



**Canadian Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.

DICTIONNAIRE DE DONNÉES DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE

Un document de consensus de la SCC

ÉLÉMENTS DE DONNÉES ET DÉFINITIONS DU SYNDROME CORONARIEN AIGU (SCA)

VERSION FINAL

Dernière mise à jour : juin 2011

Tous droits réservés © 2012 La Société canadienne de cardiologie

Ce document ne peut être reproduit ou modifié sans l'autorisation préalable de la Société canadienne de cardiologie.

Pour la reproduction autorisée, veuillez obtenir la permission de :

La Société canadienne de cardiologie

222, rue Queen, bureau 1403

Ottawa (Ontario)

Canada K1P 5V9

Courriel : healthpolicy@ccs.ca

Contexte

Le dictionnaire de données de la SCC est composé de plusieurs éléments de données et définitions classés par chapitre et des consensus à l'échelle nationale quant aux définitions propres à plusieurs domaines d'expertise liés aux maladies cardiovasculaires, aux traitements et aux sous-spécialités.

Le chapitre du dictionnaire de données sur les syndromes coronariens aigus (SCA) contient les lignes directrices pour les éléments de données et les définitions propres au domaine des SCA et englobe la collecte de renseignements au sujet de l'admission, des événements cliniques à l'hôpital, des médicaments, des résultats et du congé. Les éléments de données et les définitions des SCA complètent l'ensemble des données des éléments fondamentaux et des données démographiques.

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I - ADMISSION	4
A. ADMISSION ET PREMIER CONTACT MÉDICAL	4
B. ÉTAT CARDIAQUE AU PREMIER CONTACT AVEC LE MÉDECIN	6
PARTIE 2 – ÉVÉNEMENTS CLINIQUES À L'HÔPITAL	11
PARTIE 3 – MÉDICAMENTS	15
PARTIE 4 – RÉSULTATS DES TESTS	19
PARTIE 5 – CONGÉ	27
REMERCIEMENTS	28
Groupe de travail sur les définitions des données sur le syndrome coronarien aigu (SCA)	28
Comité directeur des définitions de données	28
Soutien au projet	28
AVERTISSEMENT	29
DROIT D'AUTEUR	29

PARTIE I - ADMISSION

A. ADMISSION ET PREMIER CONTACT MÉDICAL

ÉLÉMENT DE DONNÉES	CLASSIFICATION	DÉFINITION
PREMIER ÉTABLISSEMENT		
Date-heure du premier contact médical	FONDAMENTAL	Indiquez la date et l'heure du premier contact médical. Remarque : Le premier contact médical est défini comme l'arrivée de l'ambulancier paramédical auprès du patient ou l'arrivée à l'urgence si le patient se rend par ses propres moyens à l'urgence. 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible
Moyen de transport initial	FONDAMENTAL	Indiquez le moyen de transport vers l'établissement où l'état du patient a été évalué <u>initialement</u> . Sélectionnez le code : 1. Patient lui-même ou sa famille 2. Ambulance 3. Transport aérien 4. Non disponible
Emplacement de l'admission	FONDAMENTAL	Indiquez l'emplacement où l'état du patient a d'abord été évalué. 1. Urgence 2. Laboratoire de cathétérisme 3. Autres emplacements, c.-à-d. unités chirurgicales préopératoires ou postopératoires, ou étage ou unité de médecine générale. Peut également comprendre l'unité de soins intensifs, l'unité de soins coronariens, l'étage des soins cardiaques généraux, l'unité de soins courants ou une unité de lits de surveillance séparée du service des urgences.
Type d'hôpital initial	FONDAMENTAL	L'établissement où l'état du patient a d'abord été évalué était-il un centre d'ICP? 1. Oui, avec chirurgie cardiaque sur les lieux 2. Oui, sans chirurgie cardiaque sur les lieux 3. Non 4. Inconnu
Date et heure d'arrivée au premier établissement	FONDAMENTAL	Indiquez la date et l'heure de l'arrivée du patient au premier établissement. 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible
Date et heure d'admission	FONDAMENTAL	Indiquez la date et l'heure auxquelles le patient a été admis à titre de patient hospitalisé au premier établissement pour le présent épisode de soins. 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible
TRANSFERT INTERHOSPITALIER		
Transfert interhospitalier?	FONDAMENTAL	Le patient a-t-il été transféré dans un autre hôpital après l'évaluation de son état au premier établissement (qu'un traitement y ait été obtenu ou non)? 1. Oui 2. Non

Éléments de données et définitions du syndrome coronarien aigu (SCA)

Dictionnaire de données de la Société canadienne de cardiologie

FINAL – juin 2011

Transfert interhospitalier - Moyen de transport	FONDAMENTAL	Indiquez le moyen de transport du transfert interhospitalier. Sélectionnez le code : 1. Ambulance 2. Transport aérien 3. Non disponible
Date et heure du transfert du patient d'un établissement à l'autre	FONDAMENTAL	Indiquez la date et l'heure auxquelles le patient a quitté l'hôpital initial. 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible
Centre d'ICP		
Date et heure d'arrivée au centre d'ICP	FONDAMENTAL	Indiquez la date et l'heure auxquelles le patient est arrivé au centre d'ICP pour le présent épisode de soins. 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non disponible
Date et heure d'admission au centre d'ICP	FONDAMENTAL	Indiquez la date et l'heure auxquelles le patient a été admis au centre d'ICP. 1. Valeurs de la date et de l'heure 2. Non admis 3. Non disponible

