

Délégation de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes de soins critiques et spécialisés	Approuvé	2024-12-03
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Médecins et archivistes médicaux des hôpitaux		
Document(s) associé(s)			

1. Énoncé

Au Québec, chaque épisode d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour d'un usager au sein du réseau de la santé est codé par un archiviste médical, selon les exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux. La codification des épisodes hospitaliers est utilisée à des fins statistiques, de surveillance, d'évaluation de l'acte ou encore de recherche.

Au congé de l'usager, le médecin traitant est responsable de remplir la feuille sommaire d'hospitalisation (Annexe 1 — Formulaire AH-109DT) en précisant les diagnostics et les interventions effectuées. Chaque dossier est analysé, à posteriori, par un archiviste médical afin d'assurer la présence et la conformité des renseignements médicaux nécessaires à la constitution d'un dossier complet et la mise en code des éléments pertinents trouvés au dossier. La saisie de ces codes est effectuée dans le système d'information provincial MED-ÉCHO.

Afin de refléter le portrait complet de l'épisode hospitalier, la feuille sommaire complétée par le médecin doit contenir les éléments essentiels suivants qui devront être codifiés par l'archiviste médical :

Diagnostic principal

Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par l'usager durant son hospitalisation. Dans la plupart des cas, il est étroitement lié au diagnostic d'admission. Chez un usager présentant plusieurs affections, il peut parfois être difficile de désigner l'une d'elles comme diagnostic principal. Dans ce cas, le médecin traitant de l'usager indique comme diagnostic principal l'affection ayant requis la plus grande part des ressources médicales durant le séjour.

L'expression « ressources médicales » tient compte des modalités d'investigation et de traitement, et non exclusivement de la durée du séjour hospitalier. Lorsqu'aucun diagnostic précis ne peut être posé, on retiendra le principal symptôme ou problème de santé, par exemple : fièvre d'origine inconnue.

Autres diagnostics et problèmes

Comme pour le diagnostic d'admission et le diagnostic principal, le choix des autres diagnostics et problèmes relève de la décision du médecin responsable de l'usager.

Doivent être inscrits dans cette section :

- Les affections autres que l'affection principale qui ont été traitées ou diagnostiquées pendant le séjour dans l'établissement ;
- Les symptômes, les signes ou les examens anormaux qui, malgré l'investigation, sont restés inexpliqués à la fin de la période de soins (p. ex. fièvre d'origine inconnue, éruptions) ;

- Les maladies chroniques susceptibles d'affecter l'état de l'usager et qui ont influé sur sa prise en charge durant son hospitalisation (p. ex. diabète ou maladie pulmonaire obstructive chronique instable).

Diagnostics concomitants

Dans la section réservée aux diagnostics concomitants, le médecin peut inscrire les renseignements sur les maladies chroniques susceptibles d'affecter l'état de l'usager, mais qui n'ont pas influé sur sa prise en charge durant son hospitalisation (p. ex. polyarthrite rhumatoïde stable, hernie inguinale, hypertrophie bénigne de la prostate) et qui pourraient être une source d'information clinique utile.

Complication

La complication est un phénomène morbide nouveau, causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement ou toute allergie survenue au cours de l'hospitalisation.

Traitement médical

La section sur le traitement médical est consacrée aux traitements spéciaux, dont l'administration nécessite habituellement un protocole (p. ex. radiothérapie, chimiothérapie, cardioversion, électrothérapie). Toute transfusion d'unité de sang ou de ses produits dérivés, le cas échéant, doit y être signalée.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical inclut toutes les opérations que subit un usager pendant son séjour dans un établissement. Lorsque plusieurs interventions sont effectuées au cours d'un même temps anesthésique, chacune d'elles doit être rapportée (p. ex. cholécystectomie, cholédocotomie et appendicectomie complémentaire). Il faut mentionner toute voie d'accès qui modifie la gravité ou le risque opératoire de l'intervention (p. ex. ménisectomie par arthroscopie, ligature des trompes par laparoscopie, hystérectomie vaginale) ou que l'on veut codifier (p. ex. dans le cas d'une nouvelle technologie). La mention « laparotomie exploratrice » ne doit être inscrite que si le diagnostic est inconnu avant l'opération. Les biopsies doivent figurer dans cette section de même que les actes radiologiques comportant une intervention.

Traitement obstétrical

Le traitement obstétrical comprend les éléments suivants :

- L'induction ou la stimulation du travail ;
- Le type d'accouchement (par césarienne ou par voie vaginale) et le mode de présentation (céphalique ou par le siège) ;
- Toutes les manœuvres obstétricales telles que l'épisiotomie, la réparation de lacération, l'utilisation de forceps et de ventouse, la révision utérine, l'extraction placentaire, etc. ;
- L'anesthésie obstétricale régionale.

Examens spéciaux

Les examens spéciaux sont des actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale.

Ces examens comprennent, notamment :

- Les endoscopies : gastroscopie, bronchoscopie, laparoscopie, etc. ;
- Certains examens radiologiques : artériographie, arthrographie-tomodensitométrie (arthro-scan), embolisation, etc. ;
- Certaines ponctions : lombaire, pleurale, d'ascite, etc.

Déoulant de la saisie des codes, l'information contenue dans le système MED-ÉCHO est transmise, entre autres :

- Au ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Au système canadien pour la création de la banque nationale sur la morbidité hospitalière ;
- Au logiciel Grouper pour la formation du fichier des APR-DRG (diagnostics regroupés pour la gestion) et la production de rapports d'études et de publications comparatives à partir de ces données ;
- Au fichier de tumeurs du Québec. Ces données sont extraites dès leur réception et transférées immédiatement au fichier des tumeurs pour la création du fichier des nouveaux cas de cancer au Québec.

La banque de données MED-ÉCHO est utilisée également dans le cadre du FAP (Financement axé sur le patient) qui permet de s'assurer que chaque établissement reçoit sa juste part de financement en fonction des services rendus aux usagers. Pour ce faire, des tarifs ont été établis basés sur les coûts par parcours de soins et tenant aussi compte de certains aspects comme la gravité clinique.

Dans MED-ÉCHO, la notion de gravité clinique est établie à partir des APR-DRG. Chaque APR-DRG est scindé en 4 classes de gravité clinique :

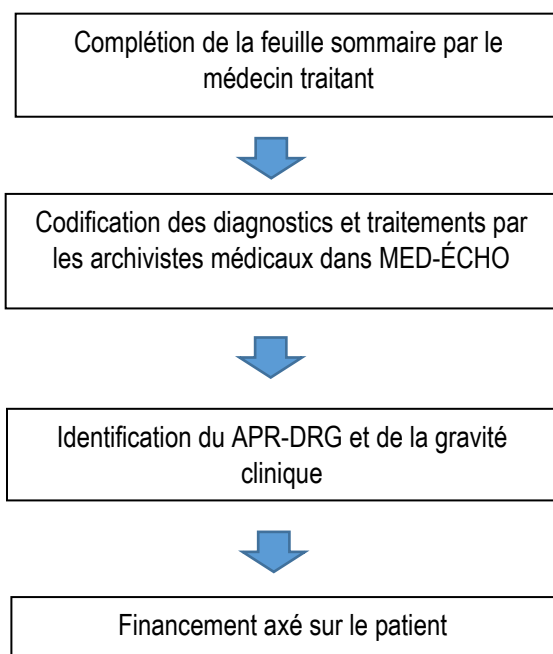
- 1 : Faible
- 2 : Modérée
- 3 : Élevée
- 4 : Extrême

L'attribution de la classe de gravité clinique s'effectue via plusieurs algorithmes complexes qui tiennent compte du diagnostic principal, des autres diagnostics et problèmes, des diagnostics concomitants, des traitements, de l'âge de l'usager, etc. L'attribution de la classe de gravité clinique étant réalisée par un système d'information, celui-ci doit être alimenté de façon détaillée afin de lui permettre de dresser le tableau clinique le plus fidèle possible de l'usager durant son hospitalisation.

