

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	État du champ												
			T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
01/03	Année du lot	Année où le patient a obtenu son congé de l'établissement, selon l'exercice.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
01/04	Période du lot	Intervalle de temps durant lequel le patient a obtenu son congé.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
01/05	Numéro du lot	Précise le groupe (lot) auquel appartient l'abrégé.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
01/06	Numéro d'abrégé	Numéro d'identification unique, propre à chaque abrégé d'un même lot.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
01/08	Numéro du codificateur	Identifie la personne qui a rempli l'abrégé.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
01/09	Numéro de dossier	Numéro d'identification unique du patient attribué par l'établissement déclarant.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
01/10	Numéro d'admission	Numéro dérivé, attribué au patient par l'établissement pour une visite précise.	O	F	O	O	s.o.	O	F	F	F	F	F	O	F
01/11	Deuxième numéro d'admission ou de dossier	Autre numéro de dossier ou d'admission précédemment attribué au patient.	F	F	F	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
01/12	Numéro de dossier de la mère ou du nouveau-né	Numéro de dossier du nouveau-né dont la patiente a accouché pendant le séjour dont il est question dans l'abrégé ou, inversement, le numéro de dossier de la mère du nouveau-né.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Groupe 02 — Durée calculée du séjour															
02/02	Durée calculée du séjour	Différence, en jours, entre la date d'admission et la date de sortie.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 03 — Renseignements démographiques															
03/01	Numéro d'assurance- maladie	Numéro d'assurance-maladie attribué au patient par le gouvernement provincial, territorial ou fédéral.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
03/02	Code postal	Code alphanumérique de six caractères attribués par Postes Canada afin de déterminer le lieu de résidence d'un patient.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
03/03	Code de résidence	Code défini par la province ou le territoire pour préciser la région de résidence du patient.	O	F	O	O	s.o.	O	F	s.o.	O	F	O	F	O
03/04	Sexe	Code à une lettre qui décrit le sexes du patient.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
03/05	Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	Représente le gouvernement provincial ou territorial qui émet le numéro d'assurance-maladie.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
03/06	Responsable du paiement	Indique la principale source responsable du paiement des services fournis.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
03/08	Date de naissance	Date à laquelle le patient est né.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
03/09	Date de naissance estimée	Indique que le champ Date de naissance comprend des valeurs inconnues pour le jour ou le mois de naissance, ou une année de naissance estimée.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
03/11-27	Données provinciales ou territoriales auxiliaires	Champs permettant de recueillir des données propres à une province ou à un territoire selon l'indication du ministère provincial ou territorial de la Santé.	s.o.	s.o.	O*	F	s.o.	s.o.	s.o.	O*	O*	O*	s.o.	s.o.	s.o.
Valeur dérivée	Âge	Valeur dérivée qui représente l'âge du patient à l'admission et qui est calculée à l'aide de la date de naissance.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 04 — Admission															
04/01-02	Date et heure d'admission	La date et l'heure auxquelles on a officiellement admis le patient à l'hôpital.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
04/04	Établissement de provenance	Désigne un autre établissement de soins de santé ou un autre niveau de soins de l'établissement déclarant d'où le patient a été transféré afin de recevoir d'autres soins.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
04/05	Catégorie d'admission	État initial du patient à son admission à l'établissement déclarant.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
04/06	Code d'entrée	Point d'entrée à l'établissement déclarant.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
04/07	Admission par ambulance	Permet de savoir si le patient est arrivé à l'établissement de soins de santé par ambulance, et de connaître le type d'ambulance utilisé.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
04/08	Code de réadmission	Fournit de l'information sur les admissions antérieures du patient aux soins de courte durée ou à l'unité de chirurgie d'un jour de l'établissement déclarant.	O	O	O	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
04/ 13-14	Date et heure de sortie du patient, service d'urgence	La date et l'heure auxquelles le patient est physiquement sorti du service d'urgence pour être transféré à l'unité d'hospitalisation, à la salle d'opération ou à une salle de diagnostic, SANS retourner au service d'urgence.	O	F	O	F	s.o.	O	O	O	O	O	F	F	F
04/15 valeur dérivée	Temps d'attente au service d'urgence	Différence, en heures, entre la date et l'heure d'admission et la date et l'heure de sortie du patient du service d'urgence.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Valeur dérivée	Type d'établissement de provenance	Type de soins attribué à l'établissement inscrit dans le champ Établissement de provenance.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Groupe 05 — Sortie															
05/01-02	Date et heure de sortie	La date et l'heure auxquelles le patient a officiellement obtenu son congé.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
05/04	Établissement de destination	Désigne l'établissement de soins de santé ou un autre niveau de soins au sein de l'établissement déclarant où le patient est transféré pour recevoir d'autres traitements.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