B. ÉTAT CARDIAQUE AU PREMIER CONTACT AVEC LE MÉDECIN

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Diagnostic de SCA initial au premier contact médical	FONDAMENTAL	Indiquez le diagnostic de SCA. <ol style="list-style-type: none"> STEMI SCA non ST Indéterminé
Où a-t-on posé le diagnostic de SCA initial fondé sur l'ECG initial?	FONDAMENTAL	<ol style="list-style-type: none"> Dans l'ambulance ou sur les lieux À l'urgence Au laboratoire de cathétérisme Ailleurs (p. ex. au cabinet du médecin)
Date et heure du début des symptômes	FONDAMENTAL	Inscrivez la date et l'heure du début des symptômes qui ont incité le patient à vouloir des soins médicaux.
Emplacement du premier ECG	OPTIONNEL	Indiquez à quel moment le premier ECG a été effectué. <ol style="list-style-type: none"> Avant l'arrivée à l'hôpital - Le premier électrocardiogramme (ECG) a été effectué avant l'arrivée à l'hôpital, soit au cabinet d'un médecin ou pendant le transport par les services médicaux d'urgence (SMU), par ambulance aérienne ou par un autre moyen de transport de soins critiques. Après l'arrivée à l'hôpital - Le premier électrocardiogramme (ECG) a été effectué à l'arrivée au premier hôpital où le patient s'est présenté.
Date et heure de l'ECG avant l'arrivée à l'hôpital	OPTIONNEL	Inscrivez la date et l'heure de l'ECG avant l'arrivée à l'hôpital. <ol style="list-style-type: none"> Valeurs de la date et de l'heure Non disponible.
Date et heure de l'ECG à l'hôpital	FONDAMENTAL	Inscrivez la date et l'heure de l'ECG à l'hôpital. <ol style="list-style-type: none"> Valeurs de la date et de l'heure Non disponible

Résultats de l'ECG	FONDAMENTAL	<p>Indiquez si les résultats de l'ECG ont démontré une nouvelle ou présumée nouvelle élévation du segment ST, un nouveau bloc de branche gauche ou un infarctus antérieur du myocarde postérieur isolé avant toute intervention et au plus tard 24 heures après l'arrivée au premier établissement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Élévation du segment ST - L'élévation du segment ST est définie comme une nouvelle ou présumée nouvelle élévation du segment ST soutenue au point J dans deux dérivations pour électrocardiogrammes (ECG) contiguës avec les points de coupure d'au moins 0,1 mV i. Si aucune mesure d'élévation du segment ST exacte n'est inscrite dans le dossier médical, la documentation écrite du médecin de l'élévation du segment ST ou des ondes Q est acceptable. Si un seul ECG est effectué, l'hypothèse que l'élévation du segment ST a duré pendant au moins les 20 minutes requises est acceptable. 2. BBG - Le bloc de branche gauche (BBG) s'entend du BBG qui n'était pas reconnu comme vieux à l'ECG initial. 3. IM postérieur isolé - L'infarctus du myocarde postérieur isolé s'entend de l'infarctus de la paroi postéro-basale du ventricule gauche. L'utilisation des dérivations postérieures V7 à V9 montrera l'élévation du segment ST chez les patients avec infarctus postérieur. Si les dérivations postérieures n'ont pas été appliquées, la dépression du segment T qui est maximale dans les dérivations V1-V3, sans élévation du segment ST dans d'autres dérivations pourrait être considérée comme un signe d'ischémie ou d'infarctus postérieur. 4. Rythme ventriculaire électro-entraîné
Première évaluation selon la classe Killip	FONDAMENTAL	<p>Indiquez la première évaluation selon la classe Killip du patient.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Classe 1 - Absence de râles aux bases pulmonaires et absence de galop B3. 2. Classe 2 - Présence de râles à 50 % ou moins aux bases pulmonaires et présence de galop B3. 3. Classe 3 – Présence de râles à plus de 50 % aux bases pulmonaires. 4. Classe 4 – Choc : Défini par le critère clinique d'hypotension (TAS < 90 mmHg pendant au moins 30 minutes ou besoin de mesures de soutien afin de maintenir une TAS > 90 mmHg) et hypoperfusion d'organe (extrémités froides ou débit d'urine < 30 ml/heure et rythme cardiaque > 60 battements/minute). 5. Non disponible

Pire résultat selon la classe Killip	FONDAMENTAL	Indiquez le pire résultat selon la classe Killip du patient dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital. <ol style="list-style-type: none"> 1. Classe 1 - Absence de râles aux bases pulmonaires et absence de galop B3. 2. Classe 2 - Présence de râles à 50 % ou moins aux bases pulmonaires et présence de galop B3. 3. Classe 3 – Présence de râles à plus de 50 % aux bases pulmonaires. 4. Classe 4 – Choc : Défini par le critère clinique d'hypotension (TAS < 90 mmHg pendant au moins 30 minutes ou besoin de mesures de soutien afin de maintenir une TAS > 90 mmHg) et hypoperfusion d'organe (extrémités froides ou débit d'urine < 30 ml/heure et fréquence cardiaque > 60 battements/minute). 5. Non disponible
Fréquence cardiaque	FONDAMENTAL	Indiquez la première fréquence cardiaque enregistrée du patient (en battements à la minute). Remarque : Si la valeur est de zéro, utilisez la première lecture pouvant être obtenue.
Tension artérielle systolique	FONDAMENTAL	Indiquez la première tension artérielle systolique (mm Hg) enregistrée du patient. Remarque : Si la valeur est de zéro, utilisez la première lecture pouvant être obtenue.
Tension artérielle diastolique	FONDAMENTAL	Indiquez la première tension artérielle diastolique (mm Hg) enregistrée du patient. Remarque : Si la valeur est de zéro, utilisez la première lecture pouvant être obtenue.
Arrêt cardiaque avant l'arrivée à l'hôpital	FONDAMENTAL	Indiquez si le patient a fait un arrêt cardiaque avant de se présenter pour le présent épisode de soins. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
Arrêt cardiaque après l'arrivée initiale à l'hôpital	FONDAMENTAL	Indiquez si le patient a fait un arrêt cardiaque après son arrivée initiale à l'hôpital pour le présent épisode de soins. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non