Afin de rencontrer cet objectif, il appert pertinent de se poser les questions suivantes :

- Quels éléments cliniques exhibés par l'usager justifient son hospitalisation comparativement à un autre usager qui ne le serait pas ?
- Quels signes cliniques cet usager présente-t-il, en raison de la progression de sa maladie, et qui le différencie d'un usager avec une même affection, mais dont la maladie est moins avancée ?
- Est-ce que toutes les pathologies, même celles normalement attendues (par exemple en raison du vieillissement de l'usager), sont identifiées ?
- Toutes les complications, même si elles sont jugées comme étant fréquentes ou peu préjudiciables, sont-elles inscrites sur la feuille sommaire ?

Cheminement du processus global :



Il est donc important, plus que jamais, que les informations saisies dans MED-ÉCHO soient le plus exactes et représentatives de l'état de santé global de l'usager et des soins qui lui ont été prodigués.

La présente procédure vise à identifier les actes pouvant être délégués, par les médecins traitants, aux archivistes médicaux dans le cadre des activités de codification dans MED-ÉCHO. En plus de les identifier, la présente procédure vise à établir les conditions à respecter et à énoncer des directives spécifiques afin d'en assurer une application uniforme et harmonisée au sein des 3 hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Ouest.

2. Champ d'application/Contexte légal

La présente procédure vise les médecins qui complètent des feuilles sommaires d'hospitalisation ainsi que les archivistes médicaux affectés à l'analyse du dossier et aux tâches de codification dans MED-ÉCHO.

3. Définitions

APR-DRG : Banque de données du ministre qui contient des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne, admise ou inscrite en chirurgie d'un jour, dans un centre hospitalier du Québec (extraits de MED-ÉCHO) auxquels sont ajoutés d'autres renseignements relatifs aux regroupements attribués par le logiciel APR-DRG, au calcul du niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) et d'autres indicateurs de gestion. La banque de données sert à des fins de gestion et d'allocation des ressources. *MSSS, Sources de données et métadonnées, APR-DRG, Juillet 2016.*

Archivistes médicaux : Professionnels de la gestion de l'information en matière de santé qui font en sorte que la gestion d'information sur la santé soit exacte, récente, opportune et accessible. Ils recueillent, classent, enregistrent et analysent l'information médicale. Ils assurent ensuite le traitement adéquat des informations de santé, de même que les modalités relatives à leur divulgation et à leur protection, conformément aux lois, règlements et politiques en vigueur. *Pharmactuel, Tableau I, 2018 ;51(4).*

CCI : La CCI (Classification canadienne des interventions en santé) a été élaborée par l'ICIS pour accompagner la CIM 10 CA. Elle se veut neutre quant au dispensateur de services et au milieu, et peut être utilisée dans l'ensemble des systèmes de santé du Canada. La CCI classe une vaste gamme d'interventions, y compris les interventions thérapeutiques et diagnostiques ainsi que d'autres interventions liées aux soins de santé, comme l'aide pour les activités de la vie quotidienne, les évaluations environnementales et le counseling. *ICIS, Codes, classifications et terminologies, 2024.*

CIM : La Classification internationale des maladies ou CIM est une classification médicale codifiée, classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et est mondialement utilisée pour l'enregistrement des taux de morbidité et des taux de mortalité touchant le domaine de la médecine. La dernière version est la CIM-11 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. *Wikipédia, Novembre 2023.*

Codification : Action de codifier, de réunir en un code des textes de loi, des règlements. Action d'ériger un système cohérent de règles ». À partir de la feuille sommaire et des éléments pertinents trouvés au dossier médical du dossier de l'utilisateur, les archivistes médicaux codent l'épisode de soins sur la base d'un cadre normatif défini. *Pharmactuel, Tableau I, 2018 ;51(4).*

Délégation : La délégation est un mécanisme qui permet à un membre d'une profession de la santé réglementée (comme un médecin) qui a l'autorisation d'accomplir un acte autorisé d'accorder temporairement cette autorisation à une autre personne (membre ou non d'une profession de la santé réglementée) qui n'est pas légalement autorisée à accomplir l'acte de façon indépendante. *OMCO, Avril 2024.*

Feuille sommaire d'hospitalisation : Au terme de l'hospitalisation d'un usager, le médecin est tenu de dicter ou de remplir la feuille sommaire d'hospitalisation (formulaire AH-109 DT) qui regroupe les informations sur l'hospitalisation : Diagnostic d'admission ; diagnostic principal (s'il est différent de celui de l'admission) ; autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation (comorbidité) ; diagnostics concomitants (maladies chroniques n'ayant pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation) ; complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement) ; traitements médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ; examens spéciaux ; produits sanguins ou dérivés. *Pharmactuel, Tableau I, 2018 ;51(4).*

Gravité clinique : L'étendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système clinique. *Maîtriser les dépenses de santé face au changement démographique : Une analyse de l'évolution des coûts à l'hôpital au Québec, CEDIA.ca, Janvier 2019.*

MED-ECHO : Banque de données du ministère de la santé qui contient des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne, admise ou inscrite en chirurgie d'un jour, dans un centre hospitalier du Québec. Elle est utilisée par le personnel du Ministère, les chercheurs et les intervenants et les gestionnaires du réseau sociosanitaire. La banque de données sert notamment à l'évaluation des besoins et de la consommation des services, en plus de répondre aux besoins de planification, d'organisation et d'évaluation des services rendus. *MSSS, Sources de données et métadonnées, MED-ECHO, Juillet 2016.*

4. Objectifs

- Établir la liste des pathologies et des traitements pouvant être codée par les archivistes médicaux sans que le médecin traitant ne doive les inscrire sur la feuille sommaire d'hospitalisation ;
- Énoncer les balises permettant aux médecins de déléguer ces activités aux archivistes médicaux ;

- Assurer une qualité de l'information contenue dans MED-ÉCHO comparable aux autres hôpitaux du Québec ;
- Réduire le nombre de dossiers incomplets dans les hôpitaux en favorisant une plus grande autonomie professionnelle aux archivistes médicaux.

5. Rôles et responsabilités

1. Médecin traitant :

1.1 Complète une feuille sommaire au terme d'une hospitalisation de courte durée et lors d'une chirurgie d'un jour :

- Rédige celle-ci de façon à refléter les recommandations du Collège des médecins du Québec dans son guide d'exercice : La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CMQ, Mars 2022, pages 11 à 15) — Annexe 2 ;
- Le diagnostic principal doit correspondre à l'affection la plus importante présentée par l'usager durant son hospitalisation. Chez un usager présentant plusieurs affections importantes, le médecin traitant doit indiquer comme diagnostic principal l'affection ayant requis la plus grande part des ressources médicales durant le séjour ;
- Chaque diagnostic doit englober les détails connus, notamment concernant la localisation, la nature et l'étiologie d'une affection ;
- Chaque diagnostic doit être consigné selon la terminologie de la Classification internationale des maladies (CIM) ;
- Toutes les complications doivent être inscrites, même si celles-ci sont reconnues comme fréquentes ou peu préjudiciables ;
- Toutes les interventions, procédures et chirurgies effectuées durant l'épisode doivent être inscrites ;
- Tous les examens spéciaux effectués durant l'épisode doivent être inscrits.

