



SNISA

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

Systeme national d'information
sur les soins ambulatoires

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, Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2024-2025*. Ottawa, ON : ICIS; février 2025.

This publication is also available in English under the title *National Ambulatory Care Reporting System Open-Year Data Quality Test Specifications, 2024–2025*.

Table des matières

Introduction	5
Objectif	5
Mises à jour	6
Tests de qualité des données en cours d'exercice : résumé et justification	7
Tests de qualité des données en cours d'exercice	12
1 Durée du séjour supérieure à 120 heures (N0027-146)	12
2 Incohérence entre l'issue de la visite et l'établissement de destination (N0035-176)	13
3 Suicide à l'établissement/Décédé à l'établissement (N0035-198)	14
4 U07.4 Affection post-COVID-19 attribué comme problème principal (N0044-185)	15
5 R57.2 Choc septique comme problème principal (N0044-193)	16
6 Aucun code de diagnostic supplémentaire n'a été saisi pour préciser l'affection complicant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O99) (N0045-128) ...	17
7 Aucun code de diagnostic supplémentaire n'a été saisi pour préciser le type de sepsie dans les cas de SRIS d'origine infectieuse ou de choc septique (N0045-129)	18
8 Code de cause externe d'intoxication à l'alcool sans code T correspondant (N0045-163)	19
9 Attribution erronée du code J44.– (MPOC) avec un code d'infection des voies respiratoires inférieures (N0045-194)	20
10 Code de la CCI décrivant une arthroplastie de la hanche ou du genou non cimentée alors qu'une étiquette de ciment a été saisie (N0047-180)	21
11 Arthroplastie de la hanche avec attribut d'étendue UN — Inconnu (N0050-86)	22
12 Code d'arthroplastie de la hanche 1.VA.53.^ avec valeur d'attribut d'étendue erronée (N0050-166)	23
13 Type de contention N consigné avec le type de contention M, C, P ou S (N0171-190)	25
14 Type de contention M, C, P, S ou N saisi plus d'une fois (N0171-191)	26
15 Fréquence du recours à la contention N consignée avec le type de contention M, C, P ou S (N0172-192)	27
16 Projet 340 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (N9340-99)	28

17	Projet 340 — valeur sans objet, inconnue ou non valide dans le champ Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie (N9340-103)	30
18	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 (N9340-121)	31
19	Projet 340 — valeur non valide ou inconnue pour la date et l'heure du début des symptômes d'AVC (N9340-123)	32
20	Projet 340 — nombre élevé de valeur N dans le champ Orientation vers des services de prévention des AVC à la sortie du service d'urgence (N9340-125)	33
21	Projet 792 (Capsule vidéo-endoscopique) — projet non rempli alors que le code 3.OZ.94.AY de la CCI a été saisi (N9792-195)	34
22	Données du RCRA manquantes sur les prothèses pour les remplacements de la hanche et du genou (NCJ00-197)	35
23	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 (NCJ10-161)	36

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 du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) 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 du SNISA 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 le SNISA, ainsi que leur justification, leur règle et leurs critères de sélection, le type de soins aux patients, les niveaux de soumission et les éléments de données ayant servi à l'analyse. 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 le SNISA à partir de la [page Web des applications de la BDGP et du SNISA](#). Il suffit d'ouvrir une session et de cliquer sur les liens suivants : Rapports opérationnels > SNISA > 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 du SNISA, notamment les suivants : Numéro de dossier, Exercice, Période, Numéro d'abrégé et Date d'inscription. 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.