Stratégie de reperfusion	FONDAMENTAL	<p>Le patient a-t-il eu un traitement de reperfusion?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, inscrivez le type et la force de la dose <ol style="list-style-type: none"> a. Fibrinolytiques <ol style="list-style-type: none"> i. Type de fibrinolytiques <ol style="list-style-type: none"> 1. Ténecteplase <ol style="list-style-type: none"> a. Dose complète b. Dose réduite 2. Altéplase <ol style="list-style-type: none"> a. Dose complète b. Dose réduite 3. Rétéplase <ol style="list-style-type: none"> a. Dose complète b. Dose réduite 4. Streptokinase <ol style="list-style-type: none"> a. Dose complète b. Dose réduite ii. Date et heure de la dose de départ de fibrinolytiques iii. Où les fibrinolytiques ont-ils été donnés? <ol style="list-style-type: none"> 1. Avant l'arrivée à l'hôpital 2. À l'hôpital b. Angioplastie primaire <ol style="list-style-type: none"> i. Le patient a-t-il été envoyé au laboratoire de cathétérisme? <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non ii. Indiquez la méthode (le site d'accès artériel) utilisée pour l'angiogramme. 2. Non - Indiquez la principale raison (sélectionnez toutes les raisons qui s'appliquent) : <ol style="list-style-type: none"> a. Durée des symptômes de plus de 12 heures b. Risque d'hémorragie élevé c. Comorbidité d. Diagnostic raté e. Plus nécessaire (p. ex. reperfusion spontanée) f. Non-diagnostic d'ECG ou diagnostic obscur g. Refus du patient ou de la famille h. Aucune cause identifiée sur l'angiographie coronarienne ou anatomie non appropriée pour une ICP primaire i. Décédé avant la thérapie de reperfusion
---------------------------------	--------------------	---

C. INTERVENTIONS ET TESTS

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Test des contraintes non invasif effectué à l'hôpital	FONDAMENTAL	<p>Sélectionnez tous les choix qui s'appliquent et entrez la date de chaque test effectué à l'hôpital.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Date du test de marche sur tapis <ol style="list-style-type: none"> a. Indiquez le risque ou l'étendue d'ischémie <ol style="list-style-type: none"> i. risque faible ii. risque intermédiaire iii. risque élevé iv. non disponible 2. Date du test de perfusion en médecine nucléaire <ol style="list-style-type: none"> a. Résultats du test de perfusion en médecine nucléaire <ol style="list-style-type: none"> i. Normaux <ol style="list-style-type: none"> 1. Indiquez le risque ou l'étendue d'ischémie <ol style="list-style-type: none"> a. risque faible b. risque intermédiaire c. risque élevé d. non disponible iii. indéterminé iv. non disponible 3. Date de l'échographie de stress <ol style="list-style-type: none"> a. Date des résultats de l'échographie de stress <ol style="list-style-type: none"> i. Normaux <ol style="list-style-type: none"> 1. Indiquez le risque ou l'étendue d'ischémie <ol style="list-style-type: none"> a. risque faible b. risque intermédiaire c. risque élevé d. non disponible iii. indéterminé iv. non disponible 4. Date de l'angiogramme assistée par ordinateur <ol style="list-style-type: none"> a. Résultats de l'angiogramme assistée par ordinateur <ol style="list-style-type: none"> i. absence de maladie ii. maladie monotronculaire iii. maladie bitronculaire iv. maladie tritronculaire v. indéterminé vi. non disponible 5. Date de l'IRM <ol style="list-style-type: none"> a. Évaluation de l'ischémie par IRM <ol style="list-style-type: none"> i. Normale ii. Anormale iii. indéterminé iv. non disponible
Détails de l'ICP	FONDAMENTAL	<p>Indiquez si le patient a été soumis à une ICP pendant le présent épisode d'admission.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui, indiquez la date et l'heure, et indiquez le type d'ICP : <ol style="list-style-type: none"> 1 = Primaire ou directe (mode de reperfusion immédiat dans l'IMA) 2 = Soins immédiats (après un échec de thrombolyse) 3 = ICP précoce pour choc cardiogénique 4 = ICP pour traitement d'angine instable 5 = ICP pour traitement d'ischémie post IM 6 = ICP pharmacoinvasive (ICP précoce de routine dans les 24 heures suivant la thrombolyse) 7 = ICP facultative non émergente

PARTIE 2 – ÉVÉNEMENTS CLINIQUES À L'HÔPITAL

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Réinfarctus Dans l'affirmative, date du réinfarctus	FONDAMENTAL	Indiquez s'il y a des signes et des symptômes cliniques de nouvel infarctus ou d'infarctus répétés. Voir la note en bas de page n° 1 pour connaître les définitions : Réinfarctus ¹ : Dans l'affirmative, indiquez la date à laquelle les signes et les symptômes cliniques d'un nouvel infarctus du myocarde sont apparus initialement.

¹ Le réinfarctus survient lorsqu'il y a des signes et des symptômes cliniques d'ischémie distincte de l'événement d'ischémie présent et qu'au moins l'un des critères suivants est présent :

1. Spontané (avant ou sans revascularisation, > 24 heures suivant l'ICP ou > 72 heures après le PAC)

- a. Nouvelles ondes Q importantes dans au moins deux dérivations contiguës d'un ECG qui n'étaient pas présentes dans l'événement ischémique présent.
- b. Les patients dont les derniers marqueurs cardiaques avant le réinfarctus étaient normaux nécessitent une augmentation de la CK-MB ou de la troponine supérieure à la LSN de ≥ 25 % supérieure à la valeur la plus récente.
- c. Les patients dont les derniers marqueurs cardiaques avant le réinfarctus étaient supérieurs à la limite supérieure nécessitent une augmentation de la CK-MB ou de la troponine de ≥ 50 % supérieure à la valeur la plus récente.

2. Au plus tard 24 heures après l'ICP :

- a. Les patients présentant des valeurs CK-MB normales (avant intervention) qui ont alors développé une augmentation de la CK-MB à une valeur au moins trois fois la limite supérieure pour votre laboratoire (c.-à-d. supérieure à trois fois le 99^e percentile de la limite supérieure de référence d'une population de sujets sains) laissent supposer une nécrose myocardiale péri-procédurale. La présence de changements d'ECG ou de symptômes n'est pas nécessaire. Remarque : Certains patients présentant un syndrome coronarien aigu n'auront pas d'élévations des biomarqueurs avant l'ICP. Un biomarqueur élevé après l'ICP dans ces cas ne signifie pas nécessairement qu'un réinfarctus est survenu.
- b. Patients présentant des biomarqueurs cardiaques (CK-MB) de base élevés (avant intervention) : deux scénarios possibles. Dans ces scénarios, la présence de changements d'ECG ou de symptômes n'est pas nécessaire.
 - i. Les patients présentant des marqueurs cardiaques supérieurs à la limite supérieure à la normale (avant intervention) sont présumés être au milieu d'un infarctus myocardial aigu. Chez ces patients, il n'est pas possible de distinguer si la nécrose découle de l'ICP ou si elle est due à l'IM aiguë présente, puisque ces patients nécessitent une augmentation de la CK-MB qui doit également être d'au moins 50 % supérieure à la valeur la plus récente.
 - ii. Les patients présentant des biomarqueurs élevés et chez qui les niveaux des biomarqueurs avant l'intervention montent et baissent ont vraisemblablement terminé leur infarctus. Les autres hausses de la CK-MB doivent être ≥ 50 % supérieures à la valeur la plus récente pour être codées comme un réinfarctus.
- c. Patients présentant de nouvelles ondes Q importantes dans au moins deux dérivations contiguës d'un ECG qui n'étaient pas présentes dans l'événement ischémique présent.