1.2 Lorsqu'un archiviste médical lui retourne un dossier d'hospitalisation pour des modifications ou ajouts à la feuille sommaire d'hospitalisation, détermine si ceux-ci sont pertinents et procède aux correctifs s'il y a lieu.

2. Archiviste médical :

- Prends connaissance du contenu de la feuille sommaire et de l'ensemble du dossier médical de l'usager ;
- Codifie les diagnostics et les actes (thérapeutiques et diagnostiques) inscrits sur la feuille sommaire dans Med-Echo ;
- Inscrit sur le formulaire « Annexe à la feuille sommaire — Éléments délégués à l'archiviste médical » (Annexe 4), toute cause de décès manquante à la feuille sommaire à partir de celle documentée dans le Bulletin de décès SP-3 ;
- Inscrit lui-même les abréviations au long si celles-ci sont d'usage reconnu et courant dans le réseau de la santé sur le formulaire « Annexe à la feuille sommaire — Éléments délégués à l'archiviste médical » (Annexe 4) ;

- Si, à la lecture du dossier médical, un élément délégué (annexe 3) est identifié et que celui-ci n'est pas inscrit sur la feuille sommaire :
 - Codifie celui-ci dans MED-ECHO ;
 - Coche ou inscris l'information sur le formulaire intitulé « Annexe à la feuille sommaire — Éléments délégués à l'archiviste médical » (annexe 4) ;
 - Insère ce formulaire complété et signé au dossier de l'utilisateur, immédiatement après la feuille sommaire complétée par le médecin traitant.
- Retourne le dossier au médecin traitant pour tout élément incomplet autre que les éléments délégués identifiés dans la présente procédure ou pour toute abréviation inconnue.

3. CMDP :

- Entérine la présente procédure et la communique à ses membres ;
- Recueille tout enjeu en lien avec l'application de la présente procédure et le communique à la Direction des programmes de soins critiques et spécialisés.

4. DSP :

- Recueille tout enjeu en lien avec l'application de la présente procédure et le communique à la Direction des programmes de soins critiques et spécialisés.

5. Annexe(s)

- Annexe A : Feuille sommaire d'hospitalisation (AH-109-DT) ;
- Annexe B : Guide d'exercice — LA TENUE DES DOSSIERS PAR LE MÉDECIN EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CMQ, Mars 2022, pages 11 à 15) ;
- Annexe C : Liste des éléments délégués aux archivistes médicaux ;
- Annexe D : Annexe à la feuille sommaire — Éléments délégués à l'archiviste médical (domaine médical, maternité et naissance).

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Hélène Jean-Baptiste, Coordonnatrice accueil et archives médicales	2023-10-31
Consultation(s)	Brigitte Huet, Archiviste médicale - Cheffe d'équipe, analyse et qualité de l'information	2024-06-05
	Isabelle Girard, Cheffe de l'accueil et des archives médicales HAL	2024-06-10
	Marie-Josée Lalonde, Cheffe des archives médicales pôle 1	2024-06-10
	Archivistes médicaux des installations HAL, HDS et HSL	2024-02-29 2024-04-18
	Dre Caroline Bourassa-Fulop, DSP adjointe	2024-05-23
	Dr Mitchell Germain, DSP adjoint	2024-05-23
	Dre Élise Gilbert, DSP adjointe	2024-05-23
	Dre Josée Hébert, DSP adjointe	2024-05-23

Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	2024-09-27

Historique du document / de révision du document		
Approuvé par	Comité des médecins, dentistes, pharmaciens	2024-09-04
Recommandé par	Comité de concertation des directeurs adjoints	2024-10-09
Adopté par	Comité de direction	2024-12-03
Commentaires		

ANNEXE A (Modèle)

Feuille sommaire d'hospitalisation (AH-109-DT) :

Recto

**FEUILLE SOMMAIRE
D'HOSPITALISATION**



DT9044

Etablissement									
Date d'admission			Date de départ			Durée du séjour			
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour				
Cause immédiate du décès									

☐ Autopsie

☐ Inscrit dans un protocole de recherche

Code

Diagnostic d'admission : (maladie ou affection ayant justifié l'admission)	
Diagnostic principal (préciser si différent) : ☐ Identique au diagnostic d'admission	
Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation (comorbidité)	
Diagnostics concomitants : Maladies chroniques n'ayant pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation	
Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement)	
Traitements médical, chirurgical, obstétrical	
Examens spéciaux (actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale)	
Produits sanguins ou dérivés ☐ Oui ☐ Non	

Verso

AH-109 DT9044 (rev. 2005-09)

FEUILLE SOMMAIRE D'HOSPITALISATION

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Verso

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Note complémentaire (note de départ) sur l'hospitalisation (faits marquants pendant l'hospitalisation)

Médication de départ (nom du médicament, posologie, fréquence et durée)

Orientation du patient – Recommandations au départ, suivi et relance (rendez-vous en clinique externe ou aux services diagnostiques)

☐ Domicile
 ☐ Établissement : _____
(Nom de l'établissement)

Copie à	Nom du médecin ou établissement (sauf pour le médecin traitant, l'autorisation de l'utilisateur est obligatoire)	☐ Copie remise à l'utilisateur
----------------	--	---

Signature du médecin responsable	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour
----------------------------------	--------------	------	-------	------	------

AH-109 DT9044 (rév. 2005-09)

FEUILLE SOMMAIRE D'HOSPITALISATION

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

ANNEXE B

Extrait de la tenue des dossiers en CHSGS/Collège des médecins du Québec :

3.3 Cause immédiate du décès

L'espace destiné à la cause du décès indique la maladie ou l'affection morbide ayant directement provoqué le décès. Il ne s'agit pas du mode de décès (p. ex. arrêt cardiaque, syncope, décès neurologique [ou mort cérébrale]), mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

Habituellement, la cause immédiate du décès y sera indiquée telle qu'elle a été inscrite sur le formulaire « Bulletin de décès » (SP-3). Toutefois, certains rapports d'examens complémentaires, d'anatomopathologie ou autres pourront fournir des éléments permettant de préciser ou de modifier la cause du décès.

3.4 Diagnostics

L'établissement du diagnostic d'admission et du diagnostic principal relève de la décision du médecin responsable du patient. Deux sections du formulaire normalisé y sont consacrées.

L'établissement du diagnostic d'admission et du diagnostic principal relève de la décision du médecin responsable du patient. Deux sections du formulaire normalisé y sont consacrées.

Diagnostic d'admission

Afin de disposer d'éléments supplémentaires qui permettraient une meilleure évaluation de la qualité des soins, le Collège préconise l'inscription, dans cette section du formulaire, de la maladie ou de l'affection qui a justifié l'admission. Il s'agit du diagnostic présumé à l'arrivée du patient et non pas des symptômes observés chez le patient lors de l'admission.

Diagnostic principal

Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le patient durant son hospitalisation. Dans la plupart des cas, il est étroitement lié au diagnostic d'admission.