Mises à jour

Le document *Spécifications techniques sur les tests de qualité des données en cours d'exercice, Système national d'information sur les soins ambulatoires* 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 du SNISA*, 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 au SNISA 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
N0027-146	Durée du séjour supérieure à 120 heures	En principe, les enregistrements de soins ambulatoires devraient porter sur des séjours dont la durée est inférieure à 120 heures (5 jours).	A une incidence sur l'analyse de la durée du séjour et sur les indicateurs relatifs à la durée du séjour au service d'urgence. Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
N0035-176	Incohérence entre l'issue de la visite et l'établissement de destination	L'issue de la visite doit correspondre au type d'établissement que l'ICIS a attribué au numéro de l'établissement de destination.	L'exactitude des données est importante aux fins d'analyse.
N0035-198 (NOUVEAU)	Suicide à l'établissement/ Décédé à l'établissement	L'issue de la visite 74 est consignée lorsque le décès découle de blessures auto-infligées. L'issue de la visite 72 est consignée lorsque le décès découle d'une affection sans lien avec les blessures auto-infligées.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
N0044-185	U07.4 Affection post-COVID-19 attribué comme problème principal	U07.4 Affection post-COVID-19 doit être attribué comme autre problème.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé.
N0044-193	R57.2 Choc septique comme problème principal	R57.2 Choc septique ne doit jamais être le problème principal.	Les données doivent être exactes aux fins d'analyse exhaustive.

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
N0045-128	Aucun code de diagnostic supplémentaire n'a été saisi pour préciser l'affection compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O99)	La saisie d'un code de la catégorie O99 <i>Autres maladies de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> exige l'attribution d'un code supplémentaire pour préciser l'affection en question, conformément à la remarque <i>Utiliser un code supplémentaire pour identifier l'affection spécifique</i> associée à cette catégorie dans la table analytique.	Les données incomplètes nuisent à la recherche sur les complications obstétricales.
N0045-129	Aucun code de diagnostic supplémentaire n'a été saisi pour préciser le type de sepsie dans les cas de SRIS d'origine infectieuse ou de choc septique	La saisie de R65.0 <i>Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique</i> , R65.1 <i>Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë</i> ou R57.2 <i>Choc septique</i> exige l'attribution d'un code supplémentaire pour préciser le type de sepsie.	A une incidence sur l'indicateur de taux de sepsie à l'hôpital et de taux de mortalité lié à une sepsie. Les données doivent être exactes aux fins d'analyse.
N0045-163	Code de cause externe d'intoxication à l'alcool 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 sur l'utilisation problématique de substances.
N0045-194	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.

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
N0047-180	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.
N0050-86	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 pour les rapports sur les arthroplasties de la hanche.
N0050-166	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).
N0171-190	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.
N0171-191	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.
N0172-192	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.
N9340-99	Projet 340 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée	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.
N9340-103	Projet 340 — valeur sans objet, inconnue ou non valide dans le champ Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie	Lorsque le Projet 340 est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie, afin de préciser si le personnel du service d'urgence a prescrit des médicaments antithrombotiques au patient ayant reçu un diagnostic d'AVC ischémique.	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
N9340-121	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 149 à 156 (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.
N9340-123	Projet 340 — valeur non valide ou inconnue pour la date et l'heure du début des symptômes d'AVC	Lorsque le Projet 340 est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans les champs 158 à 169 (date et heure du début des symptômes d'AVC). 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.
N9340-125	Projet 340 — nombre élevé de valeur N dans le champ Orientation vers des services de prévention des AVC à la sortie du service d'urgence	Lorsque le Projet 340 est rempli, une valeur doit obligatoirement être consignée dans le champ 147 Orientation vers des services de prévention des AVC à la sortie du service d'urgence. Ce champ permet d'indiquer si un patient qui a reçu un diagnostic d'AVC ou d'accident ischémique transitoire a été dirigé vers des services de prévention des AVC à sa sortie du service d'urgence.	L'AVC s'inscrit dans le cadre d'une stratégie prioritaire en matière de santé.
N9792-195 (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.AY <i>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.