3. Dans les 72 premières heures suivant le PAC : Un infarctus myocardial lié à un PAC est défini par une hausse des biomarqueurs supérieure à cinq fois la limite supérieure pour votre laboratoire (c.-à-d. supérieure à cinq fois le 99^e percentile de la limite supérieure de référence d'une population de sujets sains) comparativement à la valeur des biomarqueurs avant le PAC la plus récente avant la chirurgie plus un des critères suivants :

- a. Nouvelles ondes Q pathologiques ou nouveau BBG.
- b. Nouvelle occlusion ou thrombose documentée par une angiographie d'une greffe ou d'une artère coronarienne endogène depuis l'angiogramme préopératoire.
- c. Preuve à l'examen d'imagerie d'une nouvelle perte de myocarde viable au repos en l'absence d'une cause non ischémique.

Remarque : Les patients présentant des biomarqueurs cardiaques au-dessus de la limite supérieure à la normale avant le PAC nécessitent une hausse de la CK-MB de ≥ 50 % au-dessus de la valeur la plus récente.

Source : Document de consensus du groupe de travail conjoint ESC-ACC-AHA-WHF 2007 « Définition universelle de l'infarctus du myocarde »

<p>Choc cardiogénique tardif</p>	<p>FONDAMENTAL</p>	<p>Indiquez si le patient a développé un choc cardiogénique tardif dans votre établissement (après les 24 premières heures).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui <p>Remarque(s) : Les épisodes d'hypotension transitoire corrigés avec solution intraveineuse ou atropine ne constituent pas des chocs cardiogéniques. Le compromis hémodynamique (avec ou sans thérapie de soutien extraordinaire) doit durer au moins 30 minutes.</p> <p>Le choc cardiogénique est défini comme un épisode soutenu (> 30 minutes) de tension artérielle systolique < 90 mmHg, ou indice cardiaque < 2,2 L/min/m² déterminé être secondaire à une dysfonction cardiaque, ou l'exigence d'agents inotropes parentéraux ou vasopresseurs ou soutien mécanique (p. ex. PBIA, circulation extra-corporelle, appareils d'assistance ventriculaire) pour maintenir la tension artérielle et l'indice cardiaque au-dessus des niveaux indiqués ci-dessus.</p> <p>Source : Acute Coronary Syndromes Data Standards (JACC 2001 38: 2114 - 30)</p>
<p>NOUVELLE insuffisance cardiaque</p> <p>Dans l'affirmative, date de l'insuffisance cardiaque</p>	<p>FONDAMENTAL</p>	<p>Indiquez si le patient a développé un nouvel épisode ou un épisode aigu d'insuffisance cardiaque après les 24 premières heures d'admission.</p> <p>Remarque : le pire résultat selon la classe Killip dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital est inscrit à la partie 1 - Admission.</p>
<p>AVC</p> <p>Dans l'affirmative, date de l'AVC</p> <p>Dans l'affirmative, type d'AVC</p>	<p>FONDAMENTAL</p>	<p>Indiquez si le patient a fait un accident vasculaire cérébral (AVC).</p> <p>Remarque(s) : Un AVC est documenté par une perte des fonctions neurologiques causée par un incident ischémique ou hémorragique avec symptômes résiduels durant au moins 24 heures après l'épisode ou entraînant le décès. Dans le cas des patients en séjour hospitalier prolongé, limitez le codage des incidents après intervention à 30 jours après la dernière intervention.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui – Indiquez la date <ol style="list-style-type: none"> a. Indiquez le type d'AVC que le patient a subi <ol style="list-style-type: none"> i. Hémorragique ii. Non hémorragique iii. Inconnu