05/05	État à la sortie	Lieu de destination (de 01 à 05) du patient ou état du patient à sa sortie (de 06 à 09 et 12) de l'établissement.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
Valeur dérivée	Type d'établissement de destination	Type de soins attribué à l'établissement inscrit dans le champ Établissement de destination.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 07 — Service principal															
07/01	Service principal	Correspond à un groupe de patients semblables ayant des maladies et des traitements connexes. Le service principal est généralement déterminé par le code du diagnostic principal.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
07/02	Sous-service du service principal	Code défini par l'établissement qui permet de mieux distinguer les types de patients d'un service principal donné.	F	F	O*	O*	s.o.	F	F	F	O*	F	F	F	F
07/03	Poids	Poids d'un nouveau-né ou d'un patient néonatal à son admission à l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
07/04	Dépassement de l'abrége	Indicateur servant à signaler qu'il est impossible d'inclure toutes les données dans l'abrége.	F	F	F	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
Groupe 08 — Service de transfert (3 lignes)															
08/01	Service de transfert	Désigne le service où le patient reçoit des soins supplémentaires dans l'établissement de soins de santé.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
08/02	Sous-service de transfert	Définit une autre particularité du service de transfert tel qu'il est attribué par l'établissement de soins de santé.	F	F	F	O*	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
08/03	Service de transfert, nombre de jours	Nombre de jours que le patient a passés dans un service autre que le service principal.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
Groupe 09 — Information sur le dispensateur (8 lignes)															
09/01	Type de dispensateur	Détermine le rôle des dispensateurs de soins de santé pendant le séjour du patient à l'établissement.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
09/02	Numéro du dispensateur	Numéro d'identification du dispensateur responsable des soins dispensés au patient au cours de sa visite.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
09/03	Service du dispensateur	Détermine les services des professionnels de la santé chargés de dispenser des soins au patient.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
Groupe 10 — Diagnostic (25 lignes)															
10/01	Préfixe du diagnostic	Fournit des renseignements supplémentaires sur le code de la CIM-10-CA auquel il est attribué.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
10/02	Code du diagnostic	Code de classification de la CIM-10-CA qui décrit les diagnostics, les états, les problèmes ou les circonstances du patient durant son séjour dans l'établissement de soins de santé.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
10/03	Indicateur de série	Groupe d'au moins deux codes de diagnostic valides de la CIM-10-CA qui sont interreliés. L'attribution du même indicateur à chaque code d'une série permet de lier ces codes sur l'abrégié.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
10/04	Type de diagnostic	Code utilisé pour préciser l'effet de l'affection sur le traitement du patient, comme indiqué dans les notes du médecin.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
10/ 05-07	Stadification du cancer — Stadification clinique (classification clinique [avant le traitement])	La stadification clinique se fonde sur des preuves obtenues avant le traitement. Ces données proviennent d'examens physiques, d'imagerie, d'endoscopies et de biopsies, d'explorations chirurgicales et d'autres examens pertinents.	F	F	F	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
10/ 08-10	Stadification du cancer — Stadification pathologique (classification histopathologique post-chirurgicale)	La classification pathologique se fonde sur les résultats de la chirurgie.	F	F	F	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
10/11	Stadification du cancer — Sommaire de la stadification	Regroupement de l'information tirée du système TNM.	F	F	F	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
Groupe 11 — Interventions (20 lignes)															
11/01 11/17	Date et heure du début de l'épisode d'intervention	La date et l'heure auxquelles le patient accède à une zone physique (lieu d'intervention) afin de recevoir un ou plusieurs services (interventions).	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/02	Code d'intervention	Le ou les codes valides de la CCI qui décrivent les services (interventions) pratiqués pour ou dans l'intérêt du patient dans le but d'améliorer sa santé.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
11/ 03-05	Attributs : Situation Lieu Étendue	Attributs d'intervention de la CCI qui fournissent des renseignements additionnels sur les circonstances susceptibles d'avoir une incidence sur les ressources nécessaires à l'intervention.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/06	Numéro du dispensateur de l'intervention	Identificateur unique des dispensateurs de soins de santé (médecins et dispensateurs de soins paramédicaux) participant à chaque intervention.	O*	F	O*	O*	s.o.	F	O*	O*	F	O*	O*	O*	O*
11/07	Numéro du service du dispensateur de l'intervention	Précise la spécialité du médecin ou du dispensateur de soins paramédicaux ayant participé aux services (interventions).	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/08	Code du tissu	Précise les constatations du pathologiste inscrites au dossier du patient concernant le tissu prélevé au cours d'une intervention.	F	F	F	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
11/10	Code du lieu d'intervention	Décrit le lieu physique dans l'établissement de soins de santé où un service (intervention) s'est déroulé.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/11	Anesthésiste	Indique le numéro de dispensateur du médecin qui a administré l'anesthésie au cours du service (intervention).	O*	F	F	O*	s.o.	O*	O*	F	F	O*	O*	F	F