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
NCJ00-197 (NOUVEAU)	Données du RCRA manquantes sur les prothèses pour les remplacements de la hanche et du genou	Lorsqu'un remplacement de la hanche ou du genou est consigné par un établissement devant soumettre des données du RCRA au SNISA, les données sur les prothèses doivent être inscrites.	Le ministère de la Santé de l'Ontario exige la soumission des données du RCRA sur les prothèses pour tous les remplacements de la hanche et du genou.
NCJ10-161	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 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.

Tests de qualité des données en cours d'exercice

1 Durée du séjour supérieure à 120 heures (N0027-146)

Règle

En principe, les enregistrements de soins ambulatoires devraient porter sur des séjours dont la durée est inférieure à 120 heures (5 jours). Une durée de séjour supérieure est toutefois acceptable dans certains cas.

Ce test de qualité des données sert à isoler les enregistrements où les éléments de données de date et d'heure (ci-dessous) utilisés pour calculer la durée du séjour dérivée peuvent comporter des erreurs.

Remarque : Ce test est effectué pour tous les enregistrements où une durée du séjour dérivée est indiquée.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
Critère(s) de sélection	Abrégés où la durée du séjour dérivée est supérieure à 120 heures
Élément(s) de données	Date de triage, Heure de triage, Date d'inscription ou de visite, Heure d'inscription ou de visite, Issue de la visite, Date de la décision concernant la sortie du patient, Heure de la décision concernant la sortie du patient, Date de sortie du service d'urgence, Heure de sortie du service d'urgence
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i>

2 Incohérence entre l'issue de la visite et l'établissement de destination (N0035-176)

Règle

L'issue de la visite 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 connues. 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 de niveau 3 sur les services d'urgence du SNISA où l'issue de la visite ne correspond pas au type d'établissement de l'ICIS attribué au numéro de l'établissement de destination, c'est-à-dire</p> <p>où</p> <ul style="list-style-type: none"> l'issue de la visite 16 n'est pas associée à un type d'établissement de l'ICIS 0, 6, 8, F, J, M, N, U ou vide OU l'issue de la visite 30 n'est pas associée à un type d'établissement de l'ICIS 4, T, P ou U OU l'issue de la visite 40 n'est pas associée à un type d'établissement de l'ICIS G, H ou U
Élément(s) de données	Issue de la visite, Établissement de destination
Exemple(s) de cas correct(s)	Abrégé indiquant une issue de la visite 16 — Domicile avec services de soutien ou orientation et un numéro d'établissement de destination associé au type d'établissement de l'ICIS 6 — Poste infirmier
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. Les établissements de l'Alberta doivent consulter le complément du <i>Manuel de saisie de l'information du SNISA, 2022-2023</i> à l'intention de l'Alberta. <i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i> : ED 35 Issue de la visite, ED 39 Établissement de destination Aide-mémoire : <i>Saisie appropriée dans les champs État à la sortie, Issue de la visite et Établissement de destination</i>

3 Suicide à l'établissement/ Décédé à l'établissement (N0035-198)

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'issue de la visite 74 — Suicide à l'établissement doit être consignée. 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'issue de la visite à saisir est 72 — Décédé à l'établissement.

Remarque : Ce test permet de vérifier si le bon code d'issue de la visite 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'issue de la visite est consigné, aucune correction n'est nécessaire.

Critères	Description
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés 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'issue de la visite 72 — Décédé à l'établissement ou 74 — Suicide à l'établissement <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">l'issue de la visite 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	Issue de la visite, Problème principal, Autres problèmes
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>L'issue de la visite 74 est saisie 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'issue de la visite 74 est saisie 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'issue de la visite 72 est saisie 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 du SNISA</i> : Élément de données 35 Issue de la visite

4 U07.4 *Affection post-COVID-19* attribué comme problème principal (N0044-185)

Règle

U07.4 *Affection post-COVID-19* doit être attribué comme autre problème.