Chez un patient présentant plusieurs affections, il peut parfois être difficile de désigner l'une d'elles comme diagnostic principal. Dans ce cas, le médecin responsable du patient indique comme diagnostic principal l'affection ayant requis la plus grande part des ressources médicales durant le séjour. L'expression « ressources médicales » tient compte des modalités d'investigation et de traitement, et non exclusivement de la durée du séjour hospitalier.

Lorsque aucun diagnostic précis ne peut être posé, on retiendra le principal symptôme ou problème de santé, par exemple fièvre d'origine inconnue (voir l'encadré).



**Exemples permettant de distinguer
le diagnostic d'admission du diagnostic principal**

- Chez un patient opéré pour une appendicectomie qui se complique d'un infarctus aigu du myocarde nécessitant des consultations médicales et un séjour aux soins intensifs, le diagnostic d'admission sera « appendicite » et le diagnostic principal, « infarctus du myocarde ». Chez un patient n'ayant pas eu de complication, le diagnostic d'admission et le diagnostic principal seront le même.
- Chez un patient diabétique admis pour une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et présentant un débalancement de son diabète qui prolonge son séjour, le diagnostic d'admission sera « lithiase vésiculaire » et le diagnostic principal, « diabète décompensé ».

Autres diagnostics et problèmes

Comme pour le diagnostic d'admission et le diagnostic principal, le choix des autres diagnostics et problèmes relève de la décision du médecin responsable du patient. Doivent être inscrits dans cette section :

- les affections autres que l'affection principale qui ont été traitées ou diagnostiquées pendant le séjour dans l'établissement ;
- les symptômes, les signes ou les examens anormaux qui, malgré l'investigation, sont restés inexpliqués à la fin de la période de soins (p. ex. fièvre d'origine inconnue, éruptions) ;
- les maladies chroniques susceptibles d'affecter l'état du patient et qui ont influé sur sa prise en charge durant son hospitalisation (p. ex. diabète ou maladie pulmonaire obstructive chronique instable).

Une complication est un phénomène morbide nouveau, causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement ou toute allergie survenue au cours de l'hospitalisation.

Diagnostics concomitants

Dans la section réservée aux diagnostics concomitants, le médecin peut inscrire les renseignements sur les maladies chroniques susceptibles d'affecter l'état du patient, mais qui n'ont pas influé sur sa prise en charge durant son hospitalisation (p. ex. polyarthrite rhumatoïde stable, hernie inguinale, hypertrophie bénigne de la prostate) et qui pourraient être une source d'information clinique utile.

3.5 Complications

Une complication est un phénomène morbide nouveau, causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement (p. ex. éviscération, fibrillation ventriculaire, péritonite biliaire, complications dues aux médicaments, etc.) ou toute allergie survenue au cours de l'hospitalisation.

Toutes les complications doivent être inscrites, même si celles-ci sont reconnues comme fréquentes ou peu préjudiciables.

3.6 Traitements médical, chirurgical et obstétrical

Traitement médical

La section sur le traitement médical est consacrée aux traitements spéciaux, dont l'administration nécessite habituellement un protocole (p. ex. radiothérapie, chimiothérapie, cardioversion, électrothérapie).

Toute transfusion d'unité de sang ou de ses produits dérivés, le cas échéant, doit y être signalée.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical inclut toutes les opérations que subit un patient pendant son séjour dans un établissement. Lorsque plusieurs interventions sont effectuées au cours d'un même temps anesthésique, chacune d'elles doit être rapportée (p. ex. cholécystectomie, cholédocotomie et appendicectomie complémentaire).

Il faut mentionner toute voie d'accès qui modifie la gravité ou le risque opératoire de l'intervention (p. ex. méniscectomie par arthroscopie, ligature des trompes par laparoscopie, hystérectomie vaginale) ou que l'on veut codifier (p. ex. dans le cas d'une nouvelle technologie).

La mention « laparotomie exploratrice » ne doit être inscrite que si le diagnostic est inconnu avant l'opération.

Les biopsies doivent figurer dans cette section de même que les actes radiologiques comportant une intervention.

Traitement obstétrical

Le traitement obstétrical comprend les éléments suivants :

- l'induction ou la stimulation du travail ;
- le type d'accouchement (par césarienne ou par voie vaginale) et le mode de présentation (céphalique ou par le siège) ;
- toutes les manœuvres obstétricales telles que épisiotomie, réparation de lacération, utilisation de forceps et de ventouse, révision utérine, extraction placentaire, etc. ;
- l'anesthésie obstétricale régionale.



3.7 Examens spéciaux

Les examens spéciaux sont des actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale. Ces examens comprennent, notamment :

- les endoscopies : gastroscopie, bronchoscopie, laparoscopie, etc. ;
- certains examens radiologiques : artériographie, arthrographie-tomodensitométrie (arthro-scan), embolisation, etc. ;
- certaines ponctions : lombaire, pleurale, d'ascite, etc.

3.8 Orientation du patient

Le médecin doit faire un crochet dans l'une des cases de la feuille sommaire, selon le cas. Lorsque le patient est transféré dans un autre établissement, il faut indiquer le nom de cet établissement. Le besoin de soins à domicile devrait également y être inscrit.

3.9 Copie de la feuille sommaire ou du résumé du dossier

Dans cette section, le médecin responsable du patient peut indiquer le nom du médecin ou de l'établissement à qui une copie de la feuille sommaire ou du résumé du dossier doit être transmise. Le médecin doit, dans ces cas, s'assurer que le patient a donné son consentement pour la transmission de tels renseignements.

3.10 Signature du médecin responsable et date

C'est le médecin qui a pris en charge le diagnostic principal qui devrait remplir la feuille sommaire. Si plusieurs médecins sont intervenus, chacun devrait remplir les sections qui le concernent.

Dans cette section, le médecin responsable du patient doit s'identifier et apposer sa signature, suivie de son numéro de permis d'exercice et de la date de cette signature. Aucun ajout, aucun retrait ni aucune modification de la feuille sommaire ne peut être effectué par la suite sans une authentification de la part du médecin. Tout changement doit être daté.

C'est le médecin responsable du patient (celui qui a pris en charge le diagnostic principal) qui devrait remplir la feuille sommaire. Si plusieurs médecins sont intervenus, chacun devrait remplir les sections qui le concernent.

3.11 Note complémentaire sur l'hospitalisation (note de départ)

C'est le médecin responsable du patient pendant son hospitalisation qui devrait rédiger la note de départ. On recommande fortement au médecin d'inscrire cette dernière au verso de la feuille sommaire au moment où il autorise le congé.

Cette note doit comporter les éléments suivants :

- la mise à jour de chacun des problèmes et des précisions sur l'état du patient lors de son départ ;
- les diverses recommandations relatives aux problèmes présentés par le patient (p. ex. orientation, rendez-vous, arrêt de travail, physiothérapie, etc.) ;
- les médicaments prescrits, la posologie et la durée de l'ordonnance.

3.12 Délai de rédaction

La feuille sommaire doit être remplie lors du départ du patient, sauf en ce qui a trait aux éléments susceptibles d'être influencés par un résultat d'examen ou un rapport de consultation non disponible au moment du départ. Le cas échéant, ces éléments devront être inscrits sur la feuille sommaire au plus tard 72 heures après que les résultats des examens essentiels à la justification du diagnostic sont versés au dossier.

