STANDARDELE DE CODIFICARE

CUPRINS

CUVÂNT DE MULȚUMIRE vii

ABREVIERI ix

INTRODUCERE 1

STANDARDELE GENERALE PENTRU MALADII 5

0010 Îndrumări teoretice generale 5
0001 Diagnostice principale 6
0002 Diagnostice secundare 9
0046 Selecția diagnosticului pentru endoscopie efectuată în aceeaşi zi 10
0005 Sindroame 11
0008 Sechele 12
0011 Internarea pentru intervenție chirurgicală neefectuată 14
0012 Afecțiuni suspecte 14
0013 Coduri 'neprecizate' şi 'alte' 15
0015 Coduri combinate 17
0025 Codificarea dublă 17
0026 Internarea pentru trial sau monitorizare clinică/medicamentație 18
0027 Codificarea multiplă 18
0033 Convenții folosite în lista tabelară a maladiilor 20
0034 Convenții folosite la indexul alfabetic al maladiilor 24

STANDARDE GENERALE PENTRU PROCEDURI

0016 Linii directoare generale privind procedura 26
0040 Convenții folosite în lista tabelară a procedurilor 27
0041 Convenții folosite în indexul alfabetic al procedurilor 31
0019 Proceduri nefinalizate sau întrerupte 34
0020 Proceduri multiple/bilaterale 34
0022 Examinarea sub anestezie 35
0023 Chirurgie laparoscopică/artroscopică/endoscopică 36
0024 Panendoscopia 36
0028 Biopsia ganglionilor limfatici para-aortici 37
0029 Codificarea procedurilor contractate 37
0030 Procurarea de organe şi transplantarea 38
0031 Anestezia 40
0032 Intervenții în domenii înrudite cu sănătatea 42
0037 Proceduri de pediatrie 44
0038 Proceduri care se disting pe bază de dimensiune, timp sau număr de leziuni 45
0039 Redeschiderea locului operat 46
0042 Proceduri necodificate în mod normal 46
0043 Lambouri şi lambouri libere 47
0044 Chimioterapia 51
0045 Dispozitive de administrare a medicamentelor 52

STANDARDE DE SPECIALITATE

1. Anumite Boli Infecțioase şi Parazitare **59**

0102 HIV/SIDA 59
0103 Infecția cu streptococi 63
0104 Hepatitele virale 63
0108 Sepsis secundar al infecției tractului urinar/urosepsis 66
0109 Neutropenia 67
0110 Septicemia 67
0111 Bacteremia 70
0112 Infecție cu microorganisme rezistente la medicamente 70

2. Neoplasme **73**
0236 Codificarea şi secvenţialitatea neoplasmelor 73
0207 Complicaţii asociate cu neoplasme 73
0214 Intragam 74
0218 Limfangita carcinomatoasă 74
0219 Mastectomie pentru malignitate depistată prin biopsie 74
0222 Limfom 74
0224 Îngrijiri paleative 75
0227 Recurenţa în cicatricea mastectomiei 75
0229 Radioterapie 75
0233 Morfologie 76
0234 Localizări alăturate 76
0237 Recurenţa malignităţii primare 77
0239 Metastaze 77
0241 Tumora malignă a buzei 78
0242 Carcinomatoză diseminată 78
0245 Remisiunea în bolile imunoproliferative maligne şi leucemii 78
0246 Polipoză adenomatoasă familială 79
0247 Cancer de colon ereditar non-polipozic 80

3. Bolile Sângelui şi Organelor Hematopoietice şi unele Tulburări ale Sistemului Imunitar **83**
0301 Procurarea şi transplantul celulei stem 83
0302 Transfuzii de sânge 84
0303 Profil anormal al coagulării 85

4. Bolile Endocrine, de Nutriţie şi Metabolism **87**
0401 Diabet mellitus şi reglementarea intoleranţei la glucoză 87
0402 Fibroză chistică 101
0403 Hiperglicemia 101

5. Tulburări Mentale şi de Comportament **105**
0503 Tulburări ale consumului de medicamente, alcool şi tutun 105
0505 Boala mentală care complică sarcina 108
0506 Adaptare/reacţie depresivă 110
0511 Atacuri de panică cu fobie 110
0512 Tulburare de personalitate/trăsături 110
0516 Coduri sociale 111
0517 Noncomplianţa la tratament 111
0520 Istoric familial al bolii mentale 111
0521 Pacient internat fără semn de boală mentală 111
0525 Reabilitarea şi dezintoxicarea de substanţe 112
0526 Sindromul Münchausen 112
0528 Boala Alzheimer 112
0530 Supradoză de medicamente 112
0531 Deficienţa intelectuală/incapacitate intelectuală 112
0532 Deficienţă cognitivă 113
0532 bis Tulburări de dezvoltare psihologică privind vorbirea şi limbajul 113

6. Sistemul Nervos 117
0604 Atac vascular cerebral 117
0605 Întinderea atacului vascular cerebral 118
0606 Afazia/disfazia 119
0612 Chirurgia bazei craniului 119
0624 Disreflexia autonomă 119
0625 Cvadriplegia şi paraplegia netraumatice 119
0627 Tulburări mitochondriale 120
0629 Radiochirurgie stereotaxică, radioterapie şi localizare 121
0630 Chirurgia mâinii cvadriplegice 122
0631 Atac de tremurături benign 122
0632 Brahiterapia stereotaxică 123
0633 Neurochirurgia stereotaxică 123
0634 Drenarea fluidului cefalorahidian, shunt şi ventriculostomia 124
0635 Apneea de somn şi tulburări înrudite 124

7. Ochiul şi Anexele 131
0701 Cataracta 131
0709 Pterigium 132
0710 Strabism 132
0719 Intoleranța la lentilele de contact 132
0723 Inelul ruginiu cornean 132
0724 Chelarea calciului cornean 132
0731 Rejectarea sau insuficiența grefei corneene 132
0732 Hiphema post-procedurală 133
0733 Hemodiluția 133
0740 Trabeculectomia 133
0741 Ectropion/Entropion 133

8. Ureche, Nas, Gură şi Gât (ENMT) 137
0801 Surditate 137
0802 Ureche cu mucozități 137
0803 Internare pentru îndepărtarea tuburilor de timpanostomie 137
0804 Tonsilita 137
0807 Chirurgia funcțională endoscopică a sinusului (FESS) 137
0809 Implanturi intraorale cu osteointegrare 138

9. Sistemul Circulator 141
0904 Stop cardiac 141
0907 Înregistrarea electrocardiografică 141
0909 Grefe prin bypass al arterelor coronare 141
0913 Nefropatia hipertensivă (I12) 145
0915 Disfuncția ventriculară stângă (LVD) 145
0920 Edem acut pulmonar 145
0925 Hipertensiune 145
0926 Boala hipertensivă de inimă (I11) 146
0927 Cardio-nefropatia hipertensivă (I13) 146
0928 Hipertensiunea secundară (I15) 146
0933 Cateterism cardiac 146
0934 Procedurile de revizie cardiacă/reoperare 147
0936 Pacemaker 147
0938 Oxigenarea cu membrană extracorporeală permeabilă (ECMO) 150
0939 Chirurgia fistulei/shuntului arteriovenos 151
0940 Boala ischemică a inimii 152
0941 Boala arterială 156

10. Sistem Respirator 163
1002 Astmul 163
1004 Pneumonia 163
1006 Suport pentru respirație 164
1007 Obstrucția respiratorie iminentă datorită abcesului facial cervical 167
1008 Boala pulmonară obstructivă cronică (COPD) 168
1011 Bronşita cronică la copii 168

11. Sistemul Digestiv 171
1101 Apendicita 171
1103 Hemoragia gastrointestinală (GI) 171
1105 Aderențe 171
1106 Ulcer gastric cu gastrită 171
1109 Colon redundant 172
1110 Fluid liber intraperitoneal 172
1111 Adenita mezenterică cu apendicectomie 172
1117 Sângerare pre-rectală (PR) neclasificată altundeva 172
1120 Gastroenterita 172
1121 Esofagita 172
1122 Helicobacter/Campylobacter 173

12. Piele şi Țesut Subcutanat 177
1203 Debridarea 177
1204 Chirurgia plastică 177
1205 Blefaroplastia 179
1210 Celulita 179
1216 Chirurgie craniofacială 179
1217 Repararea plăgilor tegumentare şi ale țesutului subcutanat 180
1220 Implanturi extraorale oseointegrate 180

13. Sistemul Musculo-Scheletic şi Țesutul Conjunctiv 185
1301 Dureri de spate 185
1302 Sindromul dorsalgiei joase cronice 185
1304 Sindromul compartimental 185
1307 Tulburări ale discului cu mielopatie 185
1308 'Leziunea discului' 185
1309 Dislocarea prostezei de şold 185
1311 Exostoza 186
1316 Distanțier de ciment/perle 186
1319 Ruperea meniscului/ligamentului genunchiului, nespecificat alminteri 186
1329 Artroplastia discului Silastic 186
1330 Disc alunecat 186
1331 Leziuni ale țesutului moale 187
1334 Spondiloză/spondilolisteză/retrolisteză 187
1335 Leziuni biomecanice, neclasificate altundeva 187
1336 Hipertonia 187
1342 Hipereflexia 187
1343 Eroziunea genunchiului 187
1344 Sindromul de postlaminectomie 188
1348 Sudura vertebrală 188
1352 Artrita juvenilă 188

14. Sistemul Genitourinar **191**
1404 Internare pentru dializa renală 191
1405 Sângerare vaginală, nespecificată altminteri 191
1408 Virus papillomatos uman (HPV)..... 191
1415 Sindromul Young 192
1417 Rezecția percutanată a tumorii de rinichi via nefrostomie 192
1420 Incizia colului vezicii urinare pentru hipertrofia benignă prostatică 192
1426 Dializa în amiloidoză 193
1427 Hidrocel 193
1428 Sindromul de dietilstilbestrol (DES) 193
1429 Durere în lombe/sindromul hematuriei 194
1430 Deteriorare cronică renală 194
1431 Examinare sub anestezie (EUA), ginecologie 194
1433 Reeducarea vezicii 194
1434 Chist ovarian 194
1435 Mutilarea organelor genitale feminine 195
1436 Trial de golire. 196
1437 Infertilitate 197
15. Sarcina, Naşterea şi Lăuzia **201**
A. Sarcina cu Rezultat Abortiv 201
1503 Avortul 'complet' şi 'incomplet' 201
1504 Mola hidatiformă 201
1510 Sarcina cu rezultat abortiv 201
1511 Sfârşitul sarcinii 201
1514 Ou clar..... 202
1544 Complicații urmând avortului şi sarcinii ectopice şi molare 202
B. Tulburări/Proceduri Privind Travaliul şi Naşterea 203
1505 Naştere unică, vaginală, spontană 203
1506 Prezentare anormală, disproporție şi anormalitatea organului pelvin matern 203
1508 Întârzierea celei de-a doua faze cu blocaj neuroaxial 204
1509 Estrioli în scădere 204
1513 Inducție 205
1515 Afecțiune antepartum cu naştere 206
1517 Rezultatul naşterii 206
1518 Durata sarcinii 206
1519 Naştere anterioară internării 207
1520 Naşteri multiple 207
1521 Afecțiuni care complică sarcina 207
1524 Primipară vârstnică 208
1525 Multiparitate mare 208
1526 Hipertensiune în sarcină 209
1527 Naştere după termen 209
1528 Hemoragie postpartum 209
1529 Travaliu precipitat 209
1530 Naştere prematură..... 209
1531 Ruptura prematură a membranelor 210
1532 Travaliu prelungit 210
1534 Naşterea cu ajutorul forcepsului 210
1536 Reducerea numărului de fetuşi..... 211
1537 Mişcări fetale scăzute 211
1541 Cezariană de urgență şi electivă 211
1542 Naştere pelvină şi extracție 211
1543 Îndepărtarea manuală a placentei 212
1546 Încetinirea bătăilor de inimă fetale 212

1547 Meconium lichid 212
C. Tulburări/Proceduri Legate de Lăuzie 212
1501 Definiția lăuziei 212
1538 Dificultăți de punere la sân în perioada postnatală 213
1539 Suprimarea lactației 213
1548 Afecțiuni sau complicații postpartum 214
1549 Infecție streptococică grup B/purtător în sarcină 214
16. Unele Afecțiuni a căror Origine se Situează în Perioada Perinatală **217**
1602 Complicații neonatale ale diabetului matern 217
1605 Definiția afecțiunilor a căror origine se situează în perioada perinatală 217
1607 Nou-născut/neonatal 218
1608 Adopția 218
1609 Nou-născuți afectați de cauze materne şi traume la naştere 218
1610 Sindromul morții subite la sugar/eveniment acut care amenință viața 220
1611 Observarea şi evaluarea nou-născuților şi sugarilor pentru afecțiunea suspectată, negăsită 220
1613 Sindromul de aspirație masivă 220
1614 Sindromul de detresă respiratorie/boala membranei hialine/deficiența de surfactant 221
1615 Intervenții specifice pentru nou-născutul bolnav 222
1616 Encefalopatia hipoxică ischemică (HIE) 223
1617 Sepsis neonatal/risc de sepsis 224
1618 Prematuritate şi greutate scăzută la naştere 225
17. Malformații Congenitale, Deformații şi Anomalii Cromozomiale **227**
(Acest capitol a fost lăsat intenționat în alb)
18. Simptome, Semne şi Determinări Anormale Clinice şi de Laborator, Neclasificate Altundeva **229**
1802 Semne şi simptome 229
1804 Ataxia 229
1805 Acopia 229
1806 Căderi 229
1807 Diagnostice privind durerea şi proceduri de monitorizare a durerii 230
1808 Incontinența 231
1809 Convulsii febrile 231
19. Leziuni Traumatice, Otrăviri şi Alte Consecințe ale Cauzelor Externe **235**
1901 Otrăvire 235
1902 Efecte adverse ale medicamentelor 235
1903 Două sau mai multe medicamente luate în combinație 236
1904 Complicații procedurale 237
1905 Leziunea închisă a capului/pierderea cunoştinței/comoția 242
1906 Leziuni curente şi vechi 243
1907 Leziuni multiple 243
1908 Lacerații cu vătămarea nervului şi tendonului 244
1909 Abuzul asupra adultului şi copilului 244
1910 Leziunea pielii 246
1911 Arsuri 246
1912 Sechele ale leziunilor, otrăvirilor, efectelor toxice şi altor cauze externe 248
1913 Infecția plăgii dobândită în spital 249
1914 Plaga dezgolită 249
1915 Leziunea măduvei spinării(include paraplegia şi cvadriplegia traumatice) 250
1916 Leziuni superficiale 254
1917 Plăgi deschise 254
1918 Fractura şi dislocarea 255
1919 Leziune deschisă intracraniană 256
1920 Leziune intratoracică/intra-abdominală 257
1921 Scrântiri şi întinderi 258
1922 Leziuni prin zdrobire 258