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

		État du champ													
Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
11/12	Technique anesthésique	La méthode utilisée pour administrer un anesthésique au patient au cours du service (intervention).	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/13	Indicateur hors hôpital	Permet de signaler qu'un épisode d'intervention a eu lieu dans un service de soins ambulatoires d'un autre établissement au cours de l'hospitalisation actuelle du patient dans l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/14	Numéro d'établissement hors hôpital	Permet d'identifier l'établissement de soins ambulatoires où ont été dispensés les services (interventions) hors hôpital pendant le séjour actuel du patient dans l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/15	Retour imprévu au lieu d'intervention	Indique qu'un patient est retourné de façon imprévue à une zone physique (lieu d'intervention) de l'établissement de soins de santé.	O*	F	F	F	s.o.	F	F	O*	O*	O*	F	F	F
11/16	Décès au cours de l'intervention	Indique que le patient est décédé lors de la prestation des services (interventions) ou de la période de réveil de l'épisode d'intervention.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
11/ 18-19	Date et heure de la fin de l'épisode d'intervention	La date et l'heure auxquelles le patient sort de la zone physique (lieu d'intervention) après avoir reçu un ou plusieurs services (interventions).	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/20	Indicateur d'intervention avant l'admission	Indique qu'un service fourni au patient a débuté avant son admission et, dans certains cas, s'est poursuivi au cours de son séjour en soins de courte durée.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
11/21 valeur dérivée	Durée de l'épisode d'intervention	La différence, en minutes, entre la date et l'heure du début de l'épisode d'intervention et la date et l'heure de la fin de l'épisode d'intervention.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 13 — Unité de soins spéciaux (USS, 6 lignes)															
13/01	Indicateur de décès à l'unité de soins spéciaux	Indique que le patient est décédé dans une unité de soins spéciaux de l'établissement de soins de santé.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
13/02	Numéro de l'USS	Code indiquant le type d'unité de soins spéciaux où le patient reçoit des soins intensifs.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	O	O	O	O
13/ 03-04	Date et heure d'admission à l'USS	La date et l'heure auxquelles le patient est admis à l'USS.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
13/ 05-06	Date et heure de sortie de l'USS	La date et l'heure auxquelles le patient reçoit son congé de l'USS ou y décède.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