Lorsque des éléments sont ajoutés au dossier une fois que la feuille sommaire est remplie (rapports d'examens anatomopathologiques ou d'imagerie, autres rapports d'examens complémentaires, etc.), et qu'ils sont susceptibles d'entraîner des corrections aux inscriptions y figurant déjà, ceux-ci doivent être soumis au médecin responsable du patient, qui évaluera les corrections devant être apportées. Ces corrections devraient être inscrites au dossier dans les sept jours suivant le moment où le médecin en a été informé.

3.13 Rôle de l'archiviste médicale

En plus d'assurer la confidentialité des données, l'archiviste joue un rôle important dans la collecte et la validation de ces données de même que dans le codage des diagnostics et des actes (thérapeutiques et diagnostiques) servant à établir la banque de données provinciales MED-ECHO.

Le Collège reconnaît à l'archiviste médicale un rôle de soutien auprès des médecins aux fins du parachèvement de la feuille sommaire. Il revient cependant au médecin responsable du patient de décider de l'ajout ou non d'un diagnostic sur la feuille sommaire.

L'archiviste médicale peut toutefois inscrire sur la feuille sommaire, et ce, sans avoir obtenu au préalable l'accord du médecin, les examens spéciaux et les interventions chirurgicales effectués en cours d'hospitalisation et dont un rapport final et signé est inclus au dossier.



Liste des éléments délégués

L'archiviste médical codera les éléments délégués généraux suivants :

- Antécédents de santé de l'utilisateur incluant les antécédents d'une maladie significative, mais guérie (ex. : cancer en rémission, porteur de pacemaker, ancien fumeur, greffe, etc.) ;
- Traitements inscrits sur un protocole opératoire, la feuille obstétricale #7, les rapports d'endoscopie (incluant ERCP) et les rapports de coronarographie signés par un médecin ;
- Diagnostics et traitements contenus dans un résumé de dossier signé par un médecin ;
- L'archiviste médical codera lui-même les abréviations au long si celles-ci sont d'usage *reconnu et courant* dans le réseau de la santé (inscription au formulaire dédié à l'archiviste). Au besoin seulement, il consultera le médecin traitant pour en connaître la signification ;
- Tout symptôme pour lequel aucun diagnostic définitif n'a pu être établi, mais ayant :
 - Prolongé le séjour de l'utilisateur ;
 - Nécessité des investigations/traitements durant l'hospitalisation ;
- Tout diagnostic découlant d'une pathologie connue mais qui permet d'en préciser le niveau de gravité ou de progression en affectant la durée de séjour :
 - Ex. : Convulsions associées à une tumeur cérébrale, déshydratation secondaire à une gastroentérite virale, etc.
- Toutes les affections avec la mention modérée à sévère dans la conclusion d'un rapport d'échographie cardiaque et documentées dans une note médicale au dossier ;
- Tout résultat de laboratoire anormal, pour lequel aucun diagnostic définitif ne semble avoir été établi, lorsque celui-ci est documenté, investigué et/ou traité.
- L'archiviste médical pourra substituer le diagnostic principal par un autre diagnostic inscrit par le médecin traitant sur la feuille sommaire d'hospitalisation s'il juge que celui-ci est plus représentatif des services consommés par l'utilisateur pendant son hospitalisation. L'appréciation de l'archiviste médical des services-consommés sera basée sur :
 - Les jours-présence consacrés à chaque pathologie ;
 - L'utilisation du bloc opératoire durant l'hospitalisation ;
 - Le regroupement relié aux diagnostics (APR-DRG¹) ;
 - Le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU²) ;

Exemple : Usager admis pour une prothèse de la hanche, mais qui a un AVC postopératoire. L'orthopédiste a inscrit l'arthrose de la hanche en diagnostic principal, mais l'utilisateur est resté 25 jours après l'opération pour son AVC.

¹ Diagnostics Regroupés pour la Gestion, Applicables à tous les patients, Précisés et Revus, MSSS

² <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documentation-sources-de-donnees-et-indicateurs/sources-de-donnees-et-metadonnees/apr-drg/>

L'archiviste médical codera les éléments délégués spécifiques contenus dans la liste ci-dessous, lorsque l'une des conditions suivantes est respectée :

1. Avoir été pris en charge pendant l'hospitalisation ;
2. Se rapporter à l'épisode de soins ;
3. Être posé ou documenté par un médecin clinicien ;
4. Avoir une corrélation clinique :
 Si un diagnostic est relevé dans le dossier, celui-ci doit être repris ou confirmé d'une autre façon, soit par une évaluation clinique, la prescription d'une ordonnance médicale, un traitement en relation avec ce diagnostic, etc.

SECTION DIAGNOSTICS :

DIAGNOSTIC	INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE
Absence d'un organe précis	
Accouchement avant terme	Moins de 37 semaines.
Accouchement post terme	42 semaines et plus.
Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)	
Acidose	Métabolique/respiratoire/fœtale.
Adénopathie	
Adhérences	
Effet indésirable — réaction médicamenteuse	En tout temps.
Alzheimer	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Ancien AVC avec ou sans séquelles	
Ancienne ischémie cérébrale transitoire	
Anémie	Hémoglobine < 100 et traitement initié (Fe per os ou transfusion).
Anémie postopératoire	Hémoglobine < 100 et traitement initié (Fe per os ou transfusion).
Anémie post-partum	Hémoglobine < 100 et traitement initié (Fe per os ou transfusion).
Anévrisme	
Angine (chronique)	
Anomalie de la coagulation	
Anomalie de la fréquence cardiaque fœtale	
Anomalie des leucocytes	
Anomalie des plaquettes/des thrombocytes	
Anomalie du taux d'enzyme sérique	
Anomalie/déformation congénitale non corrigée	
Anomalie/maladie des valves cardiaques	
Anorexie (perte d'appétit)	
Antécédent de chirurgie cardiaque	
Antécédent de COVID	

Antécédent de problème de procréation	
Antécédent de thrombophlébite/TPP ancien	
Antécédent pontage gastrique	
Antécédent tumeur	
Anurie	
Apnée du sommeil	
Arrêt de la progression (accouchement)	
Arthrite (Ostéo-arthrite)	
Arthrite rhumatoïde	
Arthrose	Ostéoarthrose, coxarthrose, gonarthrose...
Arythmie	
Asthme	
Atélectasie	
Bactérie multirésistante	Actif.
Bactériémie	Culture positive.
Bébé affecté par forceps	Exemple : ecchymose.
Bébé affecté par ventouses	Exemple : ecchymose.
Bébé gros pour l'âge gestationnel	
Bébé léger pour l'âge gestationnel	37 semaines et plus.
Bloc auriculoventriculaire (tous les degrés)	
Bloc de branche	
Bosse sérosanguine	
Bronchite tabagique	
Cachexie	
Candidose	
Caput succédanéum	
Cardiomyopathie (ischémique)	
Carence en vitamine	Toute vitamine.
Cataracte	
Cécité	Partielle/totale.
Céphalée due à épidurale	
Céphalématome	
Césarienne antérieure	
Chorioamniotite	
Cirrhose foie	
Colite ulcéreuse	
Côlon irritable	
Coma	
Compression cérébrale	Même en présence d'AVC, de tumeur ou autre lésion cérébrale.
Conjonctivite	