1923 Contactul cu animale şi plante veninoase..... 259

20. Cauzele Externe ale Morbidității 265
2001 Folosirea codurilor cauzelor externe şi ordonare..... 265
2004 Reacții alergice nespecificate altminteri 267
2005 Otrăviri şi leziuni – indicarea intenției 267
2008 Autor al agresiunii, abuzului şi neglijenței 268

21. Factorii Influențând Starea de Sănătate şi Motivele Recurgerii la Serviciile de Sănătate 273
2103 Internare pentru convalescență/post-îngrijiri 273
2104 Reabilitare 273
2105 Pacienți spitalizați care primesc îngrijiri pe termen lung/tip casă de sănătate 276
2107 Îngrijiri transferate altei persoane..... 276
2108 Evaluare 276
2111 Screening pentru tulburări specifice 276
2112 Istoric personal 277
2113 Examinări de control pentru tulburări specifice 277

Apendix
A. Clasificarea Clinică şi Grupele de Codificare 281
B. Ghid al Codificării de Bază 289
C. Codul Eticii pentru Codificatorii Clinici 291
D. Profesiunea de Codificator Clinic 293

Bibliografie..... 295

Index
Indexul standardelor..... 297

Cuvânt de mulțumire

Centrul Național de Clasificare a Sănătății (Sydney), Facultatea de Ştiințe Medicale, Universitatea din Sydney a pus bazele Programului Case Mix, Departamentul de Sănătate şi de Îngrijire a Vârstnicilor. Centrul Național de Clasificare al Sănătății (Brisbane), Şcoala de Sănătate Publică, Universitatea de Tehnologie din Queensland au baza în Programul Case Mix, Institutul Australian de Sănătate şi Asistență Socială, Biroul Australian de Statistică şi Universitatea de Tehnologie din Queensland.

Standardele de Codificare Australiene au fost elaborate de către Centrul Național de Clasificare al Sănătății (NCCH), Sydney, Universitatea Sydney. NCCH aduce la cunoştință cu gratitudine importanta contribuție la acest volum prin aplicarea lor de către codificatorii clinici şi personalul medical, grupurile medicale şi Comitetul Consultativ de Standardizare a Codificării (CSAC)[1]. NCCH îşi exprimă recunoştința pentru sprijinul acordat de către Comitetul Clinic Australian pentru Case Mix (ACCC) şi Ramura de Coordonare a Asistenței Medicale de Urgență şi a îngrijirii curente, Departamentul de Sănătate pentru Persoanele Vârstnice care a dus la întâlnirea dintre Grupurile de Codificare şi Clasificare Clinică.

Standardele de Codificare au fost elaborate pornind de la Standardele de Codificare Australiene, prin modificarea şi adaptarea lor la realitățile practicii medicale din România.

[1] Pentru listele de membrii ai grupului de codificare şi clasificare clinică (CCCG) şi Comitetul Consultativ de Standardizare a Codificării (CSAC), vă rugăm să consultați Apendix A, pag. 281.

Abrevieri

ACHI	Australian Classification of Health Interventions
ACS	Australian Coding Standard(s)
ADA	Australian Dental Association
AHMAC	Australian Health Ministers' Advisory Council
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
ALTE	Acute life threatening event
AMI	Acute myocardial infarct
AP	Additional procedure
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
ARM	Artificial rupture of membranes
ASA	American Society of Anaesthesiologists
AV	Atrioventricular
AVF	Arteriovenous fistula
AZT	Azidothymidine (Zidovudine)
BAHA	Bone anchored hearing aids
BCC	Basal cell carcinoma
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
BiPAP	Bi-level positive airway pressure
BMI	Body mass index
BSA	Body surface area
BSS	Black silk suture
CABG(s)	Coronary artery bypass graft(s)
CAD	Coronary artery disease
CADD	Continuous ambulatory drug device
CAL	Chronic airway limitation
CAT	Computerised axial tomography
CCCA	Casemix Clinical Committee of Australia
CCCG	Clinical Classification and Coding Group
CDE	Common bile duct exploration
CLO	Campylobacter like organism
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Central nervous system
COAD	Chronic obstructive airway disease
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CPAP	Continuous positive airway pressure
CPB	Cardiopulmonary bypass
CSAC	Coding Standards Advisory Committee
CSA	Central sleep apnoea
CSAS	Central sleep apnoea syndrome
CSF	Cerebrospinal fluid
CT	Computerised tomography
CTG	Cardiotocography
CVA	Cerebrovascular accident
CVC	Central venous catheter
CVS	Continuous ventilatory support
D	Diagonal (branch)
D&C	Dilation and curettage
DCIA	Deep circumflex iliac artery
DES	Diethylstilboestrol syndrome
DHAC	Department of Health and Aged Care
DKA	Diabetic ketoacidosis

DNA	Deoxyribonucleic acid
DRG	Diagnosis Related Group
Dx	Diagnosis
EBV	Epstein-Barr virus
ECG	Electrocardiogram
ECMO	Extracorporeal membrane oxygenation
ECT	Electroconvulsive therapy
EGD	Oesophagogastroduodenoscopy
EEG	Electroencephalogram
EMG	Electromyography
ENMT	Ear, nose, mouth and throat
ENT	Ear, nose and throat
EOGBSD	Early onset group B streptococcal disease
ESRD	End-stage renal disease
EUA	Examination under anaesthesia
FAP	Familial adenomatous polyposis
FDIU	Fetal death in utero
FESS	Functional endoscopic sinus surgery
FGM	Female genital mutilation
FRIMA	Free right internal mammary artery
GBS	Group B streptococci
GI	Gastrointestinal
GFR	Glomerular filtration rate
HAV	Hepatitis A virus
HBO	Hyperbaric oxygen
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HDV	Hepatitis D virus
HDL	High-density lipoprotein
HEV	Hepatitis E virus
HHV-8	Human herpes virus
HIE	Hypoxic ischaemic encephalopathy
HIV	Human immunodeficiency virus
HNPCC	Hereditary non-polyposis colon cancer
HPV	Human papilloma virus
HT	Hypertension
ICD	International Statistical Classification of Diseases
ICD-O	International Classification of Diseases for Oncology
ICD-9-CM	International Classification of Diseases – Ninth Revision – Clinical Modification
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision
ICD-10-AM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision – Australian Modification
ICU	Intensive care unit
IDDM	Insulin dependent diabetes mellitus
IFT	Impaired fasting glycaemia
IgG/IgM	Immunoglobulins
IGR	Impaired glucose regulation
IGT	Impaired glucose tolerance
IHD	Ischaemic heart disease
IMV	Intermittent mandatory ventilation
INR	International normalised ratio
IOL	Intraocular lens
IPPB	Intermittent positive pressure breathing
IUGR	Intrauterine growth retardation
IV	Intravenous
IVF	In-vitro fertilisation

KSHV	Kaposi sarcoma herpes virus
LAD	Left anterior descending
LADA	Latent autoimmune diabetes in adults
LCX	Left circumflex
L-dopa	Levodopa
LIMA	Left internal mammary artery
LINAC	Linear accelerator
LITA	Left internal thoracic artery
LMCA/LCA	Left main coronary artery
LSCS	Lower segment caesarean section
LVD	Left ventricular dysfunction
M Codes	Morphology of neoplasm codes
MAIC	Mycobacterium avium complex
MALT	Mucosa associated lymphoid tissue
MBS	Commonwealth Medicare Benefits Schedule
MBS-E	Medicare Benefits Schedule Extended
MELAS	Mitochondrial encephalopathy lactic acidosis stroke-like episode syndrome
MEN	Multiple endocrine neoplasia
MERRF	Myoclonic epilepsy ragged red fibres
MODY	Maturity onset diabetes of the young
MRI	Magnetic resonance imaging
MRSA	Methicillin resistant staphylococcus aureus
MVA	Motor vehicle accident
NAHCC	National Allied Health Casemix Committee
NCCH	National Centre for Classification in Health
NEC	Not elsewhere classified
NIDDM	Non-insulin dependent diabetes mellitus
NKHHC	Nonketotic hyperglycaemic-hyperosmolar coma
NLD	Necrobiosis lipoidica diabeticorum
NOS	Not otherwise specified
OA	Occipito-anterior
OGD	Oesophagogastroduodenoscopy
OL	Occipito-lateral
OM	Obtuse marginal
OP	Occipito-posterior
OSA	Obstructive sleep apnoea
OSAHS	Obstructive sleep apnoea-hypopnoea syndrome
OSAS	Obstructive sleep apnoea syndrome
OT	Occipito-transverse
PAWG	Post auricular Wolfe graft
PCA	Patient controlled analgesia
PCOS	Polycystic ovarian syndrome
PCR	Polymerasc chain reaction
PDA	Posterior descending artery
PIN	Prostatic intraepithelial neoplasia
PND	Postnatal depression
PPH	Postpartum haemorrhage
PR	Per-rectal
PSV	Pressure support ventilation
PTCA	Percutaneous transluminal coronary angioplasty
PV	Per-vaginal
PVD	Peripheral vascular disease
RCA	Right coronary artery
RFFF	Radical forearm free flap
RIMA	Right internal mammary artery
RITA	Right internal thoracic artery

RSV	Respiratory syncytial virus
SA	Sinoatrial
SC	Standardele de codificare
SCC	Squamous cell carcinoma
SFD	Small for dates
SHVS	Sleep hypoventilation syndrome
SIDS	Sudden infant death syndrome
SIRS	Systemic inflammatory response syndrome
SRS	Stereotactic radiosurgery
SRT	Stereotactic radiotherapy
ST	S(wave and) T(wave on ECG)
SVG	Saphenous vein graft
TIA	Transient ischaemic attack
TRAM	Transverse rectus abdominus myocutaneous
TTN	Transient (Transitory) tachypnoea of newborn
TURP	Transurethral resection of prostate
URTI	Upper respiratory tract infection
UTI	Urinary tract infection
VAD	Vascular access device
VDD	Ventricular dual (chamber) device
VRE	Vancomycin resistant enterococcus
WHO	World Health Organization
WHR	Waist:hip ratio

Abrevieri (Traducere)

ACHI	Clasificarea Australiană a Intervențiilor în Sănătate
ACS	Standarde(le) de Codificare Australiene
ADA	Asociația dentiştilor australieni
AHMAC	Consiliul Consultativ al Ministerului Sănătății din Australia
AIDS	Sindromul deficienței imunitare dobândite
AIHW	Institutul Australian de Sănătate şi Asistență Socială
ALTE	Eveniment acut care pune viața în pericol
AMI	Infarct acut de miocard
AP	Procedură adițională
AR-DRG	DRG-ul Australian Perfecționat
ARM	Ruperea artificială a membranelor
ASA	Societatea Americană a Medicilor Anestezişti
AV	Atrioventricular
AVF	Fistula artero-venoasă
AZT	Azidotimidină (Zidovudină)
BAHA	Ajutor auditiv ataşat de os *
BCC	Carcinom cu celule bazale
BCG	Bacilul Calmette-Guerin
BiPAP	Presiune pozitivă între două niveluri presionale
BMI	Indice de masă corporală
BSA	Suprafața corporală
BSS	Sutură cu mătase neagră
CABG(s)	Grefarea unui bypass al arterelor coronare
CAD	Boala arterei coronare
CADD	Dispozitiv de administrare ambulatorie continuă a medicamentelor
CAL	Limitare cronică a căilor respiratorii
CAT	Tomografie computerizată axială
CCCA	Comitetul Clinic de Casemix din Australia
CCCG	Grupul de codificare şi clasificare clinică
CDE	Explorarea obişnuită a tractului biliar
CLO	Organisme asemănătoare cu Campylobacter
CMV	Citomegalovirus
CNS	Sistemul nervos central
COAD	Boala obstructivă cronică a căilor respiratorii
COPD	Boala pulmonară obstructivă cronică
CPAP	Presiune pozitivă continuă a aerului
CPB	Bypass cardio-pulmonar
CSAC	Comitetul Consultativ pentru Codificarea Standardelor
CSA	Apneea de somn centrală
CSAC	Sindromul apneei de somn centrale
CSF	Fluidul cerebrospinal
CT	Tomografie computerizată
CTG	Cardiotocografie
CVA	Accident cerebrovascular
CVC	Cateter central venos
CVS	Suport ventilator continuu
D	Diagonal (ramură)
D&C	Dilatare şi curetaj
DCIA	Artera iliacă circumflexă profundă
DES	Sindromul dietilstibesterol
DHAC	Departamentul de sănătate pentru persoanele vârstnice
DKA	Cheto-acidoză diabetică

