

INDEX

Page

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER	D-2
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale	D-5
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil	D-6
Anesthésie obstétricale	D-6
Anesthésie diagnostique et thérapeutique	D-7
Inhalothérapie	D-8
Neuroleptanalgésie	D-8
Soins spéciaux (<i>Rubrique abolie par l'Amendement n°85</i>)	D-8
Soins de ventilation	D-10
Coeur-poumon artificiel	D-10
Transplantations	D-10
Divers	D-10
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE	D-11

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 OBJET

1.01 Le présent préambule a pour objet de régir la tarification de l'anesthésie-réanimation.

2.00 DÉFINITIONS

2.01 Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale, le bloc digital, le bloc paracervical et la neuroleptanalgie.

2.02 Intervention : une chirurgie, un acte diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiste.

2.03 Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont, pendant une même anesthésie, pratiquées chez un même patient.

2.04 Neuroleptanalgie : procédure qui consiste à administrer certains médicaments du système nerveux central par voie intraveineuse à des doses qui n'induisent pas une anesthésie générale mais permettent d'atténuer l'état de conscience du patient en vue de procéder à une intervention.

3.00 HONORAIRE GLOBAL

3.01 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global. Sont compris dans cet honoraire tous les soins que le médecin anesthésiste donne au patient pendant la durée de l'anesthésie ainsi que, pour les soins habituels, l'examen en salle de réveil.

3.02 Sont toutefois exclues de l'honoraire global les procédures codées P.A.R. 3.02.

3.03 Les actes nouveaux sont payables sauf ceux que les parties déterminent comme faisant partie de l'honoraire global.

3.04 Le médecin qui pratique l'intervention n'a pas droit aux honoraires d'anesthésie sauf autrement prévu au tarif.

4.00 EXAMEN

4.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement de ses honoraires d'examen ou de consultation, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : *Voir la règle 2 du préambule général.*

4.02 L'examen préanesthésie est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire.

5.00 MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

5.01 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux (2) composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; pour l'autre, la somme des unités de durée.

5.02 Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

5.03 Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiste consacre au soin du patient; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

AVIS : *L'anesthésiste (R=2) doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.*

6.00 DURÉE

6.01 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiste a charge du patient.

6.02 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiste prend contact avec le patient pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiste confie la surveillance du patient au personnel de la salle de réveil.

6.03 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze (15) minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit (8) premières périodes; deux (2) unités de durée, pour chaque période supplémentaire; et trois (3) unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze (15) minutes.

AVIS : *Voir le tableau à la fin du présent onglet et la section 4.2.6.1 de l'onglet «RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT» .*

7.00 INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE

7.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. (MOD=047)

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du patient.

8.00 PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE PRÉCHIRURGICALE

8.01 Le médecin anesthésiste a droit au plein tarif de l'anesthésie, lorsque son concours est requis pour une procédure diagnostique préchirurgicale dont la tarification est de quatre (4) unités de base ou plus.

9.00 CHIRURGIES MULTIPLES

9.01 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

10.00 ANESTHÉSISTE COLLABORATEUR

10.01 Le médecin anesthésiste qui agit comme collaborateur (R=3) a droit à la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum quatre (4), pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

10.02 Le médecin anesthésiste collaborateur a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du patient; on applique à cet égard les dispositions de l'article 5.00.

AVIS : Voir section 4.2.6.2 sous l'onglet «*Rédaction de la demande de paiement*». L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit s'assurer que sa demande de paiement porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de l'acte paraissant dans le manuel des médecins omnipraticiens.

11.00 REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION

11.01 Le médecin anesthésiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du patient.

11.02 Le médecin remplaçant n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037): on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiste a consacrées au soin du patient.

AVIS : Voir section 4.2.6.3 sous l'onglet «*Rédaction de la demande de paiement*».

12.00 ANESTHÉSIE CHEVAUCHANT PLUS D'UNE PLAGE HORAIRE

12.01 Le médecin anesthésiste doit utiliser le modificateur 130 lorsque l'intervention chevauche plus d'une plage horaire.

AVIS : Voir le tableau à la fin du présent onglet et la section 4.2.6.4 de l'onglet «*Rédaction de la demande de paiement*».

13.00 PARTICIPATION

13.01 Le médecin anesthésiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du patient pendant qu'on pratique cette intervention, sans qu'il n'y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

14.00 ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

14.01 Sauf s'il se présente une procédure obstétricale ou une urgence grave, un médecin anesthésiste ne peut, en cours d'intervention, être rémunéré pour plus d'un patient.

15.00 NEUROLEPTANALGÉSIE

15.01 Le médecin qui, lors de son intervention, utilise une procédure de neuroleptanalgie a droit au supplément prévu au tarif.

Pour avoir droit à ce supplément le médecin doit, conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, avoir à sa disposition tout le matériel et la médication d'urgence prescrits par le Collège et procéder tout au long de l'intervention à la surveillance per et post opératoire des éléments suivants :

- l'état de conscience;
- la surveillance de l'électrocardiogramme;
- la prise régulière des signes vitaux;
- la saturation d'oxygène.

ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

+ VALEUR DE L'UNITÉ : 14,15 \$ au 1^{er} avril 2011 et 14,85 \$ au 1^{er} janvier 2012

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

	Extraction dentaire simple	(Voir système digestif)	
00904	Réséction de racine dentaire		4*
00905	Obturation dentaire		4*
00918	Pulpectomie		4*
00919	Traitement de canal dentaire		4*
00960	Extension des replis muqueux		4*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche		7*
00962	Implantation de prothèse dentaire		4*
00963	Alvéoloplastie		4*
00964	Alvéolectomie		4*
00966	Ablation de tissu hyperplasique		4*
00967	Alvéolite		4*
00968	Fracture alvéolaire		4*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme		4*
00970	Ablation de torus		4*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit uniquement à l'examen préanesthésique et aux unités de durée		
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle)		
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie		4*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie		4*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux		
00924	avec ou sans appareil de traction		4*
	Maxillectomie		
00930	partielle		9*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)		4*

	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)	
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	4*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	4*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	4*
00950	Intervention sur le trijumeau avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau	5*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une (1) ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)	3*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)	
00957	repositionnement bilatéral	9*
00959	diminution	7*
00925	Curetage sous-gingival	4*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
+00907	sans la présence d'un anesthésiste	43,20
+00908	avec la présence d'un anesthésiste	22,45

NOTE : cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour le médecin.

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

	Accouchement ou période du travail, ou les deux	
00921	sous anesthésie générale	8
00910	sous anesthésie régionale par injection unique	8
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie postaccouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter	14

NOTE : si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne devient nécessaire, l'honoraire de cette dernière, (codes d'acte 06912 ou 06913), s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où le médecin anesthésiste prend contact avec la patiente pour effectuer l'induction.

- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.

ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

+00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) par examen	9,25
+	maximum par jour	37,00

AVIS : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.

+00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée postponction de la dure-mère	92,45
	Épidurale continue pour soulager la douleur pour les premières quarante-huit (48) heures	
+00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les examens, la surveillance et les injections (P.G. 2.4.7.3 C)	198,15
	après quarante-huit (48) heures	
+00935	réinjections et/ou examens, par jour, par patient (P.G. 2.4.7.3 C)	37,00
+00952	Épidurale différentielle incluant les examens et consultations, les injections et la surveillance (P.G. 2.4.7.3 C) ...	198,15

NOTE : comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient.
Ce test a une durée moyenne de trois heures.
Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.
Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.

Douleur aiguë ou douleur chronique :

	Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les examens et consultations, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections	
00997	période de 24 heures ou moins	4
00998	période de plus de 24 heures	8
00999	période de plus de 96 heures, par jour, supplément. .	3
	Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections	
00988	période de 24 heures ou moins	4
00989	période de plus de 24 heures	8
01900	période de plus de 96 heures, par jour, supplément. .	3

		R = 1	R = 2
+01901	Tests à la phentolamine et à la lidocaïne pour douleur chronique	58,85	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.		
	NOTE : Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient		

INHALOTHÉRAPIE

+00917	Examen de contrôle (P.G. 2.2.9 A)	8,00	
+	Maximum par jour	32,00	
	NOTE : ne peut être facturé par un médecin qui a réclamé le rôle 2 auprès du même patient, le même jour.		

AVIS : *Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.*

00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'appar à une minute est de cinq (5) ou moins . . .		4
-------	---	--	---

AVIS : *Inscrire l'appar dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.*

NEUROLEPTANALGÉSIE

Procédure de neuroleptanalgie réalisée conformément aux exigences du Guide d'utilisation du Collège des médecins du Québec, incluant l'examen, l'administration de médicament et la surveillance :

+00980	supplément (P.G. 2.4.7.3 C)	25,95	
--------	---------------------------------------	-------	--

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin anesthésiste (v.g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)		1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		
+00927	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C)	14,20	
+	Maximum par jour	56,80	
	NOTE : Cet examen ne peut être jumelé le même jour par le même médecin avec un autre examen.		
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.		
	Niveau II		
	Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin anesthésiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle		
00990	Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)		4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		
+00991	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C)	14,20	
+	Maximum par jour	85,20	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. (P.A.R. 3.02).		9
00940	Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible (P.A.R. 3.02)		7
00926	Soins de ventilation postopératoire à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement et des examens . .		3

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, est de (MOD=036) 17*

AVIS : Lorsque le MOD=036 est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique et la valeur des unités de base devient 17. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.

TRANSPLANTATIONS

00932 Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base 11*

DIVERS

00981 Anesthésie pour angioradiologie (P.G. 2.9) 5*

00982 Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne 5*

00954 Anesthésie pour électroconvulsothérapie 4*

NOTE : l'examen préanesthésique s'applique au début de la série de traitements seulement.

00986 Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur 3*

00958 Anesthésie générale pour épiglottite (P.G. 2.9) 9*

00971 Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale 3*

00972 Anesthésie pour ablation de points de suture 3*

00974 Tamponnement nasal antérieur 3*

00975 Anesthésie pour tomographie par ordinateur, peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie 6*

00973 Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie 9*

Anesthésie pour examen ophtalmologique :

00955 sans intubation 4*

00956 avec intubation 4*

00976 Anesthésie pour examen sous anesthésie générale 3*

00977 Anesthésie pour circulation assistée 7*

00978 Anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire 7*

00979 Anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire 6*

00983 Anesthésie pour télécobalthérapie 3*

00985 Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément 1

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

DURÉE EN 1/4 D'HEURE	UNITÉS DE DURÉE	DURÉE EN 1/4 D'HEURE	UNITÉS DE DURÉE
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	80	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273