<p>Incident de saignement soupçonné Dans l'affirmative, date de l'incident Dans l'affirmative, lieu de l'incident Dans l'affirmative, intervention chirurgicale requise</p>	<p>FONDAMENTAL</p>	<p>(Source : BARC definitions for Bleeding Academic Research Consortium)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Type 0 Aucun saignement. 2. Type 1 Saignement qui n'a pas de conséquence et ne porte pas le patient à faire faire des examens non prévus, qui n'entraîne pas une hospitalisation ou un traitement par un professionnel de la santé. 3. Type 2 Signe manifeste d'hémorragie ayant des conséquences (p. ex. saignement plus important que prévu dans des circonstances cliniques données, y compris un saignement découvert par imagerie seulement) qui ne répond pas aux critères pour les types 3, 4 ou 5, mais répond à au moins l'un des critères suivants : 1) Nécessite une intervention médicale non chirurgicale par un professionnel de la santé. 2) Entraîne l'hospitalisation ou un niveau accru de soins. 3) Exige une évaluation. 4. Type 3 <ol style="list-style-type: none"> a. Type 3a <ol style="list-style-type: none"> i. Saignement apparent plus baisse d'hémoglobine de 3 à < 5* g/dl (à la condition que la baisse d'hémoglobine soit liée au saignement) ii. Toute transfusion avec saignement apparent b. Type 3b <ol style="list-style-type: none"> i. Saignement apparent plus baisse d'hémoglobine de $\geq 5^*$ g/dl (à la condition que la baisse d'hémoglobine soit liée au saignement). ii. Tamponnade cardiaque. iii. Saignement nécessitant une intervention chirurgicale pour être contrôlé (sauf dentaire/nasal/cutané/hémorroïdal). iv. Saignement nécessitant des médicaments vasoactifs intraveineux. c. Type 3c <ol style="list-style-type: none"> i. Hémorragie intracrânienne (ne comprend pas les micro-saignements ni la transformation hémorragique; comprend l'hémorragie intraspinale). ii. Sous-catégories; confirmé par autopsie ou imagerie ou PL. iii. Saignement intraoculaire compromettant la vision.. 5. Type 4 - Saignement lié au PAC <ol style="list-style-type: none"> a. Saignement intracrânien périopératoire dans les 48 heures. b. Réopération après la fermeture d'une sternotomie afin de contrôler le saignement. c. Transfusion de ≥ 5 unités de sang total ou de culots globulaires dans une période de 48 heures**. d. Sortie du drain thoracique ≥ 2 L dans une période de 24 heures. e. Si un saignement lié à un PAC n'est pas considéré comme un incident de gravité de type 3 au moins, il sera classé comme un incident sans saignement. 6. Type 5 - Saignement fatal <ol style="list-style-type: none"> a. Type 5a <ol style="list-style-type: none"> i. Saignement fatal probable : aucune confirmation par autopsie ou imagerie, mais cliniquement suspect b. Type 5b <ol style="list-style-type: none"> i. Saignement fatal explicite : saignement apparent ou confirmation par autopsie ou imagerie <p>Obs. : Les transfusions plaquettaires doivent être inscrites et déclarées, mais ne font pas partie de ces définitions jusqu'à ce que des renseignements supplémentaires soient obtenus concernant le rapport avec les résultats. *Corrigé pour transfusion (1 unité de culots globulaires ou 1 unité de sang total = 1 g/dl Hgb). *Seules les transfusions allogéniques sont considérées comme des transfusions pour le saignement de type 4 du BARC. Les produits de sauvegarde de cellules ne seront pas pris en compte</p>
--	--------------------	---

Insuffisance rénale	FONDAMENTAL	Indiquez s'il y a insuffisance rénale : 1. Non 2. Oui – correspondant à une hausse de 50 % de la créatine de base ou initiale inscrite à l'hôpital
Le patient avait-il une nouvelle exigence de dialyse?	FONDAMENTAL	Indiquez s'il y avait une nouvelle exigence de dialyse : 1. Non 2. Oui

PARTIE 3 – MÉDICAMENTS

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Aspirine	FONDAMENTAL	<p>Indiquez si de l'aspirine a été administrée dans les 24 premières heures avant ou après le premier contact médical, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date de début - Indiquez la date à laquelle l'aspirine a été administrée dans les 24 premières heures avant ou après le premier contact médical, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si le médicament a été administré plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles il a été administré initialement. b. Heure de début - Indiquez l'heure à laquelle l'aspirine a été administrée dans les 24 premières heures avant ou après le premier contact médical, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si le médicament a été administré plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles il a été administré initialement. c. Contre-indiqué <p>(Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)</p>
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.
Clopidogrel	FONDAMENTAL	<p>Indiquez si du clopidogrel a été administré, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date de début - Indiquez la date à laquelle la dose initiale de clopidogrel a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si le médicament a été administré plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles il a été administré initialement. b. Heure de début - Indiquez l'heure à laquelle la dose initiale de clopidogrel a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si le clopidogrel a été administré plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles il a été administré initialement. c. Dose (mg) - Indiquez la dose initiale de clopidogrel. 3. Contre-indiqué 4. En aveugle <p>(Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)</p>
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.

Ticlopidine	FONDAMENTAL	<p>Indiquez si de la ticlopidine a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date de début - Indiquez la date à laquelle la dose initiale de ticlopidine a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si le médicament a été administré plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles il a été administré initialement. b. Heure de début - Indiquez l'heure à laquelle la dose initiale de ticlopidine a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si la ticlopidine a été administrée plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles elle a été administrée initialement. c. Dose (mg) - Indiquez la dose initiale de ticlopidine. 3. Contre-indiqué <p>(Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)</p>
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.
Prasugrel	FONDAMENTAL	<p>Indiquez si du prasugrel a été administré, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date de début - Indiquez la date à laquelle la dose initiale de prasugrel a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si le prasugrel a été administré plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles il a été administré initialement. b. Heure de début - Indiquez l'heure à laquelle la dose initiale de prasugrel a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si le médicament a été administré plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles il a été administré initialement. c. Dose (mg) - Indiquez la dose initiale de prasugrel. 3. Contre-indiqué 4. En aveugle <p>(Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)</p>
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.

Bêta-bloquant	FONDAMENTAL	Indiquez si un bêta-bloquant a été administré, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date de début - Indiquez la date à laquelle les bêta-bloquants ont été administrés, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si des bêta-bloquants ont été administrés plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles ils ont été administrés initialement. b. Heure de début - Indiquez l'heure à laquelle les bêta-bloquants ont été administrés, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). Si des bêta-bloquants ont été administrés plus d'une fois, entrez le code de la date et de l'heure auxquelles ils ont été administrés initialement. 3. Contre-indiqué 4. En aveugle (Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.
Inhibiteur d'ECA	FONDAMENTAL	Indiquez si un inhibiteur d'ECA a été administré, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : 3. Contre-indiqué 4. En aveugle (Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.
Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine	FONDAMENTAL	Indiquez si un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine a été administré, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : 3. Contre-indiqué 4. En aveugle (Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.
Bloqueur des récepteurs de l'aldostérone	FONDAMENTAL	Indiquez si un bloqueur des récepteurs de l'aldostérone a été administré, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : 3. Contre-indiqué 4. En aveugle (Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.

Statine	FONDAMENTAL	Indiquez si une statine a été administrée, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : 3. Contre-indiqué 4. En aveugle (Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.
Agent de réduction de lipides autre que les statines	FONDAMENTAL	Indiquez si un agent de réduction de lipides autre que les statines a été administré, sans égard au lieu des soins (p. ex. établissement de transfert ou SMU). <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : 3. Contre-indiqué 4. En aveugle (Remarque : l'administration à l'admission et l'administration au congé ont été saisies au chapitre des éléments fondamentaux)
	OPTIONNEL	Inscrivez si le médicament a été administré à l'hôpital.
Inhibiteur des récepteurs à la glycoprotéine IIb/IIIa	FONDAMENTAL	Voir les définitions du chapitre des éléments fondamentaux.
Anticoagulant	FONDAMENTAL	Voir les définitions du chapitre des éléments fondamentaux.