DNA	Acidul dezoxiribonucleic
DRG	Grupe de Diagnostic Înrudite
Dx	Diagnostic
EBV	Virusul Epstein-Barr
ECG	Electrocardiograma
ECMO	Oxigenarea cu membrană extracorporală permeabilă
ECT	Terapie electroconvulsivă
EGD	Esofagogastroduodenoscopie
EEG	Electroencefalogramă
EMG	Electromiografie
ENMT	Ureche, nas, gură şi gât
ENT	Ureche, nas şi gât
EOGBSD	Debut timpuriu al bolii cu streptococi grup B
ESRD	Boala renală fază finală
EUA	Examinare sub anestezie
FAP	Polipoză adenomatoasă familială
FDIU	Deces fetal intrauterin
FESS	Chirurgie funcțională endoscopică a sinusului
FGM	Mutilare organe genitale feminine
FRIMA	Artera mamară internă dreaptă liberă
GBS	Streptococi grup B
GI	Gastrointestinal
GFR	Rată de filtrare glomerulară
HAV	Virusul hepatitei A
HBO	Oxigen hiperbaric
HBV	Virusul hepatitei B
HCV	Virusul hepatitei C
HDV	Virusul hepatitei D
HDL	Lipoproteine densitate mare
HEV	Virusul hepatitei E
HHV/8	Virus herpetic uman
HIE	Encefalopatie ischemică hipoxică
HIV	Virusul imunodeficienței umane
HNPCC	Cancer de colon ereditar fără polipoză
HPV	Virusul papilomatos uman
HT	Hipertensiune
CIM	Clasificarea internațională statistică a maladiilor
CIM- O	Clasificarea internațională a maladiilor – Oncologie
CIM- 9 – CM	Clasificarea internațională a maladiilor – Revizia 9 – Modificări clinice
CIM – 10	Clasificarea statistică internațională a maladiilor şi problemelor de sănătate asociate – Revizia 10
CIM – 10- AM	Clasificarea statistică internațională a maladiilor şi problemelor de sănătate asociate – Revizia 10 – Modificări australiene
ICU	Unitate de terapie intensivă
IDDM	Diabet zaharat insulino-dependent
IFT	Toleranța scăzută a glicemiei pe nemâncate
IgG/IgM	Imunoglobulină
IGR	Reglarea intoleranței la glucoză
IGT	Toleranța scăzută la glucoză
IHD	Boala ischemică a inimii
IMV	Ventilare obligatorie intermitentă
INR	Coeficient normalizat internațional
IOL	Lentile intraoculare
IPPB	Respirația prin presiune pozitivă intermitentă
IUGR	Întârzierea creşterii intrauterine
IV	Intravenos
IVF	Fertilizarea in-vitro

KSHV	Sarcom Kaposi cu virus herpetic
LAD	Artera descendentă anterior stângă
LADA	Diabet latent auto-imun la adulți
LCX	Artera circumflexă stângă
L-dopa	Levodopa
LIMA	Artera mamară internă stângă
LINAC	Accelerator linear
LITA	Artera toracică internă stângă
LMCA/LCA	Artera coronară principală stângă
LSCS	Operația cezariană segment inferior
LVD	Disfuncție ventriculară stângă
M Codes	Codificarea morfologică a neoplasmelor
MAIC	Complexul micobacterium avium
MALT	Mucoasa asociată țesutului limfoid
MBS	Beneficiile Programului Commonwealth Medicare
MBS-E	Beneficiile Extinse ale Programului
MELAS	Episod de encefalopatie mitocondrială datorită acidozei lactice cu alură de atac cerebral
MEN	Neoplazie endocrină multiplă
MERRF	Epilepsie mioclonică cu ruperea fibrelor roşii zdrențuite
MODY	Diabet matur cu debut la tineri
MRI	Imagistică cu rezonanță magnetică
MRSA	Stafilococul aureus rezistent la Methicillin
MVA	Accident vehicul cu motor
NAHCC	Comitetul Național de Casemix în/pe probleme de Sănătate Înrudite
NCCH	Centrul Național de Clasificare în Sănătate
NEC	Neclasificate în altă parte
NIDDM	Diabet mellitus non-insulino-dependent
NKHHC	Coma hiperglicemică, hiperosmolară non ketozică
NLD	Necrobioza lipoidică a diabetului
NOS	Nespecificate altminteri
OA	Occipito-anterior
OGD	Esofagogastroduodenoscopia
OL	Occipito-lateral
OM	Marginal obtuz
OP	Occipito-posterior
OSA	Apneea de somn obstructivă
OSAHS	Sindrom apnee-hipoapnee de somn obstructivă
OSAS	Sindrom apnee de somn obstructivă
OT	Occipito-tranversal
PAWG	Grefă post-auriculară Wolfe
PCA	Analgezia controlată a pacientului
PCOS	Sindrom ovarian polichistic
PCR	Reacția în lanț a polimerazei
PDA	Artera descendentă posterioară
PIN	Neoplazie intra-epitelială prostatică
PND	Depresie post-natală
PPH	Hemoragie postpartum
PR	Prin rect (per-rectal)
PSV	Susținere ventilatorie sub presiune
PTCA	Angio-plastie coronariană transluminal percutanată
PV	Prin vagin (per-vaginal)
PVD	Boala vasculară periferică
RCA	Artera coronariană dreaptă
RFFF	Rădăcina lamboului liber la antebrat
RIMA	Artera mamară internă dreaptă
RITA	Artera toracică internă dreaptă

RSV	Virusul respirator sincițial
SA	Sinoatrial
SC	Standardele de codificare
SCC	Carcinom cu celule scuamoase
SFD	Talie mică pentru vârsta gestațională
SHVS	Sindrom de hipoventilație în somn
SIDS	Sindromul morții subite a sugarului
SIRS	Sindromul răspunsului sistemic inflamator
SRS	Radiochirurgie stereotaxică
SRT	Radioterapie stereotaxică
ST	S(undă şi) T(undă pentru electrocardiogramă)
SVG	Grefa venei safenă
TIA	Atac ischemic tranzitoriu
TRAM	Dreptul abdominal transvers miocutanat
TTN	Tahipneea tranzitorie a nou născutului
TURP	Rezecția trans-uretrală a prostatei
URTI	Infecția căilor respiratorii superioare
UTI	Infecția tractului urinar
VAD	Dispozitiv de acces vascular
VDD	Dispozitiv ventricular cu două camere
VRE	Enterococ rezistent la Vancomycin
WHO	Organizația Mondială a Sănătății
WHR	Raport talie - coapsă

Introducere

Standardele de codificare pentru Clasificarea internațională a maladiilor şi probleme de sănătate asociate – Revizia 10 – Modificări australiene (CIM-10-AM) se aplică la spitalele publice si private din România Se anticipează că reviziile se vor face pe bază de regulament şi că vor fi urmate de ediții viitoare

Aceste standarde de codificare clinică au fost scrise având ca obiectiv de bază satisfacerea completă a convenției de codificare conform cu CIM-10 AM. Aprecierea modalităților variate de folosire a datelor despre pacienți colectate a fost trecută pe plan secundar. Probleme cum sunt alocarea DRG, cercetarea şi planificarea sunt ținte luate în considerație după ce solicitarea de codificare precisă CIM-10-AM a fost satisfăcută.

Nivelul detalierii în standardizare reflectă premisa de la care utilizatorii documentului vor face instructajul cu informații abstracte relevante pentru fişele medicale şi folosirea CIM-10-AM. Se presupune că cei care fac codificarea sunt conştienți şi iau în considerare regulile CIM-10-AM.

Fişele medicale trebuie să constituie sursa primară de codificare a datelor privitoare la morbiditatea pacienților. Codificarea corectă este posibilă doar după accesul la informații clinice complete. Fără o bună documentare, standardizarea codificării este dificilă dacă nu imposibilă de aplicat. Se presupune că deciziile de codificare nu sunt luate doar pe baza informațiilor oferite de prima pagină a fişei medicale (sau o copie a acesteia) ci sunt rezultatul analizei tuturor înregistrărilor medicale făcute înaintea alocării codului.

Dacă o fişă medicală este inadecvată pentru completare şi codificare corectă, codificatorul trebuie să caute mai multe informații de la clinician. Atunci când diagnosticul este înregistrat şi documentația din cadrul fişei medicale nu este suficientă, poate fi necesară consultarea clinicianului înainte de alocarea codului.

Câteodată referirea la secțiunea adecvată din CIM-10-AM va fi suficientă pentru a explica clinicianului ce este necesar atât pentru diagnostic cât şi pentru descrierea procedurilor. Dacă această acțiune nu are rezultat, trebuie anunțat mangementul spitalului despre documentarea ne-adecvată a fişei medicale şi de efectul rezultant asupra datelor privitoare la pacienții spitalului.

Responsabilitatea pentru corectitudinea diagnosticelor şi a procedurilor, în particular a diagnosticului principal, este a clinicianului, nu a codificatorului.

Un efort unit dintre clinician şi codificator este esențial în vederea realizării unei documentații complete şi precise, codificări şi raportare a diagnosticelor şi procedurilor.

DESCRIEREA CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A MALADIILOR ŞI A PROBLEMELEOR LEGATE DE SĂNĂTATE – REVIZIA A 10a –MODIFICĂRILE AUSTRALIENE

O clasificare a maladiilor poate fi definită ca un sistem de categorii în care entitățile morbide sunt atribuite în conformitate cu criterii stabilite. Scopul CIM-10-AM este de a permite înregistrarea, analiza, interpretarea şi comparația sistematică a datelor referitoare la morbiditate colectate în diferite spitale, state şi țări. Sistemul CIM-10-AM dă posibilitatea translației diagnosticelor şi procedurilor precum şi a altor probleme de sănătate din cuvinte într-un cod alfanumeric, care permite păstrarea, găsirea şi analiza datelor.
CIM a fost folosit pentru prima dată la clasificarea cauzelor de mortalitate în acelaşi fel în care sunt înregistrate decesele. Mai târziu scopul a fost extins cu includerea diagnosticelor de morbiditate. Este important faptul că, deşi ințial CIM a fost destinată clasificării maladiilor şi leziunilor cu un diagnostic formal, nu orice problemă sau motiv pentru care sunt contactate serviciile de sănătate poate fi categorisit în acest fel. În consecință, CIM oferă o mare varietate de semne, simptome, constatări de anormalitate, plângeri şi circumstanțe sociale care pot înlocui un diagnostic.

Structura de bază şi principiile clasificării *CIM-10-AM*

„Inima" clasificării maladiilor CIM-10-AM este codul cu trei caractere, care este nivelul obligatoriu al codificării internaționale de raportare la OMS pentru efectuarea de comparații internaționale generale. Acest set de coduri de bază a fost dezvoltat la patru şi cinci caractere astfel încât să fie posibilă identificarea de maladii specifice importante, menținându-se de asemenea posibilitatea de a prezenta datele în grupuri mari pentru ca informațiile obținute să fie utilizabile şi uşor de înțeles.

CIM-10-AM este o clasificare cu şase variabile. Structura sa este proiectată în principal pentru facilitarea analizelor epidemiologice. Maladiile sunt organizate în următoarele grupuri:

- boli epidemice
- boli organice sau generale
- boli localizate ordonate în funcție de localizare
- boli de creştere
- leziuni

Primele două şi ultimele două din aceste grupuri includ „grupe speciale", care adună afecțiuni ce vor fi ordonate necorespunzător pentru studiile epidemiologice atunci când sunt împrăştiate, de exemplu, în clasificarea ordonată prima dată în funcție de localizarea anatomică. Grupurile care rămân „boli localizate ordonate în funcție de localizare", include capitolele CIM-10-AM pentru fiecare din marile aparate ale corpului.

VOLUMUL 1 – BOLI TABELARE

Cea mai mare parte a Volumului 1 adoptă clasificația maladiilor compusă din 21 de capitole. Primul caracter din codul CIM-10-AM este o literă şi fiecare literă este asociată cu un capitol anume, cu excepția literei D, care apare atât în Capitolul II, *Tumori* cât şi în Capitolul III, *Boli ale sângelui, ale organelor hematopoietice şi unele tulburări ale mecanismului imunitar,* şi litera H, care este folosită atât în Capitolul VII, *Bolile ochiului şi ale anexelor sale* şi Capitolul VIII, *Boli ale urechii şi apofizei mastoide.* Patru capitole (Capitolul I, II, XIX şi XX) folosesc mai mult decât o literă pe prima poziție a codurilor lor.

De notat faptul că litera U nu este folosită. OMS intenționează ca U00-U99 să fie folosite la pregătirea alocării pentru boli cu etiologie incertă şi pentru cercetare.

Capitolele şi literele corespunzătoare precum şi tipurile de grup sunt prezentate mai jos:

Capitolul	Titlul capitolului	Prefixul codului	Tip
Capitolul I	*Boli infecțioase şi parazitare*	A,B	Special
Capitolul II	*Tumori*	C,D	Special
Capitolul III	*Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice şi unele...*	D	Cu localizare
Capitolul IV	*Bolile endocrine de nutriție şi metabolism*	E	Cu localizare
Capitolul V	*Tulburări mentale şi de comportament*	F	Cu localizare
Capitolul VI	*Bolile sistemului nervos*	G	Cu localizare
Capitolul VII	*Bolile ochiului şi a anexelor sale*	H	Cu localizare
Capitolul VIII	*Bolile urechii şi apofizei mastoide*	H	Cu localizare
Capitolul IX	*Bolile aparatului circulator*	I	Cu localizare
Capitolul X	*Bolile aparatului respirator*	J	Cu localizare
Capitolul XI	*Bolile aparatului digestiv*	K	Cu localizare
Capitolul XII	*Bolile pielii țesutului celular şi subcutanat*	L	Cu localizare
Capitolul XIII	*Bolile sistemului osteo-articular, ale muşchilor...*	M	Cu localizare
Capitolul XIV	*Bolile aparatului genito-urinar*	N	Cu localizare

Capitolul	Titlul capitolului	Prefixul codului	Tip
Capitolul XV	*Sarcina, naşterea, lăuzia*	O	Special
Capitolul XVI	*Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada..*	P	Special
Capitolul XVII	*Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii...*	Q	Special
Capitolul XVIII	*Simptome, semne şi rezultate anormale ale...*	R	N/A
Capitolul XIX	*Leziuni traumatice, otrăviri şi alte...*	S,T	Special
Capitolul XX	*Cauze externe de morbiditate şi mortalitate*	V,W,X,Y	N/A
Capitolul XXI	*Factorii care influenţează starea de sănătate...*	Z	N/A

Capitolele sunt subdivizate în „blocuri" omogene ale categoriilor de trei caractere. În Capitolul I *Boli infecţioase şi parazitare*, titlurile blocurilor reflectă o clasificare cu două variabile - modul de transmitere şi grupul principal de organisme infecţioase. În Capitolul II *Tumori* , prima variabilă este modul de comportare al tumorii; în cadrul aceluiaşi comportament variabila este în principal localizarea, deşi câteva categorii de trei caractere sunt oferite pentru tipuri morfologice importante (ex. leucemiile, limfoamele, melanoame, mezotelioame, sarcoame Kaposi). Rangul categoriei este dat în paranteză, precum şi afecţiunile nespecifice ce vor fi incluse.