État du champ															
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
13/09	Échelle de Glasgow	Évaluation clinique qui permet d'évaluer la réponse des patients victimes d'un traumatisme crânien.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
Valeur dérivée	Heures à l'unité de soins spéciaux	La différence, en heures, entre la date et l'heure d'admission à l'USS et la date et l'heure de sortie de l'USS. Le nombre d'heures totales à l'USS est la somme des heures inscrites dans les six premières lignes des unités de soins spéciaux.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 14 — Options de base															
14/ 01-19	Options de base	Champs définis par l'établissement ou par le ministère provincial ou territorial de la Santé. Ils peuvent être utilisés pour consigner des renseignements supplémentaires exigés par l'établissement déclarant afin de répondre à ses besoins.	F	F	F	F	s.o.	F	F	F	F	F	F	F	F
Groupe 15 — Indicateurs, santé mentale															
15/02	Source de la référence	Désigne la personne ou l'agence qui a orienté le patient vers l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/03	Méthode d'admission	Statut de l'admission du patient à l'établissement de soins de santé au moment de son admission.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
15/04	Changement du statut juridique depuis l'admission	Décrit le résultat de toute évaluation psychiatrique qui pourrait influencer sur l'état du patient durant l'admission à l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/05	ASP	Désigne l'absence d'un patient sans la permission de l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/06	Suicide	Indique si le patient s'est enlevé la vie ou non.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/07	Admission antérieure en psychiatrie	Désigne si le patient a déjà été admis en psychiatrie avant son hospitalisation actuelle à l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/08	Référé à	Désigne la personne ou l'agence vers laquelle le patient a été orienté après sa sortie de l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/09	Traitement par ECT	Indique si le patient a reçu un traitement par électroconvulsivothérapie (ECT) au cours de son hospitalisation.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/10	Nombre de traitements par ECT	Indique le nombre de traitements par ECT que le patient a reçus.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/12	Formation	Le champ Formation désigne le niveau d'études le plus élevé du patient.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
15/13	Emploi	Indique le statut de l'emploi du patient au moment de son admission à l'établissement déclarant.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
15/14	Appui financier	Indique la source du revenu du patient au moment de l'admission.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	F	F	F	F	F	F	F
Groupe 16 — Projets															
16/ 01-24	Projets	Champs servant à recueillir des données supplémentaires nécessaires pour répondre aux besoins en information de l'ICIS, des provinces, des territoires et des établissements de soins de santé.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
Groupe 17 — Information sur la transfusion sanguine															
17/01	Indicateur de transfusion sanguine	Indique si le patient a reçu une transfusion sanguine au cours de l'épisode de soins dans l'établissement déclarant.	O	O	O	O	s.o.	O	O	O	O	F	O	O	O
17/ 02-06	Produits sanguins	Désigne le type de produit ou de composant sanguin que le patient a reçu par transfusion au cours de son séjour dans l'établissement déclarant.	F	F	F	O*	s.o.	O*	O*	O*	F	F	F	F	F
17/07	Autotransfusion de sang	Le champ Autotransfusion de sang permet de savoir si le patient a reçu ou non son propre sang.	F	F	F	O*	s.o.	O*	O*	O*	F	F	F	F	F

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Groupe 18 — Soins génésiques															
18/01	Nombre d'accouchements à terme antérieurs	Indique le nombre d'accouchements à terme antérieurs (au moins 37 semaines complètes) de la patiente.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
18/02	Nombre d'accouchements prématurés antérieurs	Indique le nombre d'accouchements prématurés antérieurs, soit de 20 à 36 semaines complètes.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*	O*
18/03	Nombre d'avortements spontanés antérieurs	Indique le nombre d'avortements spontanés antérieurs (fausses couches).	O*	F	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	F	O*	O*	O*
18/04	Nombre d'avortements thérapeutiques antérieurs	Indique le nombre d'avortements thérapeutiques (légaux) antérieurs.	O*	F	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	F	O*	O*	O*
18/05	Nombre de naissances vivantes antérieures	Indique le nombre de naissances vivantes antérieures.	F	F	F	F	s.o.	O*	O*	O*	O*	F	O*	O*	O*
18/06	Âge gestationnel	Correspond à la durée de la grossesse.	O	O*	O	O	s.o.	O	O	O	O	O*	O*	O	O
18/07	Heure de l'accouchement	L'heure inscrite sur l'abrégé de la mère pour établir l'heure de naissance du bébé.	O*	O*	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	F	O*	O*	O*
18/08	Date des dernières menstruations	Indique la date des dernières menstruations de la patiente.	O*	F	O*	O*	s.o.	O*	O*	O*	O*	F	F	O*	O*
Groupe 18 — Soins génésiques															
18/09	Allaitement à la sortie	Précise si la mère allaitait son nourrisson lorsqu'elle a obtenu son congé de l'établissement.	O*	F	F	F	s.o.	F	F	O*	F	F	F	F	F
18/12 valeur dérivée	Jours précédant l'accouchement	La différence, en jours, entre la date d'admission et la date du début de l'épisode d'intervention.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D