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Constipation	
Convulsion	
Cordon circulaire (tout type)	Lâche, serré, nombre de circulaire(s).
Courbure anormale de la colonne vertébrale	Cyphose, lordose, scoliose.
COVID (maladie active)	
Déchirure périnéale	Degrés : 1, 2.
Déconditionnement	
Défaillance multiorganique	
Déficiência intellectuelle	
Déficits neurologiques au cours d'une autre maladie	Par exemple ACV, tumeur cérébrale, etc. ayant été pris en charge et/ou encore présents lors du congé de l'usager (aphasie, dysphagie, hémiplegie...).
Dégénérescence maculaire	
Délirium	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Démarche instable	
Démence	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Dépendance en dialyse rénale	Avec ou sans traitement durant l'hospitalisation.
Dépression	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Dermite de stase	
Désaturation/Hypoxémie	Saturation en O ₂ < 90 %
Déséquilibres électrolytiques	Exemple : hypokaliémie, hyponatrémie...
Déshydratation	Bolus intraveineux.
Détresse respiratoire (tout âge)	
Diabète	
Diabète gestationnel	
Diabète et ses complications	
Diabète mal contrôlé/instable	
Dialyse péritonéale	
Diarrhée	
Difficulté de la marche	Option : spécifié par un physiothérapeute ou un ergothérapeute et que le plan de mobilisation de l'usager est modifié.
Difficulté de l'alimentation (nouveau-né)	
Diverticulose	
Dyslipidémie/Hyperlipidémie/Hypercholestérolémie	
Dyspepsie	
Dysphagie/Trouble de la déglutition	
Dyspnée	
Dystocie céphalopelvienne, autre dystocie	
Eczéma	
Emphysème	
Endométriose	

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Épanchement pleural	
Épilepsie	
Érythème toxique du nouveau-né	
Étourdissement de cause non définie	Idiopathique.
Facteur V Leiden	
Fatigue maternelle	
Fécalome	
Fibrillation/Flutter auriculaire	
Fibromyalgie	
Fibrose pulmonaire	
Fièvre d'origine inconnue	
Fonctions hépatiques élevées	
Fracture	Pathologique/spontanée/clavicule du bébé <u>lors accouchement</u> .
Funisite	
Gangrène	
Gastrite	
Glaucome	
Goutte	
Greffé	
Hématémèse	
Hématurie	
Hémodialyse	
Hémoptyisie	
Hémorroïdes	
Hépatite A, B et C	Chronique/porteur.
Hépatite chronique	
Hépatomégalie	
Hernie	
Hydronéphrose	
Hyperbilirubinémie	
Hypercalcémie	
Hyperglycémie	Sans mention de diabète.
Hyperkaliémie	
Hypermagnésémie	
Hypernatrémie	
Hyperphosphatémie	
Hypertension artérielle/HTA	
Hypertension gestationnelle	
Hypertension pulmonaire/HTP	
Hyperthyroïdie	

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Hypertrophie bénigne de la prostate/HBP	
Hypoalbuminémie	
Hypocalcémie	
Hypoglycémie	
Hypokaliémie	
Hypomagnésémie	
Hyponatrémie	
Hypophosphatémie	
Hypotension	
Hypotension orthostatique	
Hypothyroïdie	
Ictère/Jaunisse	
Iléus postopératoire > 48 h	
Immunodépression/Immunosuppression	
Incontinence fécale	
Incontinence urinaire	
Infarctus ancien	
Infarctus placentaire	
Infection urinaire (incluant post-sonde)	Culture urine > 10 ⁶ + antibiothérapie. Si absence d'antibiothérapie, coder simplement la bactériurie.
Insomnie	
Insuffisance cardiaque (chronique)	
Insuffisance rénale aiguë (IRA)	
Insuffisance rénale chronique (IRC)	
Insuffisance respiratoire	
Insuffisance veineuse	
Kyste	
Latérocidence du cordon	
Leucopénie	
Lupus érythémateux disséminé (LED)	
Macrosomie	
Maladie bipolaire	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Maladie cardiaque artériosclérotique (MCAS)	
Maladie coeliaque	
Maladie de Crohn	
Maladie démyélinisante du système nerveux central	
Maladie/Trouble psychique, psychiatrique	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	
Maladie vasculaire artériosclérotique (MVAS)	
Maladie Von Willebrand	

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Malnutrition	Option : spécifié par un professionnel en nutrition clinique et que le plan alimentaire de l'utilisateur est modifié.
Méconium	
Mélena	
Métastase (site(s) anatomique(s) de métastase)	
Migraine	
Moulage	
Morphologie de tumeur	Toute morphologie précisée à partir d'un rapport de pathologie.
Néphropathie	
Néphrosclérose	
Neutropénie	
Nodule pulmonaire	
Nœud du cordon	
Non-observance d'un traitement médical	
Obésité	
Œdème cérébral	Même en présence d'AVC, de tumeur ou autre lésion cérébrale.
Œdème localisé	
Oligohydramnios	
Oligurie	
Orthopnée	
Ostéoporose	
Ovaires polykystiques	
Oxygène-dépendant	
Parkinson	
Perte d'autonomie	
Plaie de pression	
Plégie	Hémi, para, quadri, etc.
Pneumonie	
Polyhydramnios	
Polymyalgie rhumatismale	
Polyneuropathie	
Polype	
Porteur bactérie	SARM, ERV, etc.
Porteur de prothèse	
Porteuse de streptocoques groupe B	Durant grossesse.
Porteur de stomie	
Porteur pacemaker	
Post-pontage/Post-stent (PAC/PTCA)	
Prééclampsie	
Prématurité	

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Présentation fœtale anormale	
Pseudophakie	
Psoriasis	
Rash dû aux médicaments	
Reflux gastro oesophagien (RGO)	
Retard de croissance intra-utérine (RCIU)	
Retard mental	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Rétention urinaire	
Rhumatisme articulaire	
Rupture prématurée des membranes	
Rupture prolongée des membranes	
Sans-abri	
Schizophrénie	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Sclérose en plaques	
SIADH	
Sick sinus syndrome (SSS)	
SIDA/VIH	
Soins palliatifs	
Splénomégalie	
Statut post cancer	
Statut post remplacement valve	
Stéatose hépatique	
Sténose spinale	
Surdité	
Syncope	
Tabagisme actif	
Tabagisme ancien	
Tâche de naissance/de vin/mongoloïde/saumonée	
Tachycardie (TSVP)	
Tassement vertébral chronique	
Thalassémie	
Thrombocytopénie	
Travail rapide	
Travail prolongé	
Tremblement essentiel	
Trouble anxieux	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Troubles cognitifs/neurocognitif	
Trouble de la coagulation	
Trouble de personnalité	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.
Trouble parano�ide	Hospitalisation autre qu'au service de psychiatrie.

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Tumeur bénigne	
Ulcères diabétiques (membres inférieurs)	
Usage alcool	Actif.
Usage drogue	Actif.
Usager anticoagulé (actif)	Au cours de l'épisode.
Usager en attente d'être transféré	Vers autre établissement du RSSS.
Varices	
Vessie hyperactive	
Vessie neurogène	

SECTION TRAITEMENTS/INTERVENTIONS :

TRAITEMENT/INTERVENTION	INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE
Accès veineux	Centrale périphérique, centrale jugulaire/sous-clavière, Picline, etc.
Alimentation parentérale — H.A.I.V.	
Antibiothérapie I.V.	
Biopsie	Toute approche et tout site.
Blocage ou infiltration d'un nerf	
Cardioversion	
Cathéter ombilical	Nouveau-né.
Chimiothérapie (tout type)	
Cholangiographie per cutanée	
Cholangiographie per-opératoire	
Coronarographie	
C.P.R.E. thérapeutique	
Débridement de plaie	Au chevet.
Défibrillation	
Drain percutané	Abdomen, thorax, plèvre, etc.
Électrochoc (ECT)	
Endoscopie	Digestive, urinaire, respiratoire, système reproducteur, ORL, etc.
Épidurale	Continue ou injection pour soulagement.
Épisiotomie	
Extraction manuelle du placenta	
Forceps	
Garde en établissement/TAQ	
Gavage	Nouveau-né.
Hémabate	
Hémodialyse	
Hyperalimentation intraveineuse (HAIV)	
Induction du travail	Ballonnet, Cervidil, rupture artificielle des membranes, Syntocinon.