Structura de bază şi principiile clasificaţiei *CIM-10-AM*

Procedura clasificării la CIM-10-AM (extinsă MBS) a fost dezvoltată de către NCCH şi are la bază Beneficiile Programului Commonwealth Medicare (MBS). Principalele trăsături ale clasificaţiei sunt:

1. un cod de şapte caractere în format xxxxx-xx. Primele cinci caractere reprezintă numărul poziţiei MBS iar ultimele două caractere au fost alocate pentru fiecare concept procedural ce derivă din descrierea poziţiei MBS.

2. o structură ierarhică cu următoarele variabile:
   - primul nivel – localizarea anatomică
   - al doilea nivel – tipul de procedură
   - al treilea nivel – descrierea procedurii

3. includerea mai multor proceduri care pot fi utilizate în stabilimentele ne-instituţionalizate, cum sunt comunităţile bazate pe asistenţa medicală ambulatorie.

Pentru mai multe informaţii despre clasificarea procedurilor *vezi* CIM-10-AM, volumele 3 şi 4.

CIM-10-AM & STANDARDELE DE CODIFICARE

Manualul de codificare CIM-10-AM împreună cu *Standardele de codificare* va suferi un proces ulerior de actualizare.

Standardele de Codificare împreună cu CIM-10-AM, vor fi aplicate în toate spitalele din România începând cu 1 iulie 2010

Lista tabelară de boli şi proceduri a CIM-10-AM (volumele 1 şi 3) includ o adnotare ▼ lângă anumite coduri care indică că există un standard de codificare ce trebuie aplicat.

CUM SĂ FOLOSIM ACEST DOCUMENT

Standardele din acest document sunt grupate pe localizare şi/sau aparat în concordanță cu caracteristica diagnosticelor sau procedurilor.

De exemplu, gastroenteritele standard se află în Capitolul XI, *Aparatul digestiv* , deşi prin cuvântul standard se includ discuția codului A09 *Diaree şi gastro-enterită* p*robabil infecțioasă* care apare la Capitolul I *Boli infecțioase şi parazitare* din Lista tabelară a CIM-10-AM (Volumul 1).

Operațiile şi procedurile sunt grupate în funcție de localizare. De exemplu, "tonsilita" este pusă în discuție la Capitolul VIII, *Ureche, nas, gură şi gât (ENMT).* Orice proceduri care pot fi efectuate la mai multe localizări sunt incluse în capitolul "Proceduri" la pag. 26-54.

O procedură care implică localizări adiacente este grupată în unul sau mai multe capitole aplicabile şi trebuie în primul rând să se facă trimitere la index. De exemplu "chirurgia bazei craniului" implică ENT, chirurgia plastică şi neurochirurgia sau este discutată în Capitolul VI, *Sistemul nervos.*

Termenul de clinician este folosit în cadrul documentului şi se referă la medicul curant

Sistemul de numărare standard din cadrul capitolelor

Fiecare standard are alocat un număr SC din patru caractere. Numărul este unic pentru fiecare standard. Când un standard este şters, standardul şi numărul său unic este reținut în baza de date pentru a permite analiza în timp a seriilor convențiilor de codificare.

Când poate fi obținut un mic beneficiu prin citirea standardelor cu conținuturi similare împreună, lista conținuturilor (paginile v-xii) va oferi o referință rapidă la numărul paginii al standardului asociat.

Index alfabetic

Indexul alfabetic asociază codurile clinice cu numere standard specifice şi pagina la care apar în acest volum.

Codul index

Indexul este oferit pentru a permite codificatorilor clinici să găsească cod(uri) specifice în cadrul standardelor. Include lista tuturor codurilor CIM-10-AM din *Standardele de Codificare*, exclusiv codurile care sunt folosite ca exemple şi nu sunt adecvate conținutului standardului specific.

Ortografia

Dicționarul Macquaire a doua ediție (1991) a fost folosit ca sursă de convenții de ortografie în cadrul *Standardele de Codificare*.

STANDARDE GENERALE PENTRU MALADII

0010 Îndrumări teoretice generale

Listarea diagnosticelor în partea superioară a paginii fişei medicale este responsabilitatea clinicianului. Înainte de codificarea oricărui diagnostic/procedură înregistrată, codificatorul medical trebuie **să verifice** informația înregistrată din partea superioară a paginii prin revizuirea pertinentă a documentelor din cadrul fişei medicale.

În eventualitatea că **rezultatul investigațiilor diferă de documentația medicală**, cum ar fi diagnosticul clinic de ulcer gastric 'fără evidențierea ulcerului' raportat de către histopatolog, cazul trebuie înaintat clinicianului pentru exactitate. Deşi rezultatele investigațiilor sunt cruciale pentru procesul de codificare, anumite boli nu sunt întotdeauna confirmate de analize.

De exemplu, boala Crohn nu este întotdeauna confirmată de biopsie.

Este foarte important să se solicite îndrumare necesară pentru:

- Verificarea diagnosticului înregistrat în partea superioară a fişei medicale care nu este susținut de către fişa medicală, **şi**
- Clarificarea discrepanțelor dintre rezultatele investigațiilor şi documentația medicală.

EXEMPLUL 1:

Clinicianul a înregistrat în partea superioară a fişei medicale diagnosticul principal de fractură a capului femural. Diagnosticele secundare înregistrate în partea superioară a fişei medicale sunt pneumonie şi ulcer duodenal. Examinarea notelor de evoluție clinică scoate la iveală faptul că pacientul a fost spitalizat cu 6 luni înainte pentru pneumonie şi prezintă un ulcer duodenal vindecat. Doar fractura de cap femural este codificată corect repartizându-i-se un cod de cauză externă, deoarece nici pneumonia nici ulcerul duodenal nu caracterizează afecțiunea curentă şi/sau se explică prin SC 0002 *Diagnostice suplimentare**

Rezultate anormale

Analizele de laborator, radiografiile şi alte rezultate ale diagnosticării nu trebuie codificate decât dacă semnificația lor clinică este indicată în tratamentul medical **şi** este în concordanță definirea unui diagnostic secundar aşa cum este definit în SC 0002 *Diagnostice secundare*.

EXEMPLUL 2:

Codificați următoarele:

- S72.03 *Fractura secțiunii subcapitale a femurului* unde documentația arată fractura colului femural iar rezultatul radiografiei arată fractură subcapitală.
- J21.0 *Bronşiolita acută datorită virusului respirator sincițial* unde documentația arată bronşiolita, iar citologia confirmă RSV ca agent cauzativ.
- L57.0 *Cheratoza actinică* unde documentația arată 'internare pentru îndepărtarea SCC' iar raportul patologic arată cheratoză solară.

Nu codificați laboratorul, radiografia, rezultatele patologice şi ale altor diagnostice care necesită interpretarea medicului curant pentru a decide semnificația lor clinică şi/sau legătura cu o afecțiune specifică.

EXEMPLUL 3:

Nu codificați următoarele:

- N39.0 *Infecția căilor urinare, cu localizare nespecificată* numai dacă medicul curant nu a documentat că pacientul are infecția tractului urinar (UTI).
- J98.1 *Colapsul pulmonar* unde rezultatele radiografiei arată atelectazie bazală, numai dacă medicul curant nu a documentat afecțiunea
- K66.0 *Aderențe peritoneale* unde se arată în raportul CT drept cauză a durerii abdominale, care este în curs de investigare, numai dacă a fost verificat de către medicul curant.

Afecțiune cu pericol iminent

Dacă o afecțiune prezintă un pericol iminent şi este dovedită dar nu apare în timpul episodului de îngrijiri medicale, atunci codificatorul clinic va trebui să consulte indexul pentru a determina dacă afecțiunea respectivă cu pericol iminent este codificată ca denumire principală sau este codificată ca sub-termen. Dacă o asemenea intrare în index există, se atribuie codul adecvat. Dacă o asemenea intrare nu există, atunci afecțiunea descrisă ca pericol iminent nu trebuie codificată.

EXEMPLUL 4:

Gangrena periculoasă a piciorului care nu se manifestă în intervalul episodului de îngrijirii medicale datorită tratamentului prompt. În index nu este o asemenea intrare 'gangrenă periculoasă' şi în consecință acest caz trebuie codificat la boala care prevesteşte afecțiunea curentă, cum ar fi arterio-scleroză cu ulcerații.

Stări indexate ca periculoase:

O20.0 *Avort periculos*
O47.- *Travaliu fals*

0001 DIAGNOSTICE PRINCIPALE

Diagnosticele principale sunt definite ca:
'Diagnosticul stabilit după un studiu a fi principalul responsabil care a necesitat îngrijiri în spital în cadrul episodului de boală al pacientului (ori adresabilitatea la o unitate de îngrijiri de sănătate)'.
*(*Comitetul Național pentru Date de Sănătate (2001). *Dicționarul Național de Date Medicale, Versiunea 10, AIHW).*

Expresia **după studiu** din definiție se referă la evaluarea rezultatelor pentru a se stabili problema ce a fost responsabilă în cel mai mare grad de episodul de îngrijire. Evaluarea rezultatelor poate include informații obținute din istoricul bolii, orice evaluare a statusului mental, consultații de specialitate, examinare fizică, teste de diagnostic sau proceduri, orice intervenții chirurgicale, si orice examen patologic sau radiologic. Afecțiunea stabilită în urma studiului poate confirma sau nu diagnosticul de la internare.

EXEMPLUL 1:

Diagnostice aşa cum sunt înregistrate în partea superioară a fişei:
Diabet zaharat
Boala arterelor coronariene
Infarct miocardic

Istoricul bolii prezente:
Pacientul acuză dureri acute în piept la internarea de dimineață şi a fost transportat de către ambulanță la spital, fiind admis în unitatea de îngrijire bolnavi coronarieni.

În acest exemplu, informațiile din înregistrările clinice indică faptul că infarctul miocardic este principalul diagnostic.

Circumstanțele de internare în spital vor fi întotdeauna guvernate de selectarea principalului diagnostic. Pentru determinarea diagnosticului principal, directivele de codificare cuprinse în manualele *ICD-10-AM* au întâietate asupra altor îndrumări (vezi SC 0033 *Convenții folosite în tabelul maladiilor* la pag. 20 şi SC 0034 *Convenții folosite în Indexul alfabetic al maladiilor* la pag. 24).

Importanța unei documentații consistente şi complete în fişele medicale nu poate fi trecută cu vederea. Fără o asemenea documentație aplicarea tuturor îndrumărilor de codificare este o sarcină dificilă dacă nu chiar imposibilă.

În continuare sunt prezentate câteva reguli referitoare la selectarea diagnosticelor principale, câteva dintre ele putând fi găsite în alte capitole din acest document.

Dagger si asterisc

Convenția de codificare *ICD-10-AM* impune codului etiologic (daggera †) să fie ordonat înaintea manifestării codului (asterisc *) aşa cum este specificat în Indexul Alfabetic (*vezi de asemenea SC 0027 Codificarea multiplă* la pag. 18).

Stabilirea afecțiunii de bază ca diagnostic principal

Atunci când pacientul se prezintă cu o problemă (simptom), şi în timpul episodului de îngrijire este identificată afecțiunea de bază, această afecțiune este codificată ca diagnostic principal iar simtomele nu trebuie codificate.

EXEMPLUL 2:

Pacientul se prezintă cu convulsii. Pacientul nu a fost înainte tratat pentru convulsii. Computerul tomograf scoate la iveală o tumoră cerebrală.

Diagnostic principal:	Tumoră cerebrală
Diagnostic suplimentar:	nici unul

Dacă un pacient se prezintă cu un simptom, iar afecțiunea de bază la internare este cunoscută şi numai simptomele au fost tratate, atunci aceasta va fi înregistrată şi codificată ca diagnostic principal. Afecțiunea de bază trebuie înregistrată şi codificată ca diagnostic secundar.

EXEMPLUL 3:

Un pacient a fost internat cu convulsii repetate cauzate de o tumoră cerebrală diagnosticată cu trei luni înainte.

Diagnostic principal:	Convulsii
Diagnostic suplimentar:	Tumoră cerebrală

Coduri pentru simptome, semne şi stări de boală rău definite

Codurile pentru simptome, semne şi stări de boală rău definite din Capitolul XVIII *Simptome, semne şi rezultate de laborator anormale*, nu se folosesc ca diagnostic principal atunci când diagnosticele legate de diagnosticul final au fost stabilite (*vezi, de asemenea, SC 1802 Semne şi simptome*, pag. 229)

Afecțiuni cronice şi acute

Dacă o afecțiune este descrisă atât cronică cât şi acută (subacută) **şi separat există sub-termeni în Indexul alfabetic la acelaşi nivel de aliniere**, se codifică amândouă, faza acută (subacută) codificându-se prima.

EXEMPLUL 4:

Diagnostic: Internare pentru puseu acut într-o pancreatită cronică

Diagnostic principal:	K85	*Pancreatită acută*
Diagnostic suplimentar:	K86.1	*Alte pancreatite cronice*

Acest criteriu **nu ar trebui folosit** dacă:

a) *ICD-10-AM* are o instrucțiune în sens contrar. De exemplu:
Când se codifică un episod acut pe fondul unei leucemii mieloide cronice, lista tabelară arată clar codificatorului să utilizeze numai codul 'cronic', C92.1 *Leucemia mieloidă cronică.*

b) *ICD-10-AM* arată că este necesar doar un singur cod. De exemplu:
Când se codifică o formă acută pe o bronşiolită cronică, indexul arată că forma **acută** nu trebuie codificată separat aşa cum este specificat între paranteze după termenul principal (ex. un modificator neesențial).

'Bronşiolită (acută) (infecţioasă) (subacută) J21.9
– cronică (fibroasă) (obliterantă) J44.8'

c) Când se codifică tonsilita acută însoțită de o intervenție chirurgicală, se codifică tonsilita (vezi SC 0804, *Tonsilita*, pag. 137).

Două sau mai multe afecțiuni legate între ele, fiecare aspect putând fi considerat diagnostic principal

Când sunt două sau mai multe afecțiuni legate între ele (cum sunt bolile cuprinse în acelaşi capitol al *ICD-10-AM* sau manifestările asociate cu caracteristicile unui anumit tip de boală) îndeplinesc potențial condițiile de a fi diagnostice principale, clinicianul va fi întrebat pentru a preciza care dintre diagnostice se încadrează mai bine în definiția diagnosticului principal. Dacă nu mai există nici o altă informație, se codifică ca diagnostic principal cel menționat primul. (OMS, ICD-10, Volumul 2, Regula MB2, pag.27, *Mai multe afecțiuni înregistrate ca fiind 'afecțiunea principală*').