PARTIE 4 – RÉSULTATS DES TESTS

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
Marqueurs cardiaques		
Marqueurs cardiaques positifs au cours des 24 premières heures	FONDAMENTAL	<p>Indiquez si des marqueurs cardiaques positifs étaient présents au cours des 24 premières heures suivant l'arrivée au premier établissement.</p> <p>Remarque(s) : Les biomarqueurs cardiaques admissibles comprennent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Troponine I ou T : Le niveau est élevé si la valeur laboratoire est supérieure à la limite supérieure à la normale (LSN) selon les paramètres de laboratoire de l'hôpital donné. 2. Créatine kinase - bande myocardique (CK-MB) : Le niveau est élevé si la valeur laboratoire est supérieure à la LSN selon les paramètres de laboratoire de l'hôpital donné. 3. Teneur de troponine au chevet positive : Le niveau est élevé si la valeur laboratoire est supérieure à la LSN selon les paramètres de laboratoire de l'hôpital donné. <p>L'arrivée au premier établissement signifie l'heure de l'arrivée à votre établissement ou l'heure d'arrivée à l'établissement de transfert.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui

Troponine	FONDAMENTAL	<p>INITIAL Indiquez si un échantillon de troponine initial a été prélevé. Remarque(s) : L'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement.</p> <p>Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon de troponine initial a été prélevé (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Entrez la date à laquelle l'échantillon a été prélevé (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon de troponine initial a été prélevé (et non l'heure à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Entrez l'heure à laquelle l'échantillon a été prélevé (et non l'heure à laquelle les résultats ont été rapportés). Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. c. Valeur (ng/ml) - Indiquez la valeur de troponine initiale en ng/ml. Remarque(s) : Si la valeur est rapportée en utilisant un symbole < (p. ex. < 0,02), inscrivez le nombre seulement (p. ex. 0,02). Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. d. LSR - Indiquez la LSR (limite supérieure de référence) pour l'échantillon de troponine initial en ng/ml. Remarque(s) : Si vous n'êtes pas certain de la valeur de la limite supérieure de référence à rapporter d'une teneur en troponine, communiquez avec votre directeur de laboratoire afin de déterminer la valeur conforme à la définition. La valeur de l'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement. <p>Définition : Limite supérieure de référence (LSR) : Définie comme le 99^e percentile des niveaux de troponine pour une population de sujets sains. Source : Document de consensus du groupe de travail conjoint ESC-ACC-AHA-WHF 2007 « Définition universelle de l'infarctus du myocarde »</p> 3. Oui – I 4. Oui – T
-----------	-------------	---

<p>Troponine (suite)</p>	<p>FONDAMENTAL</p>	<p>POINTE</p> <p>Indiquez si la troponine de pointe, I ou T, a été prélevée.</p> <p>Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date – Indiquez la date à laquelle la troponine de pointe a été prélevée (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Si la valeur initiale était également la valeur de pointe, inscrivez les résultats dans les sections de la valeur initiale et de la valeur de pointe. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle la troponine de pointe a été prélevée (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Si la valeur initiale était également la valeur de pointe, inscrivez les résultats dans les sections de la valeur initiale et de la valeur de pointe. c. Valeur (ng/ml) - Indiquez la valeur de troponine de pointe en ng/ml. Remarque(s) : Si la valeur est rapportée en utilisant un symbole < (p. ex. < 0,02), inscrivez le nombre seulement (p. ex. 0,02). d. LSR - Indiquez la LSR (limite supérieure de référence) pour l'échantillon de troponine de pointe en ng/ml. Remarque(s) : Si vous n'êtes pas certain de la valeur de la limite supérieure de référence à rapporter d'une teneur en troponine, communiquez avec votre directeur de laboratoire afin de déterminer la valeur conforme à la définition. La valeur de l'échantillon initial fait référence à l'échantillon le plus élevé prélevé par un établissement de transfert ou votre établissement. <p>Définition : Limite supérieure de référence (LSR) : Définie comme le 99^e percentile des niveaux de troponine pour une population de sujets sains. Source : Document de consensus du groupe de travail conjoint ESC-ACC-AHA-WHF 2007 « Définition universelle de l'infarctus du myocarde »</p> 3. Oui – I 4. Oui – T
-------------------------------------	--------------------	--

<p>CK-MB</p>	<p>FONDAMENTAL</p>	<p>INITIAL</p> <p>Indiquez si un échantillon de CK-MB initial a été prélevé. Remarque(s) : Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent.</p> <p>L'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement.</p> <p>Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon de CK-MB initial a été prélevé (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. L'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon de CK-MB initial a été prélevé (et non l'heure à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. L'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement. c. Valeur - Indiquez la valeur de CK-MB initiale. Remarque(s) : Si une valeur de CK-MB n'a pas été calculée à la base pour des résultats normaux CPK, inscrivez une valeur de 0 (zéro). Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. La valeur de l'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement. d. Unité - Indiquez l'unité de mesure de l'échantillon de CK-MB initial. Remarque(s) : Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. La valeur de l'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement. <ol style="list-style-type: none"> a. IU/L b. % c. (mg/ML)/IU d. ng/ml 3. LSN - Indiquez la LSN (limite supérieure de la normale) pour l'échantillon de CK-MB initial. Remarque(s) : Si une fourchette est donnée pour les valeurs de la LSN, inscrivez le nombre le plus élevé de l'échelle. Exemples : Si l'échelle de référence donnée est 0,0-1,5, inscrivez 1,5 comme LSN. Si l'échelle de référence donnée est < 1,5, inscrivez également 1,5 comme LSN. La valeur de l'échantillon initial fait référence au premier échantillon prélevé dans les 24 premières heures de soins, soit par un établissement de transfert ou par votre établissement.
---------------------	--------------------	---