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 attribué comme problème principal
Élément(s) de données	Problème principal
Exemple(s) de cas correct(s)	Abrégé où U07.4 est attribué comme autre problème
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)

5 R57.2 *Choc septique* comme problème principal (N0044-193)

Règle

R57.2 *Choc septique* ne doit jamais être le problème principal.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	Abrégés où R57.2 est consigné comme problème principal
Élément(s) de données	Problème principal
Exemple(s) de cas correct(s)	A41.9 (MP) <i>Sepsie, sans précision</i> R57.2 (OP) <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>

6 Aucun code de diagnostic supplémentaire n'a été saisi pour préciser l'affection compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O99) (N0045-128)

Règle

Lorsqu'un code de la catégorie O99 *Autres maladies de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* est consigné, un code supplémentaire doit obligatoirement être saisi pour préciser l'affection en question, conformément à la remarque *Utiliser un code supplémentaire pour identifier l'affection spécifique* associée à cette catégorie dans la table analytique.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés où un code de diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • O99.0– a été consigné <u>sans</u> code des catégories D50 à D64 • O99.1– a été consigné <u>sans</u> code des catégories D65 à D89 • O99.2– a été consigné <u>sans</u> code des catégories E00 à E07, E15 à E34 ou E50 à E89 • O99.3– a été consigné <u>sans</u> code des catégories F00 à F52, F54 à F99 ou G00 à G99 • O99.4– a été consigné <u>sans</u> code des catégories I00 à I09 ou I20 à I99 • O99.5– a été consigné <u>sans</u> code des catégories J00 à J99 • O99.6– a été consigné <u>sans</u> code des catégories K00 à K63, K65 et K66 ou K80 à K93 • O99.7– a été consigné <u>sans</u> code des catégories L00 à L99 • O99.8– a été consigné <u>sans</u> code des catégories B90 à B94, C00 à D48, H00 à H95, M00 à M82, M83.2 à M99, N14 à N15.0, N15.8 et N15.9, N20 à N39, N60 à N64, N80 à N90, Q00 à Q99 ou R00 à R94.8
Élément(s) de données	Problème principal, Autres problèmes
Exemple(s) de cas correct(s)	<p>O99.001 (PP) <i>Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum</i></p> <p>D64.9 (AP) <i>Anémie, sans précision</i></p>
Référence(s)	<p>Instruction sur l'utilisation d'un code supplémentaire qui s'applique à la catégorie O99 dans la CIM-10-CA</p> <p><i>Normes canadiennes de codification</i> : Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée</p> <p>Grossesse avec complication et grossesse sans complication</p>

7 Aucun code de diagnostic supplémentaire n'a été saisi pour préciser le type de sepsie dans les cas de SRIS d'origine infectieuse ou de choc septique (N0045-129)

Règle

Lorsque R65.0 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique*, R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë* ou R57.2 *Choc septique* est consigné, un code supplémentaire doit obligatoirement être saisi pour préciser le type de sepsie.

Remarque : Si la documentation ne précise pas le type de sepsie, le code supplémentaire A41.9 *Sepsie, sans précision* doit être attribué.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
Critère(s) de sélection	Abrégés où un code de diagnostic R65.0, R65.1 ou R57.2 a été consigné <u>sans</u> que l'un des codes de diagnostic suivants ne précise le type de sepsie : 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, B37.7, P36, P37.2 ou P37.51
Élément(s) de données	Problème principal, Autres problèmes
Exemple(s) de cas correct(s)	T81.4 (PP) <i>Infection après une procédure, non classée ailleurs</i> [indicateur de série A] A41.0 (AP) <i>Sepsie à staphylocoques dorés</i> [indicateur de série A] T81.1 (AP) <i>Choc pendant ou résultant d'une procédure, non classé ailleurs</i> [indicateur de série A] R57.2 (AP) <i>Choc septique</i> [indicateur de série A] Y83.2 (AP) <i>Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe</i> [indicateur de série A]
Référence(s)	Instruction sur l'utilisation d'un code supplémentaire qui s'applique à la catégorie R65 et à R57.2 dans la CIM-10-CA <i>Normes canadiennes de codification</i> : Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée; Septicémie/sepsie; Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique

8 Code de cause externe d'intoxication à l'alcool sans code T correspondant (N0045-163)

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
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code de cause externe X45, X65 ou Y15 <u>sans</u> code de diagnostic de la catégorie T51.–
Élément(s) de données	Problème principal, Autres problèmes
Exemple(s) de cas correct(s)	T51.9 (PP) <i>Effet toxique de l'alcool, sans précision</i> X45 (AP) <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

9 Attribution erronée du code J44.– (MPOC) avec un code d'infection des voies respiratoires inférieures (N0045-194)

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 comme problème principal ET Autre problème (AP) consigné comme J10.0, J11.0, J12.–, J13, J14, J15.–, J16.–, J18.–, J20.– ou J21.–
Élément(s) de données	Problème principal, Autres problèmes
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

10 Code de la CCI décrivant une arthroplastie de la hanche ou du genou non cimentée alors qu'une étiquette de ciment a été saisie (N0047-180)

Règle

Lorsqu'un numéro de produit du ciment est saisi dans le champ CJ05, 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 CJ05.

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
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
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	Intervention principale, Autres interventions, 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 CJ05.
Référence	Version 2022 de la CCI

11 Arthroplastie de la hanche avec attribut d'étendue UN — Inconnu (N0050-86)

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
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
Critère(s) de sélection	Abrégés affichant un code d'intervention de la rubrique 1.VA.53.^ [^] avec un attribut d'étendue UN 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	Intervention principale, Autres interventions, 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, postérolatérale, 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)

12 Code d'arthroplastie de la hanche 1.VA.53.^ ^ avec valeur d'attribut d'étendue erronée (N0050-166)

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.
- 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 dans le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA).

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
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	Intervention principale, Autres interventions, 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

13 Type de contention N consigné avec le type de contention M, C, P ou S (N0171-190)

Règle

Inscrire le type de contention N (Aucune contention) pour tous les cas qui répondent aux critères de collecte (c.-à-d. les patients dont le problème principal ou un autre problème correspond à un code de la CIM-10-CA du Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement [à l'exception des codes de troubles mentaux organiques F00 à F09] ou des catégories de lésions auto-infligées X60 à X84) lorsqu'aucune méthode de contention n'est inscrite au dossier.

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.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
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 du SNISA</i> : ED 171 — Type de contention

14 Type de contention M, C, P, S ou N saisi plus d'une fois (N0171-191)

Règle

Le champ Type de contention est rempli pour toutes les méthodes de contention qui répondent aux critères de collecte (c.-à-d. les patients dont le problème principal ou un autre problème correspond à un code de la CIM10-CA du Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement [à l'exception des codes de troubles mentaux organiques F00 à F09] ou des catégories de lésions auto-infligées X60 à X84). Saisir chaque type de contention utilisé une fois seulement.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
Critère(s) de sélection	Abrégés où le 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 de multiples reprises au cours du séjour du patient qui répond aux critères ci-dessus. La valeur M (Contention mécanique) n'est consignée qu'une seule fois.
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA : ED 171 — Type de contention</i>

15 Fréquence du recours à la contention N consignée avec le type de contention M, C, P ou S (N0172-192)

Règle

Inscrire la fréquence du recours à la contention N (Aucune contention) pour les cas qui répondent aux critères de collecte (c.-à-d. les patients dont le problème principal ou un autre problème correspond à un code de la CIM-10-CA du Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement [à l'exception des codes de troubles mentaux organiques F00 à F09] ou des catégories de lésions auto-infligées X60 à X84) lorsqu'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 de sélection	Description
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
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 du SNISA</i> : ED 172 — Fréquence du recours à la contention

16 Projet 340 — projet non rempli alors qu'une « affection visée » a été consignée (N9340-99)

Règle

Il est obligatoire de remplir le Projet spécial 340 Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral pour tous les abrégés de niveau 3 des services d'urgence de l'Ontario, à l'exception des cas admis en soins de courte durée par le service d'urgence de l'établissement ou transférés au service d'urgence d'un autre établissement au cours d'un même épisode de soins.