Două sau mai multe diagnostice care pot fi definite în egală măsură ca diagnostic principal

Când două sau mai multe diagnostice pot îndeplini în egală măsură criteriul de a fi diagnostice principale aşa cum au fost determinate de condițiile admiterii, de modul stabilirii diagnosticului şi/sau tratamentului aplicat şi dacă Indexul Alfabetic, Lista Tabelară sau standardele nu oferă o soluție privind modul în care sunt secventate diagnosticele, trebuie întrebat clinicianul pentru stabilirea bolii care se potriveşte cel mai bine definiției de diagnostic principal.

Dacă nu există altă informație disponibilă, se codifică prima afecțiune menționată ca diagnostic principal (OMS, ICD-10, Volumul 2, Regula MB2, pag.27**,** *Mai multe afecțiuni înregistrate ca fiind 'afecțiunea principală'*).

EXEMPLUL 5:

Pacient vârstnic internat cu probleme multiple – externat patru săptămâni mai târziu

Diagnostice:	Proceduri:
Insuficiența cardiacă congestivă	Debridarea ulcerațiilor
Ulcerații cronice ale piciorului	Pansarea zilnică a ulcerațiilor
Insuficiență respiratorie cronică	
Diabet zaharat	

Deoarece un număr de afecțiuni ar fi putut fi ordonate ca diagnostice principale, clinicianul ar trebui să indice care dintre ele se încadrează cel mai bine în definiția de diagnostic principal. Dacă o altă informație nu este disponibilă, codul de insuficiență cardiacă congestivă este diagnostic principal deoarece este primul menționat.

Codurile de la Z03.0-Z03.9, observarea medicală şi evaluarea pentru boli şi simptome suspecte

Codurile de la categoria Z03.0 sunt desemnate ca diagnostice principale pentru internări în vederea evaluării stării pacientului când există unele semne pentru a sugera existența unei stări anormale de sănătate sau ca urmare a unui accident sau altui incident care în mod obişnuit are drept consecință o problemă de sănătate, dar nu există un suport pentru susținerea ei şi când nici nu cere în mod obişnuit aplicarea unui tratament. Un cod de observare nu trebuie să fie însoțit în foaia de observație de coduri secundare. Dacă se înregistrează simptome pentru o stare suspectă de sănătate, atunci trebuie alocate coduri pentru simptome, nu codul Z03.- (*vezi de asemenea* SC 0012 *Stări suspecte*, pag. 14). Pentru nou născuți, *vezi* SC 1611 *Observarea şi evaluarea nou-născuților şi copiilor pentru stări suspecte care nu se găsesc*, pag. 220.

Neîndeplinirea planului inițial de tratament

Se stabileşte ca diagnostic principal acea afecțiune care a dat prilejul, ca după studiu, să se accepte admiterea în spital, chiar dacă tratamentul nu a putut fi urmat datorită unor circumstanțe neprevăzute (*vezi de asemenea* SC 0011 *Internare pentru intervenție chirurgicală neefectuată*, pag. 14).

Afecțiuni reziduale sau natura sechelelor

Afecțiunea reziduală sau natura sechelei este prima secvențională, urmată de codul sechelei, aceasta fiind cauza afecțiunii reziduale cu excepția unor poziții în care Indexul Alfabetic indică altceva (*vezi de asemenea* SC 0008 *Sechele,* pag. 12 şi SC 1912 *Sechele ale accidentelor, otrăvirilor, efectelor toxice şi alte cauze externe*, pag. 248).

Notă: Pentru mai multe informații privitoare la alegerea diagnosticului principal în cazuri precizate se fac referiri la urmărirea regulilor generale şi la capitolul de reguli specifice, în particular internările la obstetrică, chimioterapie, radioterapie şi dializă care au reguli speciale pentru selectarea diagnosticului principal.

0002 DIAGNOSTICE SECUNDARE

Un diagnostic suplimentar este definit ca:

'O afecțiune sau o altă suferință ce coexistentă cu diagnosticul principal sau care apare în timpul episodului de îngrijiri sau când se adresează la o unitate de servicii medicale'.
*(*Comitetul Național pentru Date de Sănătate (2001). *Dicționarul Național de Date Medicale, Versiunea 10, AIHW)*

În scopul codificării, diagnosticele adiționale trebuie interpretate ca acele condiții ce afectează managementul pacienților în termenii care cer una din următoarele:

- Tratament terapeutic
- Proceduri de diagnostic
- Îngrijiri suplimentare de nursing şi/sau monitorizare

Unul sau mai mulți din factorii de mai sus vor avea în general ca rezultat **mărirea duratei de spitalizare.**

Când există nesiguranță privind condiția ca o afecțiune să întrunească criteriile diagnosticului adițional, ar trebui să fie folosite pentru luarea deciziilor Profesiunea Codificatorilor Clinici (vezi pag. 291) şi Codul Etic pentru Codificatorii Clinici (vezi pag. 289).

Medicații

O afecțiune nu ar trebui să fie codificată în mod obişnuit numai pentru că un pacient primeşte o medicație continuă pentru tratamentul acestei afecțiuni. Totuşi, dacă medicația este schimbată sau ajustată în timpul episodului de îngrijiri, afecțiunea ar trebui să fie codificată.

Codificarea multiplă

Aşa cum s-a explicat în SC 0027 *Codificare multiplă*, pag. 18, există situații care necesită alocarea unor coduri adiționale, dar care nu întrunesc criteriile de mai sus privind diagnosticul adițional. Convențiile codificării *ICD-10-AM* la care ne-am referit în acest standard trebuie să fie urmate. De eexemplu, când se foloseşte un cod de la categoria I60-I69 *Bolile cerebrovasculare*, hipertensiunea va fi de asemenea codificată dacă este prezentă, deoarece există o instrucțiune la această categorie de '*Folosire a codului adițional pentru identificarea prezenței hipertensiunii*'.

Evaluări

Afecțiunile documentate de către un anestezist în timpul evaluării preoperatorii, ar trebui să fie codificate numai când ele întrunesc criteriile de mai sus sau când afecțiunea îşi schimbă protocolul standard de tratament pentru o procedură anume. La fel, afecțiunile documentate într-o evaluare privind internarea, ar trebui să fie codificate numai când ele întrunesc unul din criteriile de mai sus.

Standarde de specialitate

Notați că o afecțiune care este subiectul unui standard din acest volum, trebuie să întrunească criteriile pentru un diagnostic adițional, înainte de a putea fi codificată, dacă nu se indică altminteri.

Următoarele standarde sunt exemple de cum este instruit codificatorul să codifice afecțiunile care nu întrunesc criteriilor diagnosticelor adiționale. Asemenea instrucțiuni trebuie să fie urmate.

- 0046 *Selecția diagnosticului pentru endoscopie efectuată în aceeaşi zi*
- 0102 *HIV/SIDA*
- 0104 *Hepatita virală*
- 0401 *Diabet mellitus şi reglementarea intoleranței la glucoză*
- 0503 *Tulburări ale consumului de medicamente, alcool şi tutun*
- 0936 *Pacemaker*
- 1517 *Rezultatul naşterii*
- 1518 *Durata sarcinii*
- 1521 *Afecțiuni care complică sarcina*
- 1548 *Afecțiuni sau complicații postpartum*
- 1549 *Infecție streptococică grup B/purtător în sarcină*
- 2111 *Screening pentru tulburări specifice*
- 2112 *Istoric personal*
- 2113 *Examene dispensarizate pentru tulburări specifice*

Centrele de tratament pentru o singură zi

Trebuie notat faptul că unii pacienți care au comorbidități semnificative, cum ar fi emfizemul sau insuficiența cardiacă, nu vor fi tratați în centrele de tratament de o zi, dacă nu întrunesc criteriile de admitere. Totuşi alte afecțiuni pot afecta monitorizarea pacientului, şi, de aceea, vor fi codificate în conformitate cu criteriile pentru diagnosticele adiționale. Vezi, de asemenea, SC 0046 *Selecția diagnosticului pentru endoscopie efectuată în aceeaşi zi*, pag.10.

Ordonarea diagnosticelor secundare

Nu există un Standard de Codificare pentru ordonarea diagnosticelor secundare. Totuşi, cele mai semnificative, mai ales complicațiile şi comorbiditățile, ar trebui să fie ordonate în partea superioară a şirului de coduri, în special dacă numărul de câmpuri disponibile de codificare este limitat.

0046 SELECȚIA DIAGNOSTICULUI PENTRU ENDOSCOPIE EFECTUATĂ ÎN ACEEAŞI ZI

O trăsătură importantă a acestui standard este că el include recomandări de codificare pentru unele afecțiuni care nu pot întruni în mod obişnuit criteriile pentru SC 0002 *Diagnostice adiționale*. Notați, totuşi, că afecțiunile care sunt prezente în momentul endoscopiei (de ex.: COPD), în contrast cu cele găsite la endoscopie, rămân subordonate criteriilor de la SC 0002 *Diagnostice adiționale.*

Notați cu atenție când se aplică sau nu acest standard:

Acest standard se aplică la

- Acei pacienți care sunt internați pentru investigarea endoscopică a oricărui sistem al corpului (de ex.: colonoscopia, bronhoscopia, ERCP) sau artroscopie şi care sunt, de asemenea:
  - Pacienți de o zi, adică internați şi externați în aceeaşi zi, sau
  - Pacienți care sunt externați în ziua după internare, dar intenția a fost pentru internare de o zi, sau
  - Pacienți care sunt internați cu o zi înainte de procedură, deoarece o internare de numai o zi nu este posibilă sau practică pentru ei (de ex.: pacienți în vârstă, cei care trăiesc în localități îndepărtate).

Acest standard nu se aplică la:

- Cazurile în care pacientul se prezintă pentru investigațiile de urmărire. Aceste cazuri sunt codificate în conformitate cu SC 2113 *Examene dispensarizate pentru tulburări specifice* (vezi pag. 277).
- Pacienții cărora li se fac endoscopii pentru a investiga mai departe o afecțiune cunoscută, cum ar fi carcinomul de stomac (aceste cazuri vor fi codificate în confomitate cu SC 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6 şi SC 0002 *Diagnostice adiționale*, pag. 9), sau acelora care se prezintă cu o problemă legată de o afecțiune cunoscută (acestea vor fi codificate în conformitate cu SC 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6 şi SC 0207 *Complicații asociate neoplasmelor*, pag. 73).
- Pacienții internați pentru screening, care urmează a fi codificați în conformitate cu SC 2111 *Screening pentru tulburări specifice* (vezi pag. 276).

1. **Dacă este stabilită o legătură cauzală** între simptom şi unul dintre rezultate (adică, fie clinicianul documentează legătura, fie un standard îi trimite pe codificatorii să atribuie o legătură), acest rezultat ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal. Simptomul nu ar trebui să fie codificat (dacă nu întruneşte criteriile de la SC 1802 *Semne şi simptome*, vezi pag. 229) iar celelalte rezultate, dacă există, ar trebui să fie alocate ca diagnostice adiționale.

   Raportul rezultatelor, generat pe calculator, nu constituie stabilirea unei legături, dacă acel raport nu demonstrează în mod clar că unul dintre rezultate este cauza simptomului, iar celelalte rezultate sunt incidentale.

   EXEMPLUL 1:
   Pacient cu durere abdominală, internat pentru esofagogastroduodenoscopie (OGD). Ulcer gastric documentat ca motiv al durerii abdominale. Duodenită notată, de asemenea.

   Diagnostic principal: Ulcer gastric
   Diagnostic adițional: Duodenită (sau orice alte rezultate)
   Procedură: OGD

2. **Dacă o legătură cauzală este eliminată**, codificați simptomul ca diagnostic principal şi codificați toate rezultatele ca diagnostice adiționale.

   EXEMPLUL 2:
   Pacient cu anemie. Internat pentru colonoscopie. Detectarea unei boli diverticulare este documentată ca neexplicând anemia.

   Diagnostic principal: Anemia
   Diagnostic adițional: Boala diverticulară (şi orice alte rezultate)
   Procedură: Colonoscopie

3. **Dacă o legătură cauzală nu este nici stabilită, nici eliminată**, atunci aplicați Profesiunea de Codificator Clinic (vezi pag. 291) pentru a decide asupra diagnosticului principal şi codificați toate rezultatele ca diagnostice adiționale.

0005 SINDROAME

Dacă este disponibil un singur cod pentru descrierea tuturor elementelor unui sindrom, poate fi dificilă codificarea tuturor elementelor separat.

Codificatorii clinici trebuie să țină cont de faptul că sindroamele listate în *ICD-10-AM* nu sunt întotdeauna exact cele descrise în fişa clinică.

Îndrumări pentru ordonare în codificarea sindroamelor

1. Căutați clarificări de la clinician pentru orice sindrom care nu este explicat suficient în *ICD-10-AM*.

2. Odată ce detaliile sindromului au fost stabilite, aplicați regula de definire a diagnosticului principal.
3. Dacă regula de definire a diagnosticului principal este dificil de aplicat datorită multitudinii de manifestări ale sindromului şi nici una din afecțiunile diagnosticate nu beneficiază de tratament, alocați celei mai grave afecțiuni codul diagnosticului principal.
4. Dacă aceeaşi gravitate se poate atribui la mai mult decât o singură mainfestare, alocați afecțiunii cromozomiale/genetice codul diagnosticului principal.
5. Dacă sindromul este congenital, alocați Q87.- *Alte malformații congenitale precizate, sindroame care afectează sisteme multiple* ca un cod de diagnostic secundar la manifestările specifice deja codificate. Adăugarea acestui cod acționează ca o indicație că acesta este un sindrom care nu are alocat un cod specific în *ICD-10-AM*. Aceste cazuri trebuie trimise la biroul de avizare a codificării.

0008 SECHELE

Discuțiile despre sechelele accidentelor şi otrăvirilor (*vezi* SC 1912 *Sechele ale accidentelor, otrăvirilor, efectelor toxice şi alte cauze externe*, pag. 248).