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Infiltration de cortisone	
Intubation nasogastrique	
Lavage (analyse en cytologie)	
Manœuvre de McRobert	Et autres techniques opératoires similaires.
Libération du frein de la langue	
Massage utérin	
Oxygène par masque	
Pacemaker temporaire	
Pastille sanguine (blood patch)	
Photothérapie	
Polypectomie par endoscopie	
Ponction	Lombaire, pleurale, sternale, abdominale.
Radiothérapie	
Réanimation cardio-respiratoire	
Réparation déchirure	1 ^{er} et 2 ^e degré.
Révision utérine	
Rupture artificielle des membranes	
Sonde urétérale (double J)	Lorsqu'inséré en raison de rétention urinaire.
Stimulation	Rupture artificielle des membranes, Syntocinon.
Swan-Ganz	
Talcage	
Thrombolyse	
Transfusion	
VAC	Thérapie par pression négative des plaies.
Vaccin/Immunisation	
Vaccin anti-D (RhoGam)	
Ventilation mécanique invasive	Bipap, Cpap, Cflex, Synchrony, etc.
Ventouse	

ANNEXE D (Modèle)

Formulaire « ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE — ÉLÉMENTS DÉLÉGUÉS À L'ARCHIVISTE MÉDICAL » :

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec



MOCLIXXXX

MOCLIXXXX

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : [] _____

Date de naissance : _____ □ F □ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE

ÉLÉMENTS DÉLÉGUÉS À L'ARCHIVISTE MÉDICAL

DATE DE DÉPART : _____

AAAA-MMM-JJ

SECTION DIAGNOSTIC

Indiquer un « X » à tout élément ajouté à la codification :

X	Diagnostic	X	Diagnostic	X	Diagnostic	X	Diagnostic
	Absence d'un organe précis		Convulsion		Hyperbilirubinémie		Pneumonie
	Abus d'alcool		Courbure anormale colonne vertébrale		Hypercalcémie		Polymyalgie rhumatismale
	Acidose métabolique		COVID (maladie active)		Hyperglycémie (sans diabète)		Polynéuropathie
	Acidose respiratoire		Déconditionnement		Hyperkaliémie		Polype
	Adénopathie		Défaillance multi-organique		Hypernatrémie		Porteur de bactérie
	Adénomyose		Déficience intellectuelle		Hyponatrémie		Porteur de prothèse
	Adhérences		Déficits neuro. durant autre maladie		Hypophosphatémie		Porteur de stomie
	Effet indésirable médicament		Dégénérescence maculaire		Hypotension		Porteur de pacemaker
	Alzheimer		Délirium		Hypotension orthostatique		Post-ponçage / Post-stent
	Ancien AVC		Démarche instable		Hypothyroïdie		Pseudophobie
	Ancien ICT		Démence		Ictère / Jaunisse		Psoriasis
	Anémie		Dépendance en dialyse rénale		Ictus postopératoire > 48h		Rash dû aux médicaments
	Anémie postopératoire		Dépression		Immunodépression / suppression		Réflux gastro-œsophagien
	Aneurysme		Dermite de stase		Incontinence fécale		Réclat mental
	Angine		Désaturation / Hypoxémie		Infarctus ancien		Rétention urinaire
	Anomalie de la coagulation		Déséquilibres électrolytiques		Infection urinaire		Rhumatisme articulaire
	Anomalie des leucocytes		Déshydratation		Insomnie		Sans abri
	Anomalie des plaquettes		Détresse respiratoire		Insuffisance cardiaque		Schizophrénie
	Anomalie taux enzyme sérique		Diabète		Insuffisance rénale aiguë		Sclérose en plaques
	Anomalie congénitale non-correcte		Diabète et ses complications		Insuffisance rénale chronique		SIADH
	Anomalie valves cardiaques		Diabète mal contrôlé / instable		Insuffisance respiratoire		Sick sinus syndrome
	Anorexie (perte d'appétit)		Diarhée		Insuffisance veineuse		SIDA / VIH
	ATCO de chirurgie cardiaque		Difficulté de la marche		Kyste		Soins palliatifs
	ATCO de COVID		Diverticulose		Leucopénie		Splénomégalie
	ATCO problème de procréation		Dyslipidémie		Lupus érythémateux disséminé		Statut post cancer
	ATCO thrombopénie / TPP		Dyspepsie		Maladie bipolaire		Statut post remplacement valve
	ATCO pontage gastrique		Dysphagie / Trouble déglutition		Maladie cardiaque artériosclérotique		Sténose spinale
	ATCO tumeur		Dyspnée		Maladie coeliaque		Surdité
	Anurie		Eczéma		Maladie de Crohn		Syncope
	Apnée du sommeil		Emphyseme		Maladie démyélinisante SNC		Tabaquisme actif / ancien
	Arthrite (ostéo-arthrite)		Elouissement idiopathique		Maladie pulmonaire obstructive chron.		Tâche de naissance/autre type
	Arthrite rhumatoïde		Facteur V Leiden		Maladie Von Willebrand		Tachycardie (TSVP)
	Arthrose (ostéo-arthrose)		Fécalome		Malnutrition		Tassement vertébral chronique
	Arrythmie		Fibrillation auriculaire		Mélan		Thalassémie
	Asthme		Flutter auriculaire		Métabolisme (site anatomique de)		Thrombocytopénie
	Atélectasie		Fibromyalgie		Migraine		Tremblement essentiel
	Bactérie multi-résistante		Fibrose pulmonaire		Morphologie de tumeur		Trouble anxieux
	Bactériémie		Faune d'origine inconnue		Néphropathie		Troubles cognitifs/ neurocognitif
	Bloc auriculoventriculaire		Fonctions hépatiques élevées		Néphrosclérose		Trouble de la coagulation
	Bloc de branche		Fracture		Neuropathie		Trouble de personnalité
	Bronchite tabagique		Furuncle		Nodule pulmonaire		Trouble paranoïde
	Cachexie		Gangrène		Non observance traitement médical		Tumeur bénigne
	Candidose		Gastrite		Obésité		Ulères diabétiques (membres inf.)
	Cardiomyopathie (ischémique)		Glaucome		Oedème cérébral		Usage de drogue
	Carence en vitamine (toute)		Goutte		Oedème localisé		Usager anticoagulé (actif)
	Cataracte		Grefte		Oligurie		Usager attente de transfert
	Cécité (partielle / totale)		Hématémèse		Orthopnée		Varices
	Cirrhose foie		Hématurie		Ostéoporose		Vessie hypersensitive
	Colite ulcéreuse		Hémodialyse		Ovaires polykystiques		Vessie neurogène
	Colón irritable		Hépatite A, B, C chronique / porteur		Oxygène-dépendant		
	Coma		Hépatite chronique		Parkinson		
	Compression cérébrale		Hépatomégalie		Perte d'autonomie		
	Conjonctivite		Hernie		Plaie de pression		
	Constipation		Hydronephrose		Plegie (hém., pers., quadri, etc.)		