Chirurgie d'un jour

Tableau 2 Éléments de données de la BDCP 2016-2017 — Chirurgie d'un jour

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	État du champ												
			T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Groupe 01 — Éléments de données du contrôle des soumissions															
01/01	Numéro d'établissement	Code de cinq caractères qu'un ministère provincial ou territorial de la Santé attribue à un établissement déclarant. Ce numéro identifie l'établissement et précise le niveau de soins dans les données soumises.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
01/02	Nombre d'abrévés	Indique le nombre d'abrévés que contient un lot.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
01/03	Année du lot	Année où le patient a obtenu son congé de l'établissement, selon l'exercice.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
01/04	Période du lot	Mois de l'obtention du congé du patient, selon l'exercice.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
01/05	Numéro du lot	Précise le groupe (lot) auquel appartient l'abrévé.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
01/06	Numéro d'abrévé	Numéro d'identification unique, propre à chaque abrévé d'un même lot.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
01/08	Numéro du codificateur	Identifie la personne qui a rempli l'abrévé.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
01/09	Numéro de dossier	Numéro d'identification unique du patient attribué par l'établissement déclarant.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

État du champ															
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
01/10	Numéro d'admission	Numéro dérivé, attribué au patient par l'établissement pour une visite précise.	O	—	—	O	s.o.	—	F	F	—	F	F	O	F
01/11	Deuxième numéro d'admission ou de dossier	Autre numéro de dossier ou d'admission précédemment attribué au patient.	F	—	—	F	s.o.	—	F	F	—	F	F	F	F
Groupe 02 — Durée calculée du séjour															
02/02	valeur dérivée	Durée calculée du séjour	La différence, en heures, entre la date et l'heure d'admission et la date et l'heure de sortie.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 03 — Renseignements démographiques															
03/01	Numéro d'assurance-maladie	Numéro d'assurance-maladie attribué au patient par le gouvernement provincial, territorial ou fédéral.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
03/02	Code postal	Code alphanumérique de six caractères attribués par Postes Canada afin de déterminer le lieu de résidence d'un patient.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
03/03	Code de résidence	Code défini par la province ou le territoire qui sert à préciser la région de résidence du patient.	O	—	—	O	s.o.	—	F	s.o.	—	F	O	F	O
03/04	Sexe	Code à une lettre qui décrit le sexe du patient.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
03/05	Province ou territoire émetteur du numéro d'assurance-maladie	Représente le gouvernement provincial ou territorial qui émet le numéro d'assurance-maladie.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

État du champ															
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
03/06	Responsable du paiement	Indique la principale source responsable du paiement des services fournis.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
03/08	Date de naissance	Date à laquelle le patient est né.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
03/09	Date de naissance estimée	Indique que le champ Date de naissance comprend des valeurs inconnues pour le jour ou le mois de naissance, ou une année de naissance estimée.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
03/ 11-27	Données provinciales ou territoriales auxiliaires	Champs permettant de recueillir des données propres à une province ou à un territoire selon l'indication du ministère provincial ou territorial de la Santé.	s.o.	—	—	F	s.o.	—	s.o.	O*	—	O*	s.o.	s.o.	s.o.
Valeur dérivée	Âge	Valeur dérivée qui représente l'âge du patient à l'admission et qui est calculée à l'aide de la date de naissance.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 04 — Admission															
04/ 01-02	Date et heure d'admission	La date et l'heure auxquelles le patient a été officiellement inscrit en chirurgie d'un jour.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
04/04	Établissement de provenance	Désigne un autre établissement de soins de santé ou un autre niveau de soins de l'établissement déclarant d'où le patient a été transféré afin de recevoir d'autres soins.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