		<p>POINTE</p> <p>Indiquez si la CK-MB de pointe a été prélevée. Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Non 5. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon de CK-MB de pointe a été prélevé (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Si la valeur initiale était également la valeur de pointe, inscrivez les résultats dans les sections de la valeur initiale et de la valeur de pointe. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon de CK-MB de pointe a été prélevé (et non l'heure à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Si la valeur initiale était également la valeur de pointe, inscrivez les résultats dans les sections de la valeur initiale et de la valeur de pointe. c. Valeur - Indiquez la valeur de CK-MB de pointe. Remarque(s) : Si la valeur est rapportée en utilisant un symbole < (p. ex. < 0,02), inscrivez le nombre seulement (p. ex. 0,02). <ol style="list-style-type: none"> i. Unité - Indiquez l'unité de mesure de l'échantillon de CK-MB de pointe. IU/L ii. % iii. (mg/ML)/IU iv. ng/ml d. LSN - Indiquez la LSN (limite supérieure de la normale) pour l'échantillon de CK-MB de pointe. Remarque(s) : Si une fourchette est donnée pour les valeurs de la LSN, inscrivez le nombre le plus élevé de l'échelle. Exemples : Si l'échelle de référence donnée est 0,0-1,5, inscrivez 1,5 comme LSN. Si l'échelle de référence donnée est < 1,5, inscrivez également 1,5 comme LSN. La valeur de l'échantillon de pointe se rapporte à l'échantillon le plus élevé prélevé par un établissement de transfert ou votre établissement.
Créatinine	FONDAMENTAL	<p>INITIAL</p> <p>Indiquez si un échantillon de créatinine initial a été prélevé. Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon de créatinine initial a été prélevé. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon de créatinine initial a été prélevé. c. Valeur (mg/dl) - Indiquez les résultats de l'échantillon de créatinine initial prélevé en mg/dl. Remarque(s) : Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent. L'échantillon de créatinine initial peut être prélevé au présent établissement ou à l'établissement de transfert. <p>POINTE</p> <p>Indiquez si un échantillon de créatinine de pointe a été prélevé. Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon de créatinine de pointe a été prélevé. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon de créatinine de pointe a été prélevé. c. Valeur (mg/dl) - Indiquez les résultats de l'échantillon de créatinine de pointe prélevé en mg/dl.

Hémoglobine	FONDAMENTAL	<p>INITIAL</p> <p>Indiquez si un échantillon d'hémoglobine de base a été prélevé. Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon d'hémoglobine initial a été prélevé (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon d'hémoglobine de base a été prélevé (et non l'heure à laquelle les résultats ont été rapportés). c. Valeur (g/dl) - Indiquez la valeur de l'échantillon d'hémoglobine initial prélevé en g/dl. Remarque(s) : Si le patient a été transféré dans l'établissement, les données disponibles de l'établissement du transfert prévalent.
		<p>VALEUR LA MOINS ÉLEVÉE</p> <p>Indiquez la valeur la moins élevée d'hémoglobine inscrite. Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon d'hémoglobine à valeur la moins élevée a été prélevé (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : La valeur la moins élevée inscrite d'hémoglobine prélevée à l'établissement de transfert est acceptable. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon d'hémoglobine à la valeur la moins élevée a été prélevé (et non l'heure à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : La valeur la moins élevée inscrite d'hémoglobine prélevée à l'établissement de transfert est acceptable. c. Valeur (g/dl) - Indiquez la valeur de l'échantillon d'hémoglobine à valeur la moins élevée prélevé en g/dl. Remarque(s) : La valeur la moins élevée inscrite d'hémoglobine prélevée à l'établissement de transfert est acceptable.
Hémoglobine A1c initiale	OPTIONNEL	<p>Indiquez la date à laquelle l'échantillon d'hémoglobine A1C a été prélevé. Échantillon :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon d'hémoglobine A1C a été prélevé. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon d'hémoglobine A1C a été prélevé. c. Valeur (%) - Indiquez la valeur en pourcentage de l'hémoglobine A1C.
RIN initial	OPTIONNEL	<p>Indiquez si un échantillon pour rapport international normalisé (RIN) a été prélevé. Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon pour rapport international normalisé (RIN) a été prélevé. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon pour rapport international normalisé (RIN) a été prélevé. c. Valeur - Indiquez la valeur du rapport international normalisé (RIN).

Lipides (mmol/L)	OPTIONNEL	<p>Indiquez si un panel lipidique (CT, HDL, LDL, triglycérides) a été effectué.</p> <p>Panel effectué :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui - Donnez les renseignements suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Date - Indiquez la date à laquelle l'échantillon a été prélevé (et non la date à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Les lipides obtenus au cours des 24 premières heures de la présente admission prévalent. Si l'échantillon date de plus de 24 heures avant l'admission, entrez les valeurs les plus récentes obtenues (en six mois) avant la présente admission. b. Heure - Indiquez l'heure à laquelle l'échantillon a été prélevé (et non l'heure à laquelle les résultats ont été rapportés). Remarque(s) : Les lipides obtenus au cours des 24 premières heures de la présente admission prévalent. Si l'échantillon date de plus de 24 heures avant l'admission, entrez les valeurs les plus récentes obtenues (en six mois) avant la présente admission. c. Valeur hors portée : Non / Oui - Indiquez si une ou plusieurs valeurs concernant le cholestérol du dernier panel lipidique ne peuvent être déterminées. Cette situation survient lorsqu'une valeur est si élevée ou si basse que le laboratoire ne peut pas fournir une mesure valide. Remarque(s) : Les éléments du panel lipidique (p. ex. cholestérol total, HDL, LDL et triglycérides) pour lesquels une valeur exacte ne peut pas être déterminée doivent être laissés vides (p. ex. si la valeur rapportée est > 500, laissez l'espace vide, n'attribuez pas le code 500). d. CT - Indiquez la valeur de cholestérol total en mmol/L. Remarque(s) : Les lipides obtenus au cours des 24 premières heures de la présente admission prévalent. Si l'échantillon date de plus de 24 heures avant l'admission, entrez les valeurs les plus récentes obtenues (en six mois) avant la présente admission. Si une valeur exacte n'a pas pu être déterminée par le laboratoire parce qu'elle est trop élevée ou trop basse, n'indiquez pas une valeur pour cet élément et indiquez « Oui » pour la valeur hors portée du panel lipidique. e. HDL - Indiquez la valeur des lipoprotéines de haute densité (HDL) en mmol/L. f. LDL - Indiquez la valeur des lipoprotéines de basse densité (LDL) en mmol/L. Remarque(s) : Les lipides obtenus au cours des 24 premières heures de la présente admission prévalent. Si l'échantillon date de plus de 24 heures avant l'admission, entrez les valeurs les plus récentes obtenues (en six mois) avant la présente admission. Si une valeur exacte n'a pas pu être déterminée par le laboratoire parce qu'elle est trop élevée ou trop basse, n'indiquez pas une valeur pour cet élément et indiquez « Oui » pour la valeur hors portée du panel lipidique. g. Triglycérides - Indiquez la valeur des triglycérides en mmol/L. Remarque(s) : Les lipides obtenus au cours des 24 premières heures de la présente admission prévalent. Si l'échantillon date de plus de 24 heures avant l'admission, entrez les valeurs les plus récentes obtenues (en six mois) avant la présente admission. Si une valeur exacte n'a pas pu être déterminée par le laboratoire parce qu'elle est trop élevée ou trop basse, n'indiquez pas une valeur pour cet élément et indiquez « Oui » pour la valeur hors portée du panel lipidique. Si la valeur est exprimée en décimales, arrondissez-la au nombre entier le plus près
BNP initial	OPTIONNEL	<p>Indiquez si un BNP a été obtenu à l'admission.</p> <p>Prélevé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non 2. Oui <ol style="list-style-type: none"> a. Valeur (pg/ml) - Indiquez la valeur de BNP en pg/ml.