CLI-XXXXX (XXXX-XX)

ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE

Dossier de l'usager
Page 1 de 2

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Nom, prénom :[]

#Dossier : []

SECTION PROCÉDURE / TECHNIQUE / TRAITEMENT

Indiquer un « X » à tout élément ajouté à la codification :

X	Procédure / Technique / Traitement	X	Procédure / Technique / Traitement	X	Procédure / Technique / Traitement
	Accès veineux		Endoscopie		Ponction sternale
	Alimentation parentérale-H.A.I.V.		Épidurale thérapeutique		Radiothérapie
	Biopsie (toute approche, tout site)		Garde en établissement / TAQ		Réanimation cardio-respiratoire
	Blocage ou infiltration d'un nerf		Hémodialyse		Sonde urétérale (double J)
	C.P.R.E. thérapeutique		Infiltration de cortisone		Swan-Ganz
	Cardioversion		Intubation nasogastrique		Talcage
	Cholangiographie per cutanée		Lavage (analyse en cytologie)		Thrombolyse
	Cholangiographie per-opératoire		Oxygène par masque		Transfusion
	Coronarographie		Pacemaker temporaire		VAC
	Débridement de plaie		Pastille sanguine (blood patch)		Vaccin (tous sauf obstétrique/néonatal)
	Défibrillation		Polypectomie par endoscopie		Ventilation mécanique invasive
	Dialyse péritonéale		Ponction abdominale		
	Drain percutané		Ponction lombaire		
	Electrochoc (ECT)		Ponction pleurale		

PRÉCISIONS / COMPLÉMENTS D'INFORMATION

SECTION DIAGNOSTIC
SECTION PROCÉDURE / TECHNIQUE / TRAITEMENT
AUTRES

ARCHIVISTE MÉDICAL

NOM : _____ SIGNATURE : _____ DATE : _____
Lettres moulées AAAA-MM-JJ

CLI-XXXXX (XXXX-XX)

ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE

Dossier de l'utilisateur
Page 2 de 2

Formulaire « ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE — MATERNITÉ/ÉLÉMENTS DÉLÉGUÉS À L'ARCHIVISTE MÉDICAL » :

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec

MOCLIXXXX

MOCLIXXXX

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : []

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE - MATERNITÉ

ÉLÉMENTS DÉLÉGUÉS À L'ARCHIVISTE MÉDICAL

DATE DE DÉPART : _____
AAAA-MM-JJ

Indiquer un « X » pour tout élément ajouté en codification.

Grossesse de _____ semaines _____ jour(s)

X	Diagnostic	X	Diagnostic
	Accouchement avant terme		Hypertension gestationnelle
	Accouchement post terme		Infarctus placentaire
	Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)		Macrosomie
	Anémie post-partum		Méconium
	Anomalie de la fréquence cardiaque fœtale		Nœud du cordon
	Arrêt de la progression		Obésité
	Céphalée due à épidurale		Oligohydramnios
	Césarienne antérieure		Polyhydramnios
	Chorioamniotite		Porteuse de streptocoques groupe B
	Cordon circulaire serré – Nombre : _____		Pré-éclampsie
	Cordon circulaire lâche – Nombre : _____		Présentation fœtale anormale, spécifier : _____
	Déchirure périnéale : 1 2		Retard de croissance intra-utérine (RCIU)
	Déchirure autre (toute autre sauf vaginale haute), spécifier : _____		Rupture prématurée des membranes
	Diabète gestationnel		Rupture prolongée des membranes
	Dystocie céphalo-pelvienne		Travail rapide
	Dystocie – Autre, spécifier : _____		Travail prolongé
	Fatigue maternelle		

X	Procédure / Technique / Traitement	X	Procédure / Technique / Traitement
	Antibiothérapie I.V.		Pastille sanguine (Blood patch)
	Épisiotomie		Réparation de déchirure (1 et 2)
	Extraction manuelle du placenta		Révision utérine
	Forceps		Transfusion
	Hémostase		Vaccin : ☐ Anti-D (WinRho) ☐ Rubéole
	Manœuvre de McRobert. Autre, spécifier : _____		Ventouse
	Massage utérin		
	Induction du travail : ☐ Ballonnet ☐ Cervidil ☐ Rupture artificielle des membranes ☐ Syntocinon		
	Stimulation : ☐ Rupture artificielle des membranes ☐ Syntocinon		

PRÉCISIONS / COMPLÉMENTS D'INFORMATION*

SECTION DIAGNOSTIC
SECTION PROCÉDURE / TECHNIQUE / TRAITEMENT
AUTRE

*Au besoin, utiliser également le document « Annexe à la feuille sommaire » pour l'ajout en codification de tout autre élément d'ordre général.

ARCHIVISTE MÉDICAL

NOM : _____ SIGNATURE : _____ DATE : _____
Lettres moulées AAAA-MM-JJ

CLI-XXXXX (XXXX-XX)

ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE - MATERNITÉ

Dossier de l'utilisateur
Page 1 de 1

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux

Formulaire « ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE — NAISSANCE/ÉLÉMENTS DÉLÉGUÉS À L'ARCHIVISTE MÉDICAL » :

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec

MOCLIXXXX

MOCLIXXXX

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : []

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE – NAISSANCE

ÉLÉMENTS DÉLÉGUÉS À L'ARCHIVISTE MÉDICAL

DATE DE DÉPART : _____
AAAA-MMM-JJ

Indiquer un « X » pour tout élément ajouté en codification.

Nouveau-né de _____ semaines

X	Diagnostic	X	Diagnostic
	Acidose foetale		Détresse respiratoire
	Bébé affecté par forceps		Erythème toxique du nouveau-né
	Bébé affecté par ventouses		Fièvre d'origine inconnue
	Bébé gros pour l'âge gestationnel		Fracture de la clavicule
	Bébé léger pour l'âge gestationnel		Hypocalcémie
	Bosse séro sanguine		Hypoglycémie
	Caput succédanéum		Ictère
	Céphalématome		Macrosomie
	Conjonctivite		Moulage
	Courbure anormale de la colonne vertébrale		Prématurité
	Désaturation / Hypoxémie		Retard de croissance intra-utérine (RCIU)
	Déséquilibres électrolytiques		Tâche de naissance / de vin / mongoloïde / saumonée
	Déshydratation		

X	Procédure / Technique / Traitement	X	Procédure / Technique / Traitement
	Antibiothérapie I.V.		Intubation nasogastrique
	Cathéter ombilical		Libération du frein de la langue
	Gavage		Oxygène
	Immunisation : _____		Photothérapie

PRÉCISIONS / COMPLÉMENTS D'INFORMATION

SECTION DIAGNOSTIC
SECTION PROCÉDURE / TECHNIQUE / TRAITEMENT
AUTRE

ARCHIVISTE MÉDICAL

NOM : _____ SIGNATURE : _____ DATE : _____
Lettres moulées AAAA-MM-JJ

CLI-XXXXXX (XXXX-XX)

ANNEXE À LA FEUILLE SOMMAIRE - NAISSANCE

Dossier de l'utilisateur
Page 1 de 1

Délégation de la complétion de certains éléments de la feuille sommaire aux archivistes médicaux