			État du champ												
Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Valeur dérivée	Type d'établissement de provenance	Type de soins attribué à l'établissement inscrit dans le champ Établissement de provenance.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
04/05	Catégorie d'admission	État initial du patient à son admission à l'établissement déclarant.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
04/06	Code d'entrée	Point d'entrée du patient à l'établissement déclarant.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
04/07	Admission par ambulance	Permet de savoir si le patient est arrivé à l'établissement de soins de santé par ambulance, et de connaître le type d'ambulance utilisé.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
Groupe 05 — Sortie															
05/01-02	Date et heure de sortie	La date et l'heure auxquelles le patient a officiellement reçu son congé.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
05/04	Établissement de destination	Désigne l'établissement de soins de santé ou un autre niveau de soins au sein de l'établissement déclarant où le patient est transféré pour recevoir d'autres traitements.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
05/05	État à la sortie	Lieu de destination du patient (de 01 à 05) ou état du patient (de 06 à 09 et 12) à la sortie.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Valeur dérivée	Type d'établissement de destination	Type de soins attribué à l'établissement inscrit dans le champ Établissement de destination.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 07 — Service principal															
07/01	Service principal	Correspond à un groupe de patients semblables ayant des maladies et des traitements connexes. Le service principal est généralement déterminé par le code du diagnostic principal.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
07/02	Sous-service du service principal	Code défini par l'établissement qui permet de mieux distinguer les types de patients d'un service principal donné.	F	—	—	F	s.o.	—	F	F	—	F	F	F	F
07/03	Poids	Poids d'un nouveau-né ou d'un patient néonatal à son admission à l'établissement déclarant.	O*	—	—	O*	—	O*	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
Groupe 09 — Dispensateur (8 lignes)															
09/01	Type de dispensateur	Détermine le rôle des dispensateurs de soins de santé pendant le séjour du patient à l'établissement.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
09/02	Numéro du dispensateur	Numéro d'identification du dispensateur responsable des soins dispensés au patient au cours de sa visite.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
09/03	Service du dispensateur	Détermine les services des professionnels de la santé chargés de dispenser des soins au patient.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Groupe 10 — Diagnostic (25 lignes)															
10/02	Code de diagnostic	Code de classification de la CIM-10-CA qui décrit les diagnostics, les états, les problèmes ou les circonstances du patient durant son séjour dans l'établissement de soins de santé.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
10/03	Indicateur de série	Groupe d'au moins deux codes de diagnostic valides de la CIM-10-CA qui sont interreliés. L'attribution du même indicateur à chaque code d'une série permet de lier ces codes sur l'abrégié.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
10/04	Type de diagnostic	Code utilisé pour préciser l'effet de l'affection sur le traitement du patient, comme indiqué dans les notes du médecin.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O	O	O	O
Groupe 11 — Interventions (20 lignes)															
11/01 11/17	Date et heure du début de l'épisode d'intervention	La date et l'heure auxquelles le patient accède à une zone physique (lieu d'intervention) afin de recevoir un ou plusieurs services (interventions).	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/02	Code d'intervention	Le ou les codes valides de la CCI qui décrivent les services (interventions) pratiqués pour ou dans l'intérêt du patient dans le but d'améliorer sa santé.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

État du champ															
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
11/ 03-05	Attributs Situation Lieu Étendue	Attributs d'intervention de la CCI qui fournissent des renseignements additionnels sur les circonstances susceptibles d'avoir une incidence sur les ressources nécessaires à l'intervention.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/06	Numéro du dispensateur de l'intervention	Identificateur unique des dispensateurs de soins de santé (médecins et dispensateurs de soins paramédicaux) participant à chaque intervention.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/07	Numéro du service du dispensateur de l'intervention	Précise la spécialité du médecin ou du dispensateur de soins paramédicaux ayant participé aux services (interventions).	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/08	Code du tissu	Précise les constatations du pathologiste inscrites au dossier du patient concernant le tissu prélevé au cours d'une intervention.	F	—	—	F	s.o.	—	F	F	—	F	F	F	F
11/10	Code du lieu d'intervention	Décrit le lieu physique dans l'établissement de soins de santé où un service (intervention) s'est déroulé.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/11	Anesthésiste	Indique le numéro de dispensateur de l'intervention du médecin qui a administré l'anesthésie au cours du service (intervention).	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	F	—	O*	O*	F	F

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

État du champ															
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
11/12	Technique anesthésique	La méthode utilisée pour administrer un anesthésique au patient au cours du service (intervention).	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/16	Décès au cours de l'intervention	Indique que le patient est décédé lors de la prestation des services (interventions) ou de la période de réveil de l'épisode d'intervention.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/ 18-19	Date et heure de la fin de l'épisode d'intervention	La date et l'heure auxquelles le patient sort de la zone physique (lieu d'intervention) après avoir reçu un ou plusieurs services (interventions).	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
11/21 valeur dérivée	Durée de l'épisode d'intervention (valeur dérivée)	La différence, en minutes, entre la date et l'heure du début de l'épisode d'intervention et la date et l'heure de la fin de l'épisode d'intervention.	D	D	D	D	s.o.	D	D	D	D	D	D	D	D
Groupe 14 — Options de base															
14/ 01-19	Options de base	Les champs Options de base sont définis par l'établissement ou par le ministère provincial ou territorial de la Santé. Ils peuvent être utilisés pour consigner des renseignements supplémentaires exigés par l'établissement déclarant afin de répondre à ses besoins.	F	—	—	F	s.o.	—	F	F	—	F	F	F	F

