Formulaire « Amendement CH-IQI »

**Personne de contact**

**Nom :**

**Institution :**

**Rue :**

**Case postale :**

**NPA / Localité :**

En cas de questions supplémentaires, joignable via :

**Courriel :**

**Téléphone :**

**Demande de modification de la version** **5.5 des CH-IQI**

La demande porte sur :

[ ]  l’indicateur numéro

 [ ]  modification de la définition

 [ ]  modification du mode de calcul

 [ ]  modification du mode de présentation

[ ]  un nouvel indicateur

Dans le domaine suivant :

[ ]  A Maladies cardiaques

[ ]  B Maladies du système nerveux, accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale)

[ ]  C Médecine gériatrique

[ ]  D Maladies pulmonaires

[ ]  E Maladies des organes abdominaux

[ ]  F Affections des vaisseaux

[ ]  G Gynécologie et obstétrique

[ ]  H Maladies des voies urinaires et des organes génitaux masculins

[ ]  I Maladies des os, des articulations et du tissu conjonctif

[ ]  J Affections complexes, hétérogènes (indicateur pour peer review)

[ ]  K Affections de la peau

[ ]  L Médecine hautement spécialisée

[ ]  M Médecine palliative

[ ]  N Chirurgie robotisée

[ ]  Y COVID-19

[ ]  Z Informations supplémentaires

[ ]

Mots-clés :

*Veuillez décrire avec précision les modifications souhaitées, en les justifiant :*

**Pour la modification de la définition :**

*Quelles modifications précises proposez-vous pour les critères d'inclusion et d'exclusion applicables aux diagnostics selon la CIM-10, aux traitements selon la CHOP ou pour d’autres caractéristiques (p. ex. l’âge à l’admission) ?*

*Proposez-vous une répartition et si oui, d’après quels critères ?*

**Pour la modification du mode de calcul :**

*Quelles modifications précises proposez-vous d’apporter au mode de calcul de l’indicateur ?*

**Pour la modification du mode de présentation :**

*Comment l’indicateur devrait-il désormais être présenté, concrètement ?*

**Pour un nouvel indicateur :**

*Quels critères d'inclusion et d'exclusion précis proposez-vous pour les diagnostics selon la CIM-10, pour les traitements selon la CHOP ou pour d’autres caractéristiques (p. ex. l’âge à l’admission) ?*

*Proposez-vous une répartition et si oui, d’après quels critères ?*

[ ]  Merci de joindre au formulaire les documents d’accompagnement référencés suivants :

[ ]  Informations complémentaires :

Date, nom :

Nous vous prions de bien vouloir renvoyer ce formulaire à l’OFSP par courrier postal ou électronique :

* par courrier postal : OFSP, Section Gestion des données et statistique, 3003 Berne
* par courrier électronique : KUV-DMS@bag.admin.ch ; Objet : Amendement CH-IQI

Pour toute question ou renseignement complémentaire, veuillez envoyer un courrier électronique à KUV-DMS@bag.admin.ch.