NT-proBNP initial	OPTIONNEL	Indiquez si un NT-pro BNP a été obtenu à l'admission. Prélevé : 1. Non 2. Oui a. Valeur (pg/ml) - Indiquez la valeur du NT-proBNP en pg/ml.
Glycémie	FONDAMENTAL	Indiquez le test de glycémie effectué et la valeur à l'admission. 1. Aléatoire, indiquez la valeur 2. Glycémie à jeun

PARTIE 5 – CONGÉ

NOM DU CHAMP	CLASSIFICATION	DÉFINITION
État au congé	FONDAMENTAL	Indiquez si le patient était vivant ou décédé au congé de l'hôpital. <ol style="list-style-type: none"> 1. Vivant 2. Décédé
Date du congé	FONDAMENTAL	Indiquez la date à laquelle le patient a obtenu son congé de l'hôpital, a quitté sans autorisation médicale, a été transféré à un autre centre ou est décédé pendant cette admission.
Emplacement	FONDAMENTAL	Indiquez l'emplacement où le patient (si vivant) a été envoyé. <ol style="list-style-type: none"> 1. Accueil 2. Soins de longue durée ou unité de transition 3. Autre hôpital 4. Maison de soins infirmiers 5. Centre de soins palliatifs 6. Autre 7. A quitté sans autorisation médicale
Recommandation de réadaptation cardiaque	FONDAMENTAL	Indiquez si le patient a été dirigé (par le médecin, une infirmière ou un autre membre du personnel) vers un programme de réadaptation cardiaque externe. Remarque(s) : Le programme peut comprendre un programme de réadaptation cardiaque classique selon des rencontres individuelles et des séances de formation. Il peut également comprendre d'autres options comme des méthodes à la maison, de même que des modifications au régime alimentaire et des exercices. <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
Recommandation de programme de cessation du tabagisme	FONDAMENTAL	Indiquez si le patient a été dirigé vers un programme de cessation du tabagisme <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
Diagnostic primaire	FONDAMENTAL	Indiquez le diagnostic au congé : <ol style="list-style-type: none"> 1. SCA 2. Autre cardiaque – précisez 3. Autre - précisez
Décédé	FONDAMENTAL	Indiquez la cause du décès : <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiaque 2. Non cardiaque Indiquez l'heure du décès :

REMERCIEMENTS

La Société canadienne de cardiologie désire remercier les personnes suivantes pour leur aide et leurs conseils pour l'élaboration des éléments de données et des définitions du chapitre sur le syndrome coronarien aigu :

Groupe de travail sur les définitions des données sur le syndrome coronarien aigu (SCA)

Warren Cantor (président), *Southlake Regional Health Centre* (Ontario)
Peter Bogaty / Laurie Lambert, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Christopher Buller, *Hamilton Health Sciences* (Ontario)
Jafna Cox, *Cardiovascular Health Nova Scotia* (Nouvelle-Écosse)
Shaun Goodman, *St. Michael's Hospital* (Ontario)
Michel Le May, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Jack Tu, Équipe canadienne d'analyse de résultats en matière de maladies cardiovasculaires
Robert Welsh, *University of Alberta Hospital*
Représentants de l'Agence de la santé publique du Canada

Comité directeur des définitions de données

Christopher Buller (président), *Hamilton Health Sciences* (Ontario)
Jafna Cox, *Cardiovascular Health Nova Scotia* (Nouvelle-Écosse)
Ross Davies, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Diane Galbraith, *Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease*, (Alberta)
Karin Humphries, *British Columbia Cardiac Registry*
Kori Kingsbury, Réseau de soins cardiaques de l'Ontario
Dennis Ko, Équipe canadienne de recherche sur les résultats des interventions en santé cardio-vasculaire
Laurie Lambert, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Anne McFarlane, Institut canadien d'information sur la santé
Représentants de l'Agence de la santé publique du Canada
Charlie Kerr, président sortant, et Blair O'Neill, président, Société canadienne de cardiologie, membres d'office

Soutien au projet

Anne Ferguson, chef de la direction, Société canadienne de cardiologie
Louise Marcus, directrice de projet et directrice, promotion et politiques relatives à la santé, Société canadienne de cardiologie
Holly Fan, gestionnaire de projet (externe)

La production de ces documents a été rendue possible par la Société canadienne de cardiologie et grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

DROIT D'AUTEUR

© Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction ni transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, par voie électronique ou mécanique, par télécopieur, par enregistrement ou autrement, sans la permission écrite appropriée de la Société canadienne de cardiologie^{MC}.