Ce projet 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 de codes de la CIM-10-CA faisant partie des 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*
- 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
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés de l'Ontario où le Projet 340 <u>n'a pas été rempli</u> alors qu'un code de diagnostic décrivant l'une des « affections visées » a été consigné comme problème principal ou autre problème.</p> <p>Exclusions</p> <p>Abrégés faisant état d'une admission comme patient hospitalisé dans le même établissement déclarant (Issue de la visite 06 ou 07).</p> <p>Abrégés où un numéro d'établissement associé à des soins ambulatoires a été consigné dans le champ Établissement de destination.</p> <p>Exclusions : Patients de moins de 1 an</p>
Élément(s) de données	Problème principal, Autres problèmes, Numéro de projet
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i> , Information sur les projets spéciaux (éléments de données 145 à 169) — 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.

17 Projet 340 — valeur sans objet, inconnue ou non valide dans le champ Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie (N9340-103)

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 le champ 157 Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie. Ce champ permet d'indiquer si des médicaments antithrombotiques ont été prescrits au patient à la sortie du service d'urgence.

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
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	Abrévés affichant une « affection visée » ET une valeur 8 (Sans objet), 9 (Inconnu) ou non valide dans le champ 157 Prescription de médicaments antithrombotiques à la sortie ET une valeur autre que 71 (Décédé à l'arrivée), 72 (Décédé à l'établissement), 73 (Aide médicale à mourir [AMAM]) ou 74 (Suicide à l'établissement) dans le champ Issue de la visite
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 157
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i> , Information sur les projets spéciaux (éléments de données 145 à 169) — 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.

18 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 (N9340-121)

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 149 à 156 (date et heure d'administration du traitement thrombolytique aigu). 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.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	<p>Abrégés affichant une « affection visée »</p> <p>ET</p> <p>une valeur Y (Oui) ou P (Oui, avant) dans le champ 148 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 149 et 150 (mois) : vides, 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 12 • Champs 151 et 152 (jour) : vides, 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 31 • Champs 153 et 154 (heure) : vides, 99 (Inconnue) ou valeur autre que 00 à 23 • Champs 155 et 156 (minutes) : vides, 99 (Inconnues) ou valeur autre que 00 à 59 <p>Exclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrégés faisant état d'un traitement thrombolytique aigu pour une affection qui ne figure pas parmi les « affections visées » • Abrégés faisant état d'un AVC hémorragique
Élément(s) de données	Numéro de projet, champs 149 à 156
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i> , Information sur les projets spéciaux (éléments de données 145 à 169) — 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.

19 Projet 340 — valeur non valide ou inconnue pour la date et l'heure du début des symptômes d'AVC (N9340-123)

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 158 à 169 (date et heure du début des symptômes d'AVC). Ces champs permettent de saisir la date et l'heure où 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 manquantes, 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
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	Abrévés 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 158 à 161 (année) : 9999 (Inconnue) ou valeur autre qu'un code à 4 caractères valide antérieur ou équivalent à l'année civile en cours• Champs 162 et 163 (mois) : 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 12• Champs 164 et 165 (jour) : 99 (Inconnu) ou valeur autre que 01 à 31• Champs 166 et 167 (heure) : 99 (Inconnue) ou valeur autre que 00 à 23• Champs 168 et 169 (minutes) : 99 (Inconnues) ou valeur autre que 00 à 59
Élément(s) de données	Numéro de projet, champs 158 à 169
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i> , Information sur les projets spéciaux (éléments de données 145 à 169) — 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.