'Sechele' este folosit de *ICD-10-AM* în felul în care a fost utilizată în ICD-9-CM noțiunea de 'efecte târzii'. O 'sechelă' sau 'efect târziu' al unei boli este o afecțiune curentă cauzată de o afecțiune apărută anterior.

Nu există o limită de timp până la care poate fi folosit codul sechele. Afecțiunea reziduală (sechela) poate apare devreme în proces, cum ar fi deficitele neurologice care apar în urma unui infarct cerebral sau pot apare luni sau ani mai târziu cum este insuficiența renală cronică ca urmare a unei tuberculoze renale precedente.

Un efect al bolii este considerat a fi târziu dacă este specificat în diagnostic ca:

- târziu (efect al)
- vechi
- sechele de
- datorită unei boli anterioare
- ca urmare a unei boli anterioare

Deoarece afecțiunea de bază **nu mai este prezentă**, codul pentru forma acută a acelei boli nu este alocat.

Codificarea sechelelor bolilor necesită două coduri:

- afecțiunea reziduală sau natura sechelelor (afecțiunea curentă)
- cauza sechelei (afecțiunea precedentă)

Afecțiunea reziduală sau natura sechelei este ordonată prima, urmată de cauza sechelei.

EXEMPLUL 1:

Orbire datorită infecției cu Chlamidia trachomatis

Cod:	H54.0	Pierdere a vederii nespecificată
	B94.0	Sechelele trahomului

EXEMPLUL 2:

Monoplegia membrului superior datorită poliomielitei acute anterioare

Cod: G83.2 Monoplegia membrului superior
B91 Sechelă a poliomielitei

EXEMPLUL 3:

Hemiplegia datorită emboliei cerebrale anterioare

Cod: G81.9 Hemiplegie, nespecificată
I69.- Sechelă a bolii cerebrovasculare

Codurile specifice pentru cauzele efectelor târzii sunt:

B90.- *Sechelele tuberculozei*
Sechelele includ afecțiuni specificate ca atare sau ca efecte târzii ale unei tuberculoze din trecut şi tuberculoză reziduală specificată ca oprită, vindecată, inactivă, veche sau staționară, doar dacă nu este evidențiată tuberculoza activă.

B91 *Sechelele poliomielitei*

B92 *Sechelele leprei*

B94.- *Sechelele altor boli infecțioase şi parazitare nespecificate*

B94.0 *Sechelele trahomului*
Sechelele includ resturi ale trahomului specificat ca vindecat sau inactiv şi anumite sechele precizate cum ar fi orbirea, entropionul cicatriceal şi cicatricele conjunctivei, doar dacă nu este evidențiată infecție activă.

B94.1 *Sechelele encefalitei virale*
Sechelele includ anumite afecțiuni precizate ca atare sau ca efecte târzii, precum şi cele prezente un an sau mai mulți după manifestarea afecțiunii care le-a cauzat.

B94.8 *Sechelele altor boli infecțioase şi parazitare precizate*
Sechelele includ afecțiuni precizate sau efecte târzii, afecțiuni reziduale ale acestor boli precizate ca oprite, vindecate, inactive, vechi sau staționare, doar dacă nu este evidențiată o boală activă. Sechelele includ de asemenea afecțiuni cronice raportate ca fiind cauzate de/sau afecțiuni reziduale prezente un an sau mai mulți după manifestarea afecțiunii, condiții clasificabile la categoriile A00 B89.

E64.- *Sechelele malnutriției sau altor deficiențe de nutriție*

E64.3 *Sechele de rahitism*
Sechelele includ anumite afecțiuni precizate ca rahitice sau ca efecte târzii ale rahitismului, precum şi cele prezente la un an sau mai mulți după manifestarea sa, sau care au început să se manifeste ca sechele târzii ale rahitismului.

E68 *Sechelele supraalimentației*

G09 *Sechelele bolilor inflamatorii ale sistemului nervos central*
Această categorie este oferită pentru codificarea sechelelor afecțiunilor clasificabile la:
G00.- *Meningită bacteriană, NEC*
G03.- *Meningita provocată de alte cauze nespecificate*
G04.- *Encefalite, mielite şi encefalomielite*
G06.- *Abces şi granulom intracranian şi intrarahidian* **şi**
G08 *Flebita şi tromboflebita intracraniană şi intrarahidiană*
Sechelele bolilor inflamatorii ale sistemului nervos central subiect al dublei clasificări
G01* *Meningita în bolile bacteriene clasificate în altă parte*
G02.- * *Meningita în alte boli infecțioase şi parazitare clasificate în altă parte*
G05.- * *Encefalite, mielite şi encefalomielite în boli clasificate în altă parte* **şi**
G07.-* *Abcesul şi granulomul intracranian şi intrarahidian în boli clasificate în altă parte* ar trebui codificate la categorii desemnate pentru sechele ale afecțiunilor de bază (de ex. B90.0 *Sechelele tuberculozei sistemului nervos central).* Dacă nu există categoria de sechele la afecțiunea de bază, se codifică chiar afecțiunea în sine.

I69.- *Sechele ale bolii cerebrovasculare*

O94 *Sechelele complicațiilor sarcinii, naşterii şi lăuziei*

O97 *Deces din sechele din cauze obstetricale directe*

Este important să se asigure că boala curentă este un rezultat direct al bolii anterioare şi că boala anterioară nu primeşte tratament pentru formă acută.

0010 VEZI PAG. 5

0011 INTERNAREA PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ NEEFECTUATĂ

Dacă pacientul a fost internat pentru o intervenție chirurgicală care din anumite motive nu a fost efectuată şi pacientul a fost externat, se codifică precum urmează:

a) Dacă intervenția chirurgicală nu este efectuată datorită unor probleme administrative.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacientul se internează pentru inserția unui tub de dren pentru secrețiile urechii. Intervenția este amânată datorită indisponibilității chirurgului.

Diagnostic principal:	H65.3	*Otită medie mucoidă cronică*
Diagnostic secundar:	Z53.8	*Act medical neefectuat pentru alte motive*

b) Dacă intervenția chirurgicală nu este efectuată datorită unor complicații apărute după internare.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Pacientul se internează pentru amigdalectomie cu amigdalită cronică. Intervenția este amânată datorită unei infecții acute ale căilor respiratorii superioare (URTI).

Diagnostic principal:	J35.0	*Amigdalită cronică*
Diagnostic secundar:	Z53.0	*Act medical neefectuat din cauza contraindicațiilor*
	J06.9	*Infecție acută a căilor respiratorii superioare, nespecificată*

0012 AFECȚIUNI SUSPECTE

Afecțiunile suspecte se codifică diferit avându-se în vedere dacă pacientul este externat acasă sau transferat la un alt spital

Externat la domiciliu

Dacă diagnosticul stabilit pe baza documentației la data externării este calificat ca fiind probabil, suspect, posibil sau orice altă expresie calificată ca indicând lipsă de certitudine privind diagnosticul final, atunci vor fi trecute următoarele etape:

a) Se trimite cazul clinicianului pentru a stabili dacă diagnosticul final poate deveni subiectul unor cercetări.
b) Dacă clinicianul confirmă faptul că diagnosticul final nu este precis stabilit, alocă un cod care se bazează pe următoarele criterii:

Dacă au fost efectuate investigații dar nu a fost început un tratament pentru afecțiunea suspectată, se alocă codul pentru simptom(e).

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacient internat cu dureri de cap. Pacientul a fost externat cu diagnosticul de '?meningită'. Investigațiile din timpul internării nu confirmă diagnosticul de meningită şi nu se administrează nici un tratament.

Diagnostic principal:	R51	*Dureri de cap*

Dacă tratamentul a fost început, iar rezultatul investigațiilor este neconcludent, se alocă codul pentru afecțiunea suspectată.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Pacient internat cu dureri de cap. Pacientul a fost externat cu diagnosticul de '?meningită'. Investigațiile din timpul internării nu confirmă diagnosticul de meningită dar se inițiază tratamentul.

Diagnostic principal: G03.9 *Meningită, nespecificată*

Dacă investigațiile au fost efectuate şi rezultatele indică un diagnostic probabil, dar nici un tratament specific nu a fost inițiat în timpul eppisodului de îngrijiri, alocați un cod pentru afecțiunea suspectată.

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Pacient internat cu greață, oboseală şi dureri de cap. Pacientul a fost externat cu un diagnostic de 'boală virală probabilă'. Investigațiile au exclus alte diagnostice posibile şi nu a fost necesar nici un tratament (sau posibil) pentru boală virală.

Diagnostic principal: B34.9 *Infecție virală, nespecificată*

Transferul către un alt spital

Dacă un pacient este transferat pentru alte investigații în legătură cu o afecțiune suspectată, spitalul care transferă ar trebui să aloce codul pentru afecțiunea suspectată (de ex. meningita) . De asemenea, se alocă codul Z75.3 *Centre medicale nedisponibile sau inaccesibile* ca o 'atenționare' pentru a identifica pacienții transferați din cauza unei afecțiuni suspectate (Notă: acest cod nu trebuie să fie folosit pentru TOATE transferurile, deoarece externarea furnizează aceste informații). Codificatorii clinici de la spitalul care transferă, ar trebui să folosească numai informațiile disponibile în momentul transferului pentru a codifica respectivul caz. Informațiile care devin disponibile de la spitalul la care pacientul a fost transferat, nu ar trebui să fie folosite pentru luarea deciziei privind codificarea. De exemplu, un pacient este transferat cu 'meningită' şi de aceea cazul este codificat ca meningită. Dacă rezumatul externării este primit de la spitalul care tratează, indicând că pacientul, ca urmare a investigațiilor, nu a avut meningită, primul spital nu ar trebui să modifice codul de meningită.

Sănătatea mentală

În sănătatea mentală poate exista un număr de internări înaintea punerii unui diagnostic definitiv. Când există numai o singură afecțiune suspectată documentată, aceasta ar trebui să fie codificată ca diagnostic definitiv. Când mai multe afecțiuni suspectate, sunt documentate şi nu este clar care afecțiune suspectată este diagnosticul principal, aplicați SC 0001 *Diagnostic principal*, vezi pag.6 (două sau mai multe diagnostice care întrunesc definiția diagnosticului principal în mod egal).

0013 CODURI 'NESPECIFICATE' ŞI 'ALTE'

Coduri 'nespecificate' şi 'alte' sau 'coduri reziduale' sunt folosite de regulă pentru afecțiunile special indexate la aceste coduri

La nivelul caracterului patru, ordinea este următoarea:

0-7 Afecțiuni precizate (în Capitolul 7 este adesea folosit pentru leziuni 'multiple')
8 Afecțiuni precizate care nu sunt clasificate altă parte (sau 'alte' categorii)
9 Afecțiuni nespecificate

EXEMPLUL 1: STRUCTURA CELUI DE-AL PATRULEA CARACTER

	Tipul codului	
L50	*Urticarie*	Categorie
L50.0	*Urticarie alergică*	Specific
L50.1	*Urticarie idiopatică*	Specific
L50.2	*Urticarie datorită căldurii sau frigului*	Specific
L50.3	*Urticarie dermatografică*	Specific
L50.4	*Urticarie provocată de vibrații*	Specific
L50.5	*Urticarie cholinergică*	Specific
L50.6	*Urticarie de contact*	Specific
L50.8	*Alte urticarii*	**Alte** urticarii neclasificate în altă parte Urticarie: • cronică • recurentă periodică
L50.9	*Urticarie nespecificată*	Nespecificată

Ocazional cele două coduri **reziduale** '8' şi '9' se combină într-un singur cod care include atât afecțiunile 'nespecificate' cât şi 'alte'.

La nivelul caracterului al cincilea, ordinea este precum urmează:

0 diagnostic nespecificat
1-7 afecțiuni precizate
8 alte afecțiuni

EXEMPLUL 2: STRUCTURA CELUI DE-AL CINCILEA CARACTER

	Tipul codului	
S83.1	*Dislocarea genunchiului*	Categoria de patru caractere 'Precizat'
S83.10	*Dislocarea genunchiului, nespecificată*	Dislocarea '**nespecificată**' a genunchiului
S83.11	*Dislocarea anterioară a tibiei, capătul proximal*	Specific
S83.12	*Dislocarea posterioară a tibiei, capătul proximal*	Specific
S83.13	*Dislocarea medială a tibiei, capătul proximal*	Specific
S83.14	*Dislocarea laterală a tibiei, capătul proximal*	Specific
S83.18	*Alte dislocări ale genunchiului*	**Alte** dislocări ale genunchiului neclasificate în altă parte

Codurile reziduale nu ar trebui să fie folosite pentru a pune 'la grămadă' diagnostice care nu apar a fi clasificate în altă parte.

Folosiți Indexul pentru a găsi alocarea codurilor, nu căutați pe lista tabelară.

Atunci când un clinician foloseşte terminologii care nu pot fi găsite în *ICD-10-AM*, se caută clarificarea unor termeni alternativi care sunt disponibili în *ICD-10-AM*. Dacă nu există altă descriere, trebuie adoptată una din următoarele strategii:

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Polip al esofagului

Cod: K22.8 *Alte boli precizate ale esofagului*

În acest exemplu termenul principal 'polip' în index nu implică un sub-termen al 'esofagului'. Pentru a găsi termenul corect, urmează să căutați indexul privind 'Boli ale esofagului, precizate NEC', care arată codul K22.8 *Alte boli precizate ale esofagului.*

EXEMPLUL 4:

Diagnostic: bărbat în vârstă de 67 de ani cu cataractă subluxată

Cod: K26.9 *Cataractă nespecificată*

În acest exemplu nu există sub-termenul 'subluxat' sub Cataractă în index, nu există nici un termen sinonim şi nici o intrare 'precizat, NEC', şi de aceea codul corect alocat este H26.9

0015 CODURI COMBINATE

Un singur cod folosit pentru a clasifica două diagnostice sau un diagnostic cu un simptom sau o complicație asociată se numeşte cod combinat. Codurile combinate sunt identificate prin referirea la intrările sub-termenilor din index şi prin citirea notelor de includere şi excludere din lista tabelară.

Acordați numai codul combinat când acest cod identifică complet condițiile de diagnostic implicate şi când indexul face trimitere în sensul respectiv.

Codificarea multiplă (SC 0027) nu trebuie folosită în cazul în care clasificarea oferă coduri combinate care identifică în mod clar toate elementele documentate în diagnostic.

