- M96.1 *Syndrome post-laminectomie, non classé ailleurs*
- M96.2 *Cyphose après irradiation*
- M96.3 *Cyphose après laminectomie*
- M96.4 *Lordose après chirurgie*
- M96.5 *Scoliose après irradiation*
- M96.60 *Fracture osseuse après mise en place d'une prothèse articulaire*
- M96.68 *Fracture osseuse après mise en place d'un implant orthopédique, autre et sans précision*
- M96.8 *Autres affections du système ostéo-articulaire et des muscles post-intervention*
- M96.9 *Affection du système ostéo-articulaire et des muscles post-intervention, sans précision*
- N99.0 *Insuffisance rénale post-intervention*
- N99.1 *Rétrécissement urétral post-intervention*
- N99.2 *Adhérences vaginales post-opératoires*
- N99.3 *Prolapsus de la paroi supérieure du vagin après hystérectomie*
- N99.4 *Adhérences pelvi-péritonéales post-intervention*
- N99.50 *Hémorragie de stomie de l'appareil urinaire*
- N99.51 *Infection de stomie de l'appareil urinaire*
- N99.52 *Autres dysfonctionnements de stomie de l'appareil urinaire NCA*
- N99.8 *Autres affections de l'appareil génito-urinaire post-intervention*
- N99.9 *Affection de l'appareil génito-urinaire post-intervention, sans précision*



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 511
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

65121-0125