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

			État du champ												
Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
Groupe 16 — Projets															
16/ 01-24	Projets	Champs servant à recueillir des données supplémentaires nécessaires pour répondre aux besoins en information de l'ICIS, des provinces, des territoires et des établissements de soins de santé.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
Groupe 17 — Information sur la transfusion sanguine															
17/01	Indicateur de transfusion sanguine	Indique si le patient a reçu une transfusion sanguine au cours de l'épisode de soins dans l'établissement déclarant.	F	—	—	O	s.o.	—	O	F	—	F	F	F	F
17/ 02-06	Produits sanguins	Désigne le type de produit ou de composant sanguin que le patient a reçu par transfusion au cours de son séjour dans l'établissement déclarant.	F	—	—	O*	s.o.	—	O*	F	—	F	F	F	F
17/07	Autotransfusion de sang	Le champ Autotransfusion de sang permet de savoir si le patient a reçu ou non son propre sang.	F	—	—	O*	s.o.	—	O*	F	—	F	F	F	F
Groupe 18 — Soins génésiques															
18/01	Nombre d'accouchements à terme antérieurs	Indique le nombre d'accouchements à terme antérieurs (au moins 37 semaines complètes) de la patiente.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*

Légende

O — obligatoire; F — facultatif; O* — obligatoire, le cas échéant; D — valeur dérivée; s.o. — sans objet

Remarque : Les éléments de données de la BDCP qui ne s'appliquent à la chirurgie d'un jour dans aucune province ni aucun territoire ont été exclus.

Groupe/ Champ	Nom de l'élément de données	Description	État du champ												
			T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nun.
18/02	Nombre d'accouchements prématurés antérieurs	Indique le nombre d'accouchements prématurés antérieurs, soit de 20 à 36 semaines complètes.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	O*	O*	O*	O*
18/03	Nombre d'avortements spontanés antérieurs	Indique le nombre d'avortements spontanés antérieurs (fausses couches).	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	F	O*	O*	O*
18/04	Nombre d'avortements thérapeutiques antérieurs	Indique le nombre d'avortements thérapeutiques (légaux) antérieurs.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	F	O*	O*	O*
18/06	Âge gestationnel	Correspond à la durée de la grossesse.	O	—	—	O	s.o.	—	O	O	—	O*	O*	O	O
18/08	Date des dernières menstruations	Indique la date des dernières menstruations de la patiente.	O*	—	—	O*	s.o.	—	O*	O*	—	F	F	O*	O*
19/ 01-25	Valeurs attribuées par les fournisseurs autorisés	Pour les établissements qui utilisent un logiciel de regroupement, les valeurs attribuées par les fournisseurs autorisés seront remplies automatiquement selon les méthodologies de regroupement GMA+ et SGCA.	F	—	O	O	s.o.	—	O	F	—	F	F	F	F

Valeurs relatives aux groupes clients attribuées par les fournisseurs autorisés

Tableau 3 Éléments de données de la BDCP 2016-2017 — Groupe 19 : Valeurs relatives aux groupes clients attribuées par les fournisseurs autorisés

Pour les établissements qui utilisent un logiciel de regroupement, les valeurs attribuées par les fournisseurs autorisés seront remplies automatiquement selon les méthodologies de regroupement GMA+ et SGCA.
Les valeurs attribuées par les fournisseurs sont obligatoires au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba.

Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description
19/01	CCP	Catégorie clinique principale (CCP) attribuée selon la méthodologie des groupes de maladies analogues (GMA+). Une CCP est un vaste regroupement de diagnostics qui se rapportent, d'une façon générale, à un système de l'organisme, à des affections précises ou à un traumatisme.
19/02	GMA	Groupes de maladies analogues (GMA) transversaux attribués selon la méthodologie GMA+. La GMA+ est une méthodologie de groupement de l'ICIS qui permet de classer les patients aux soins de courte durée en groupes ayant des diagnostics, des interventions, une durée du séjour (DS) et des exigences en matière de ressources semblables.
19/04	PCR	Pondération de la consommation des ressources (PCR) inscrite sur l'abrégié selon la méthodologie GMA+. Toutes les pondérations des coûts de la PCR sont relatives au coût moyen d'un cas typique de patient hospitalisé en soins de courte durée, de telle sorte que la somme des cas typiques est égale à la somme des cas typiques pondérés.
19/06	Identificateur du fournisseur de logiciel de regroupement	Identificateur du fournisseur qui attribue la méthodologie GMA+.
19/07	Catégorie d'âge, GMA	Catégorie d'âge attribuée selon la méthodologie GMA+. La catégorie d'âge, GMA est un code alphabétique du groupe d'âge qui représente le groupe d'âge et la catégorie auxquels le cas est attribué aux fins du calcul de la PCR.
19/08	Niveau de comorbidité	Les niveaux de comorbidité correspondent aux incidences cumulatives des comorbidités sur les ressources utilisées au cours du séjour du patient telles qu'elles sont attribuées par la méthodologie GMA+.
19/10	Nombre d'épisodes d'interventions	Le nombre d'épisodes d'interventions est un nombre qui représente les épisodes d'interventions liés au cas tels qu'ils sont attribués par la méthodologie GMA+. Un épisode d'intervention (EI) est une intervention qui survient pendant le séjour du patient dans l'établissement.
19/11	Nombre de facteurs d'interventions hors hôpital	Le nombre de facteurs d'interventions hors hôpital est un nombre qui indique si le patient a subi une intervention hors hôpital ou si une intervention hors hôpital s'applique au cas du patient telle qu'elle est attribuée par la méthodologie GMA+.
19/12	Indicateur de valeur PCR atypique	L'indicateur de valeur PCR atypique est une mesure servant à déterminer le statut typique ou atypique du patient aux fins du calcul de la PCR et de la durée prévue du séjour (DPS) comme indiqué sur l'abrégié par la méthodologie GMA+.

Pour les établissements qui utilisent un logiciel de regroupement, les valeurs attribuées par les fournisseurs autorisés seront remplies automatiquement selon les méthodologies de regroupement GMA+ et SGCA.

Les valeurs attribuées par les fournisseurs sont obligatoires au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba.

Groupe/Champ	Nom de l'élément de données	Description
19/13	DPS	La durée prévue du séjour (DPS) est une valeur qui représente la période pendant laquelle on prévoit que le patient demeurera à l'établissement telle qu'elle a été attribuée par la méthodologie GMA+.
19/14	Niveau de consommation des ressources	Niveau de consommation des ressources (NCR) inscrit sur l'abrégié selon la méthodologie GMA+. Le NCR est une variable dérivée créée aux fins de la déclaration. Il constitue une façon de distinguer les patients qui exigent beaucoup de ressources des autres patients.
19/15	Identificateur du fournisseur de logiciel de saisie	Identificateur du fournisseur de logiciels autorisé.
19/20	SGCA	Le Système global de classification ambulatoire (SGCA) est une méthodologie de regroupement des données sur les patients de consultation externe en soins ambulatoires et il repose sur les classifications CIM-10-CA et CCI.
19/21	GAP	Le groupe ambulatoire principal (GAP) est un regroupement général des cellules du Système global de classification ambulatoire (SGCA) généralement liées à un système de l'organisme ou à un groupe fonctionnel.
19/22	Catégorie d'âge, SGCA	Catégorie d'âge du Système global de classification ambulatoire (SGCA) inscrite sur l'abrégié.
19/23	Code d'anesthésie, SGCA	Le code d'anesthésie du Système global de classification ambulatoire (SGCA) identifie le type d'anesthésie enregistré.
19/24	Nombre total de technologies d'examen, SGCA	Dénombrement distinct du nombre total des catégories de technologies d'examen inscrites sur chaque abrégié tel qu'il a été attribué selon le Système global de classification ambulatoire (SGCA).
NOUVEAU 19/25	État des interventions signalées	<p>L'État des interventions signalées diffère de la valeur attribuée par l'ICIS.</p> <p>Si une valeur est attribuée par le fournisseur pour le champ État des interventions signalées, elle doit être la même que celle attribuée par l'ICIS pour ce champ.</p> <p>Comme il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'a été apporté aux données.</p> <p>Les données inscrites initialement sur l'abrégié figurent sur le Relevé détaillé des erreurs de soumission comme « données originales soumises ». La valeur de l'ICIS apparaît aussi dans le relevé.</p> <p>La première valeur inscrite sur le Relevé détaillé des erreurs de soumission est celle attribuée par le fournisseur et la valeur qui suit, après une barre oblique, est celle attribuée par l'ICIS.</p> <p>Par exemple, si la valeur attribuée par le fournisseur est 4 et celle de l'ICIS est 1, « 4/1 » sera inscrit dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.</p> <p>Pour une explication du champ État des interventions signalées, consulter les sections Introduction et Interventions signalées du Répertoire de la GMA+.</p>