EXEMPLUL 1:

Arterioscleroză a extremităților cu gangrenă

Index: 'Gangrenă arteriosclerotică' I70.24 – **şi nu:**

I70.20 *Ateroscleroza arterelor extremităților, nespecificată* **şi**
R02 *Gangrenă, neclasificată în altă parte*

0016-0024 VEZI PAG. 26-36

0025 CODIFICAREA DUBLĂ

Deşi există o anume rațiune pentru repetarea aceluiaşi cod în scopul reflectării multiplelor aspecte ale aceleaşi afecțiuni (de exemplu varicoza bilaterală venoasă a picioarelor, I83.9, I83.9 sau fractura bilaterală a lui Colles, S52.51, S52.51) codificatorii clinici **nu ar trebui** să aplice această convenție. Acelaşi cod poate fi repetat doar pentru procedurile necesare tratării acestor condiții.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Vene varicoase, bilaterale, picior
Procedură: Desprinderea bilaterală şi ligatura joncțiunii venelor varicoase sfeno-femurale

Coduri: I83.9 *Vene varicoase ale membrelor inferioare fără ulcer sau inflamație*
32508-00, 32508-00 [727] *Întreruperea joncțiunii venelor varicoase sfeno-femurale*

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Fractura bilaterală Colles
Procedură: Reducerea fracturii închise bilaterale Colles

Coduri: S52.51 *Fractura capului inferior al radiusului cu unghi dorsal*
47363-00, 47363-00 [1427] *Reducere a fracturii închise a radiusului distal*

Pentru alte discuții ale codificării bilaterale/multiple (vezi SC 0027 Codificarea multiplă, pag. 18)

0026 INTERNAREA PENTRU TRIAL SAU MONITORIZARE CLINICĂ/MEDICAMENTAȚIE

Atunci când rațiunea pentru internare este cea de a realiza un trial clinic sau o monitorizare medicamentoasă, boala pacientului trebuie trecută ca diagnostic principal. Codurile Z nu sunt necesare în aceste cazuri.

Codul ***Z71.3 Consiliere şi supraveghere a regimului alimentar*** va fi utilizat numai pentru codificarea diagnosticului principal, şi anume doar în cazurile în care acesta este motivul principal al prezentării pacientului la spital. Acest diagnostic principal se poate asocia cu diagnostice secundare de tipul:ulcer gastro-duodenal, insuficiență cardiacă, insuficiență renală, colita, diabet mellitus, alergii sau intoleranta la alimente, gastrita, hipercolesterolemie, obezitate. Pentru cazurile în care pacientul suferă de altă afecțiune-aceasta fiiind motivul spitalizării- şi primeşte totusi consiliere privind alimentația, se va reda acest lucru utilizând codul de ***procedură 96067-00 Consiliere sau educație nutritională/dietetică.***

EXEMPLUL 1:

Pacient internat cu schizofrenie pentru testarea medicamentației cu Clozapine – alocați F20.- *Schizofrenie*

0027 CODIFICAREA MULTIPLĂ

Există situații când este necesar să se aloce coduri multiple pentru reflectarea diverselor componente ale unei boli. Fiecare componentă individuală (adică, un cod) poate să nu întrunească în mod necesar definiția SC 0002 *Diagnostice adiționale* (vezi pag. 9), totuşi detaliul este cerut pentru a ne asigura că întregul concept medical este cuprins de coduri. Scopul principal al codificării este:

Traducerea formulării medicale într-un cod

Dacă aplicarea criteriilor din SC 0002 *Diagnostice adiționale* duce la o formulare medicală nereprezentată complet de cod(uri), atunci puteți avea nevoie de reexaminarea alocării codurilor. O modalitate bună de a testa corectitudinea alocărilor codurilor dumneavoastră, este de a **traduce codurile înapoi la formularea medicală originală.**

***Notă*:** Evitați codificarea multiplă nediscriminatorie a informațiilor irelevante, cum ar fi simptome sau semne caracteristice ale diagnosticului.

Exemplele de domenii comune unde codificarea multiplă este folosită în *ICD-10-AM* includ:

- etiologia şi manifestările
- infecțiile locale pentru a identifica organismul
- activitatea funcțională a neoplasmelor
- morfologia neoplasmelor
- boala de bază
- agenții toxici
- natura leziunii sau cauza otrăvirii sau reacția adversă
- diabet mellitus cu complicații
- complicații postprocedurale

Următoarele convenții ale codificării *ICD-10-AM* ajută la alocarea adecvată a codificării multiple:

1. Convenția etiologică şi de manifestare – sistemul 'dagger şi asterisc'

Codurile pentru etiologie (cauza de bază) sunt adnotate cu simbolul dagger (†) şi codurile de manifestare prin simbolul asterisc (*). Alocați ambele coduri **în aceeaşi secvență în care apar în Indexul Alfabetic** adică, etiologia urmată de codul de manifestare.

EXEMPLUL 1:		
Epididimita gonococică		
Intrarea în index:	**Epididimita,** gonococică A54.2†, N51.1*	
Tabelar:	**A54.2†**	*Pelviperitonita gonococică şi alte infecții gonococice genito-urinare*
		Gonococică:
		• epididimita (N51.1*)
	N51.1*	Afecțiuni ale testiculului şi epididimiului în boli clasificate în alte locuri
		Gonococică:
		• epididimita (A54.2†)

(*Observație – n.n. Atunci când în codul notat cu dagger nu este cuprinsă şi localizarea anatomică, codul etiologic este notat primul ca diagnostic principal, iar cel anatomic se notează ca diagnostic secundar*).

Rubricile în care apar termenii marcați cu dagger pot lua una din cele trei forme:

a) **dacă simbolul (†) şi codul alternativ cu asterisc apar amândouă în capul rubricii**, toți termenii clasificabili la acea rubrică sunt subiectul unei duble clasificări dar se înregistrează şi se codifică diagnosticul codificat cu dagger.

EXEMPLUL 2:

B37.3†	Candidiaza vulvei şi vaginului (N77.1*)
	Vulvovaginita prin Candida
	Vulvovaginita prin Monilia
	Muguetul vaginal

Observație – n.n. Cînd diagnosticul de localizare (anatomic) este cuprins în cel etiologic ca în exemplul de mai sus, se codifică numai codul notat cu dagger. Deci Candidiaza vulvei şi vaginului cod B37.3† sau, un alt exemplu, Meningita tuberculoasă A17.0†.

b) **dacă simbolul (†) apare în capul rubricii dar codul alternativ cu asterisc nu**, toți termenii clasificabili la acea rubrică sunt subiectul unei clasificări duble, dar au coduri alternative diferite (care sunt listate pentru fiecare termen).

EXEMPLUL 3:

A18.1† ***Tuberculoza sistemului genito-urinar***

Tuberculoza :

- vezicii urinare (N33.0*)
- colului uterin (N74.0*)
- rinichiului (N29.1*)
- organelor genitale masculine (N51.- *)
- ureterelor (N21.9*)

Boala inflamatorie pelvină feminină tuberculoasă (N74.1*)

Observație – n.n. În acest caz, diagnosticul precis de localizare sau cel etiologic nu este cuprins în aceeaşi formulare descriptivă şi astfel sunt cerute două coduri: unul pentru etiologie şi cel de-al doilea pentru localizare. Exemplu: diagnostic principal – Tuberculoza sistemului genito-urinar cod: A18.1; diagnostic secundar: Tuberculoza rinichiului cod N29.1.

c) dacă nici simbolul (†) nici codul asterisc nu apar în titlu, rubrica în întregimea ei nu este subiectul unei clasificări duble, dar pot exista termeni care să indice includerea; dacă este aşa, aceşti termeni vor fi marcați cu simbol şi li se va aloca codul alternativ:

EXEMPLUL 4:

A54.8 *Alte infecții gonococice*

Gonococică:

...

- peritonita† (K67.1 *)
- pneumonia† (J17.0*)
- septicemia
- leziuni ale pielii

Codurile pentru manifestări (localizare) (*) nu pot fi alocate ca diagnostice principale

2. Instrucțiuni

Sunt situații, altele decât sistemul dagger sau asterisc, care permit folosirea a două coduri ICD-10-AM pentru descrierea completă a stării de sănătate a unei persoane. Termenii folosiți ca instrucțiuni, cum ar fi 'Codifică de asemenea…', 'Folosiți cod suplimentar pentru orice….', 'Notă….', identifică multe din aceste situații.

'**Codifică de asemenea afecțiunea de bază**' – Alocați codurile atât pentru manifestare cât şi pentru afecțiunea de bază, **aceasta din urmă codificându-se prima**.

'**Folosiți cod suplimentar pentru identificarea manifestărilor, ca…**' - Alocați de asemenea codul care identifică manifestarea, ca atare, dar nelimitată la exemplele listate.

Aplicați instrucțiunile privind codificarea multiplă aşa cum apar fie în Indexul alfabetic, fie în Lista tabelară.

0028-0032 VEZI PAG. 37-42

0033 CONVENȚII FOLOSITE ÎN LISTA TABELARĂ A MALADIILOR

Lista Tabelară *ICD-10-AM* foloseşte un număr de convenții care trebuie înțelese de către codificatorii din clinici şi de cei care interpretează statistic pe baza codurilor *ICD-10-AM*.

Termenii de includere

În cadrul rubricilor cu trei şi patru caractere, sunt listate de obicei un număr de alți termeni de diagnostic. Aceştia sunt cunoscuți ca 'temeni incluşi' şi sunt dați, pe lângă titlu, ca exemplu pentru specificarea diagnosticului care trebuie clasificat la acea rubrică. Ei se pot referi la diferite afecțiuni sau simptome. Ei nu sunt o subclasificare a rubricii.

Termenii de includere sunt prezentați inițial ca un **ghid al conținutului** rubricilor. Multe din pozițiile prezentate sunt în legătură cu termeni importanți sau comuni în cadrul rubricii. Alții reprezintă limita afecțiunilor sau localizărilor prezentate în vederea distingerii graniței dintre o subcategorie şi alta. Listele cu termenii incluşi nu sunt exhaustive şi denumirile alternative ale diagnosticelor sunt incluse în Indexul Alfabetic, la care trebuie să se raporteze în primul rând atunci când se codifică un diagnostic dat.

Notele de excludere

Anumite rubrici conțin liste de afecțiuni precedate de cuvântul 'Exclude'. Aceste note de 'Exclude' nu pot fi găsite imediat urmărind un capitol, bloc, categorie, sau cod.

Există două tipuri de note de excludere în *ICD-10-AM*. Sensul notelor de excludere a fost dezvoltat de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS). In dezvoltarea *ICD-10-AM* notele de excludere rămân neschimbate de cele din *ICD-10*. Acesta este un punct important în înțelegerea celor două tipuri de note de excludere care sunt descrise simplu de OMS ca:

Nota de excludere Tip 1 ***Pentru o singură afecțiune se codifică, 'ea' merge în altă parte.***

Nota de excludere Tip 2 ***Poți crede că 'ea' merge aici dar nu este aşa.***

Separat de înțelegerea principiilor implicate în notele de excludere în *ICD-10* este esențial să ne revizuim scopul principal al codificării.

Traducerea formulării medicale într-un cod

Dacă aplicarea notelor de excludere care rezultă din formularea medicală nu este reprezentată în totalitate de către cod(uri), atunci este necesară reexaminarea alocării codurilor. Un test bun pentru verificarea acurateței alocării codurilor este **retro - traducerea codurilor la formularea medicală**.

Un exemplu de traducere inversă a formulării medicale:

Formulare medicală	Colecistită cu colelitiază
Traducerea codului	K80.10
Traducere medicală	Calcul al vezicii biliare cu o altă formă de colecistită, fără menționare de obstrucție

Aceasta este o alocare corectă a codului deoarece atât formularea medicală cât şi traducerea medicală includ inflamarea vezicii biliare (colecistită) şi calculi biliari (colelitiază).

Nota de excludere Tip 1
(pentru codificarea unei singure afecțiuni, 'ea' merge în altă parte)

Aceste note se bazează pe principiul codificării afecțiunilor simple sau multiple în *ICD-10*. Principiul codificării afecțiunilor simple este folosit în câteva țări, unde doar afecțiunea principală este tratată sau investigată în timpul episodului de îngrijire legat de afecțiune, fiind raportat, de exemplu, doar un cod pentru descrierea episodului de îngrijire. În mod evident, codificarea unei singure afecțiuni duce adesea la pierderea de informații valabile. În Australia, se foloseşte codificarea afecțiunilor multiple pentru a oferi specificitatea necesară descrierii în totalitate a episodului de îngrijire.

Încă odată, metoda empirică este de a traduce codurile înapoi la formularea medicală pentru a verifica dacă alocarea de cod(uri) este completă.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Gangrenă în sindromul Raynaud

Pentru codificarea unei singure afecțiuni această formulare a diagnosticului va fi codificată la I73.0 *Sindromul Raynaud* deoarece:

***R02** *Gangrenă, neclasificată în altă parte* exclude gangrena în alte boli periferice (I73.-)

De aceea, nota de excludere de la R02 înseamnă '**pentru codificarea unei singure afecțiuni**', gangrena în sindromul Raynaud fiind clasificată la I73.0.

R02 *Gangrenă, neclasificată în altă parte*

***Exclude*:** gangrenă în:
- aterosclerozăă (I70.24)
- diabet mellitus (E1-.52, E1-.69, E1-.73)
- **alte boli vasculare periferice (I73.)**

gangrenă cu localizare specificată (*vezi Indexul Alfabetic*)
gangrenă gazoasă (A48.0)
piodermita gangrenoasă (L88)

Pentru **codificarea multiplă,** R02 va fi folosit ca un cod adițional pentru a descrie în întregime formularea diagnosticului deoarece codul I73.0 nu oferă detalii despre gangrenă.

Nota de excludere Tip 2 (Poți crede că 'ea' merge aici dar nu este aşa)

Afecțiunile listate în aceste note de excludere sunt cele care sunt concepte similare ale rubricii în care sunt listate şi de aceea pot fi clasificate greşit la rubrica în cauză.

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Obstrucția cronică a căilor respiratorii şi bronşiectazia
Obstrucția cronică a căilor respiratorii este indexată la J44.9 *Boli pulmonare obstructive cronice, nespecificate*. Bronşiectazia este indexată la J47 *Bronşiectazie*.