20 Projet 340 — nombre élevé de valeur N dans le champ Orientation vers des services de prévention des AVC à la sortie du service d'urgence (N9340-125)

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 le champ 147 Orientation vers des services de prévention des AVC à la sortie du service d'urgence. Ce champ permet d'indiquer si un patient présentant l'une des « affections visées » a été dirigé vers des services de prévention des AVC à sa sortie du service d'urgence.

Un pourcentage élevé (supérieur à 50 %) d'abrévés affichant la valeur N (Non) pourrait indiquer qu'il faut vérifier les pratiques de saisie de l'orientation vers des services de prévention des AVC à la sortie du service d'urgence.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Service d'urgence
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	Abrégés qui affichent une « affection visée » ET qui, dans une proportion d'au moins 50 %, affichent la valeur N dans le champ 147 Orientation vers des services de prévention des AVC à la sortie du service d'urgence.
Élément(s) de données	Numéro de projet, champ 147
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i> , Information sur les projets spéciaux (éléments de données 145 à 169) — 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.

21 Projet 792 (Capsule vidéo-endoscopique) — projet non rempli alors que le code 3.OZ.94.AY de la CCI a été saisi (N9792-195)

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 du SNISA.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveau 3
Critère(s) de sélection	Les abrégés de l'Ontario pour lesquels le Projet 792 n'est pas rempli alors que le code 3.OZ.94.AY est saisi dans le champ Intervention principale (ED 46) ou Autres interventions (ED 47).
Élément(s) de données	Intervention principale, Autres interventions, Numéro de projet
Référence(s)	<i>Manuel de saisie de l'information du SNISA</i> , Information sur les projets spéciaux (éléments de données 145 à 169) — 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.

22 Données du RCRA manquantes sur les prothèses pour les remplacements de la hanche et du genou (NCJ00-197)

Règle

Lorsqu'un remplacement de la hanche ou du genou est consigné, les champs CJ00B à CJ11 doivent être remplis.

Remarque : Ce test s'applique seulement aux établissements devant soumettre au SNISA des données du RCRA sur les prothèses utilisées pour les remplacements de la hanche et du genou, selon les exigences propres à leur autorité compétente.

Critères	Description
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
Critère(s) de sélection	<p>Codes de la CCI</p> <p>Hanche : 1.SQ.53^^ et 1.VA.53.^^</p> <p>Genou : 1.VG.53.^^ et 1.VP.53.^^</p> <p>Province</p> <p>Ontario</p> <p>Établissements</p> <p>51657, 51754, 52150, 53732, 53972, 54001, 54044, 54054, 54057, 54073, 54079, 54080, 54085, 54093, 54103, 54107, 54108, 54109, 54124, 54130, 54144, 54160, 54168, 54171, 54177, 54186, 54197, 54200, 54205, 54209, 54233, 54235, 54236, 54248, 54266, 54268, 54285, 54310, 54315, 54414, 54448, 54631, 54734, 54756, 54774, 54805, 54829, 54832, 54837, 54841, 54845, 54857, 54864, 54870, 57557</p> <p>Lorsque les critères susmentionnés sont satisfaits et que les champs CJ00B à CJ11 sont vides.</p>
Élément(s) de données	Numéro des soins ambulatoires de l'établissement déclarant, Période de soumission, Numéro d'identification de l'abrégié, Raison de la reprise, Côté (A et B), Ciment (A et B), Autre ciment (A et B), Numéro de produit du ciment (A et B), Numéro de lot du ciment (A et B), Composant (de A à F), Fabricant, Autre fabricant, Numéro de produit, Numéro de lot
Référence(s)	Version 2022 de la CCI

23 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 (NCJ10-161)

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.

Exemples

- Format HIBC



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

]C0+H13200576401551/2215162099277E12

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
Type(s) de soins aux patients	Tous les types
Niveau(x) de soumission	Niveaux 1 à 3
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>Abrégés 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>Abrégés 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>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>



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