Includerea/excluderea notelor pentru aceste două coduri sunt:

J44 *Alte boli pulmonare obstructive cronice*
▼
Include: cronice:
- bronşite
  - asmatice (obstructive)
  - emfizematoase
  - cu:
    - obstrucția căilor respiratorii
    - emfizem
- obstructive
  - astm
  - bronşită
  - traheo-bronşită

Exclude:	astmul (J45.-):
	bronşita asmatiformă NOS (J45.9)
	bronşiectazie (J47)
	cronică:
	• bronşită:
	  • NOS (J42)
	  • simplă şi mucopurulentă (J41.-)
	• traheită (J42)
	• traheobronşită (J42)
	emfizem (J43.-)
	boli pulmonare datorate agenților externi (J60-J70)

J47	*Bronşiectazie* Bronhiolectazie
Exclude:	bronşiectazie congenitală (Q33.4) bronşiectazie tuberculoasă (boală curentă) (A15-A16)

Această notă de excludere J44 înseamnă că 'ați putea crede că bronşiectazia este cuprinsă în cod, dar nu este aşa'. De asemenea, J47 nu are o notă de includere care să arate că, împreună cu bronşiectazia, CAL poate fi clasificată la J47. De aceea, alocările corecte de cod sunt J44.9 *Boli pulmonare obstructive cronice, nespecificate* şi J47 *Bronşiectazie*.

Nota de excludere nu înseamnă că această CAL cu bronşiectazie este codificată la J47 doar pentru aceste motive:

1. Dacă acest cod, J47, este retradus în diagnostic medical, el nu include CAL.
2. Bronşiectazia nu este nici similară şi nici o componentă a CAL şi nu ar fi clasificată la J44 aşa cum indică nota de excludere.
3. Nu există o notă de includere la codul J47 care să arate că această CAL este inclusă acolo.
4. Intrarea indexului pentru Bronşiectazie nu include sub-termeni legați de **CAL** sau invers.

Descrierile din glosar

Capitolul V *Tulburări mentale şi comportamentale* foloseşte un glosar descriptiv pentru a indica conținutul rubricilor. Acest glosar este folosit deoarece terminologia tulburărilor mentale este foarte diversă, în special datorită particularităților dintre diferite țări, iar aceeaşi denumire poate fi folosită pentru a descrie diferite afecțiuni. **Glosarul nu este conceput în intenția de a fi folosit de codificatorii clinici.**

Parantezele ( )

Parantezele sunt folosite în patru moduri:

1. Parantezele sunt folosite pentru a include cuvinte suplimentare, care pot să urmeze termenii diagnosticului fără a afecta codul numeric pe care cuvintele din afara parantezelor l-ar putea determina. Acestea sunt cunoscute ca **modificatori neesențiali.**

EXEMPLUL 3:

În nota de includere I12 N*efropatia hipertensivă* linia 'nefrită arteriosclerotică (cronică) (interstițială)' înseamnă că I12 este numărul de cod pentru termenul 'nefrită arteriosclerotică' singură sau când se foloseşte unul din cuvintele 'cronică' sau 'interstițială' (sau ambele).

2. Parantezele sunt folosite de asemenea pentru a include codul la care se referă termenul de excludere

EXEMPLUL 4:

I88 *Limfadenită nespecifică* exclude 'ganglioni tumefiați NOS' (R59.- *Ganglioni tumefiați*)

3. Parantezele sunt folosite în titlurile blocurilor din Volumul I pentru a include categoria codurilor cu trei caractere cuprinse în acel bloc.
4. Parantezele sunt folosite pentru a cuprinde codul cu dagger într-o categorie cu asterisc sau codul cu asterisc urmând unui termen cu dagger.

EXEMPLUL 5:

A32.1†	*Meningita listeriană şi meningoencefalita* Listeriană: • meningita (G01*) • meningoencefalita (G05.0*)
G01*	*Meningita în bolile bacteriene clasificate în altă parte* Meningita (în): • antrax (A22.8†) • gonococică (A54.8†) • leptospiroză (A27.-†) • listeriană (A32.1†)

Parantezele pătrate []

Parantezele pătrate sunt folosite pentru a include sinonime, cuvinte alternative sau expresii explicative

EXEMPLUL 6:

A30	*Lepra [Boala Hansen]*

Două puncte :

Două puncte sunt folosite în listarea termenilor de includere şi excludere atunci când cuvintele care le preced nu sunt termeni cuprinzători pentru fixarea lor la acea rubrică. Ei necesită unul sau mai multe cuvinte modificatoare sau calificante alineate sub ei înainte de a putea fi distribuiți rubricii.

EXEMPLUL 7:

În K36 '*Alte apendicite'*, diagnosticul 'apendicită' ar trebui să fie clasificat acolo doar dacă este calificat de cuvintele 'cronică' sau 'recurentă'.

K36	***Alte apendicite**:* Apendicită: • cronică • recurentă

Acolada }

O acoladă este folosită în listarea termenilor de includere şi excludere pentru a indica faptul că nici cuvintele care preced nici cele care urmează nu sunt termeni cuprinzători. Orice termen din fața acoladei trebuie caracterizat de unul sau mai mulți termeni care o urmează.

EXEMPLUL 8:

O71.6	***Leziune de origine obstetricală interesând articulațiile si ligamentele pelviene*** Smulgerea cartilajului simfizei interioare Deteriorarea coccisului } obstetrică Ruperea traumatică a simfizei (pubiene)

NOS

Literele NOS sunt abrevierea pentru 'altfel nespecificat', însemnând 'nespecificat' sau 'fără calificative'. Câteodată un termen fără precizarea cauzei este totuşi clasificat într-o rubrică ce specifică un diagnostic mai precis al afecțiunii. Aceasta deoarece în terminologia medicală forma cea mai uzuală de afecțiune este cunoscută adesea prin numele afecțiunii însăşi şi doar cele mai puțin obişnuite sunt specificate.

EXEMPLUL 9:

Stenoza mitrală se foloseşte în mod obişnuit cu înțelesul de 'stenoză mitrală reumatică'.

Această presupunere sub-înțeleasă trebuie luată în considerare pentru a evita o clasificare incorectă. Analizarea cu atenție a termenilor incluşi poate scoate la iveală faptul că s-a făcut o presupunere. **Codificatorii clinici** ar trebui să fie atenți să nu codifice termenul ca nespecificat decât dacă este clar faptul că nici o informație nu este disponibilă care să permită mai multe alocări specifice în altă parte.

Analiştii de date ar trebui în mod asemănător să fie atenți la faptul că anumite afecțiuni alocate aparent la o anumită categorie specifică nu sunt chiar atât de specifice în fişă precum codificarea o arată. Atunci când sunt comparate tendințele în timp şi sunt interpretate statistic, este necesar să fie conştienți de faptul că presupunerile pot schimba forma ICD în alta. De exemplu, înainte de Revizia a 8-a, un anevrism aortic nespecificat se presupunea că este cauzat de sifilis.

Neclasificat în altă parte

Cuvintele 'neclasificat în altă parte', atunci când sunt folosite în categoria de titlu cu trei caractere, servesc la avertizarea faptului că anumite variante specifice ale bolilor listate pot apare în altă parte a clasificării.

EXEMPLUL 10:

J16 *Pneumonia cauzată de infecția cu alte organisme, neclasificată în altă parte*

Această categorie include J16.0 - *Pneumonia cauzată de infecția cu Chlamida* şi J16.8 - *Pneumonia cauzată de infecția cu alte organisme*. Multe alte categorii sunt prezentate în Capitolul X *Boli ale aparatului respirator* şi alte capitole pentru pneumonii cauzate de organisme specificate (de ex. J10.- *Gripa cauzată de virus gripal identificat* la J15.- *Pneumonia bacteriană, neclasificată în altă parte* şi P23.- *Pneumonia congenitală*). J18.- *Pneumonia, organism nespecificat,* cuprinde pneumonii pentru care agentul infecțios nu este stabilit.

'ŞI' în titluri

'Şi' înseamnă 'şi/sau'. De exemplu în rubrica A18.0† *Tuberculoza oaselor şi a articulațiilor* trebuie clasificate cazurile de 'tuberculoza oaselor', 'tuberculoza articulațiilor' şi 'tuberculoza oaselor şi a articulațiilor'.

0034 CONVENȚII FOLOSITE LA INDEXUL ALFABETIC AL MALADIILOR

Indexul alfabetic este organizat în trei secțiuni:

- Secțiunea I listează toți termenii clasificabili de la Capitolul I-XIX şi Capitolul XXI, cu excepția medicamentelor şi a altor substanțe chimice.
- Secțiunea II este indexul cauzelor externe de morbiditate şi mortalitate şi cuprinde toți termenii clasificabili din Capitolul XX, cu excepția medicamentelor şi a altor substanțe chimice.
- Secțiunea III, Tabelul medicamentelor şi a altor substanțe chimice, listează fiecare substanță, codurile pentru otrăvire şi efectele adverse ale medicamentelor clasificabile la Capitolul XIX, şi codurile din Capitolul XX care prezintă efectele adverse ale unei substanțe administrate corect si dacă otrăvirea a fost sau nu accidentală, deliberată sau nedeterminată.

Secvența

Principalii termeni sunt prezentați în ordine alfabetică. Spațiile, cratimele, şi simbolurile preced numerele şi literele alfabetului. Acestea pot diferi față de ediția precedentă care ignora spațiile şi cratimele în favoarea alfabetizării literă cu literă.

Structura

Indexul conține **termenii principali** poziționați la stânga coloanei, cu alte cuvinte (**modificatorii**) la nivele diferite de alineate sub ele. Modificatorii care nu afectează codificarea apar în paranteză după afecțiune (**modificatori neesențiali**) – (vezi ***Paranteze*** în SC 0033 *Convenții folosite in lista tabelară a maladiilor*, pag. 20).

NEC

NEC (neclasificat în altă parte) indică faptul că variantele precizate ale afecțiunii listate sunt clasificate în altă parte, şi că, atunci când este necesar, trebuie căutat un termen mai precis în Index.

Referințe încrucişate

Referințele încrucişate sunt folosite pentru evitarea dublării fără rost a termenilor Indexului. Cuvântul '*vezi*' (*see*) necesită trimiterea codificatorului clinic către alt termen; '*vezi de asemenea*' (*see also*) direcționează codificatorul către altă poziție în Index dacă enunțul de codificat conține altă informație care nu se găseşte alineată sub termenul la care este ataşat '*vezi de asemenea*'.

0037-0045 VEZI PAG. 45-53

0046 VEZI PAG. 11

STANDARDE GENERALE PENTRU PROCEDURI

0016 LINII DIRECTOARE GENERALE PRIVIND PROCEDURA

Definiție

O procedură este definită ca o intervenție clinică ce:

- Este de natură chirurgicală; şi/sau
- Poartă un risc procedural; şi/sau
- Poartă un risc anestezic; şi/sau
- Cere o pregătire de specialitate; şi/sau
- Cere facilități speciale sau aparatură care este disponibilă numai într-o unitate de îngrijiri acute.

Ordinea codurilor ar trebui să fie determinată prin folosirea următoarei ierarhii:

Procedură efectuată pentru tratamentul diagnosticului principal
Procedură efectuată pentru tratamentul unui diagnostic secundar
Procedură pentru diagnostic/explorări legate de diagnosticul principal
Procedură pentru diagnostic/explorări legate de un diagnostic secundar pentru episodul de îngrijiri

(*Dicționarul Național pentru Datele de Sănătate, versiunea 8.0, AIHW, 1999*)

EXEMPLUL 1:	
Diagnosticul principal	Cervicita cronică
Diagnostice secundare	Virus papilom uman (HPV) Menoragia
Proceduri:	Dilatație şi curetaj, diatermie şi biopsie cervix
Prima procedură secvențială	Diatermia cervixului (35608-00 [1275]) deoarece este procedura care tratează cervicita cronică.

Trebuie să fie codificate toate procedurile semnificative efectuate din momentul internării până la externare. Aceasta include procedurile de diagnostic şi terapeutice.

Definiția unei proceduri semnificative este una care fie:

- Este de natură chirurgicală
- Poartă un risc procedural
- Poartă un risc anestezic
- Cere facilități sau aparatură speciale sau pregătire de specialitate

Diferența dintre procedurile chirurgicale şi cele nechirurgicale este dificil de definit, mai ales cu introducerea intervenției endoscopice şi radiologice. De exemplu, aspirația cu ac fin, procedurile percutanate, angioplastiile cardiologice percutanate şi procedurile terapeutice endoscopice împreună cu alte tratamente nu necesită deseori incizii mari şi există posibilitatea de a nu fi efectuate în sala de operație tradițională. Este foarte important ca toate procedurile incluzând procedurile tradiționale 'nechirurgicale' să fie codificate.

Procedurile care sunt de natură chirurgicală trebuie să fie codificate întotdeauna, iar secvențialitatea ar trebui să fie înaltă pe scara codurilor. De exemplu, 'colecistectomia' sau 'bypass-ul arterei coronariene'. Aceste tipuri de proceduri vor fi deseori trecute primele.

Secvențialitatea procedurilor nu va afecta gruparea în DRG. Explicațiile privind folosirea procedurilor specifice trebuie să se facă cu trimiteri la indexul acestui document.

Componentele procedurii

Nu codificați procedurile care sunt componente individuale ale altei proceduri

EXEMPLUL 2:

- Laparotomia ca un abord chirurgical
- Grefă de os în timpul reconstrucției craniofaciale
- Sutura inciziei abdominale după chirurgie

0040 CONVENȚII FOLOSITE ÎN LISTA TABELARĂ A PROCEDURILOR

Format

Primul nivel – axa localizării anatomice

Clasificarea procedurilor *ICD–10 AM* a fost structurată pe o axă principală a localizării anatomice. În cadrul fiecărui capitol, localizarea anatomică a fost structurată dinspre 'superior' către 'inferior' ('cap-spre-călcâi').

Al doilea nivel – axa tipului de procedură

A doua axă este tipul procedurii, începând cu procedura cea mai puțin invazivă către cea mai invazivă.
Axele procedurale standardizate sunt:

Examinare
Aplicație, Inserție, Extirpare
Incizie
Distrugere
Excizie
Reducție (aplicabilă doar la capitolul musculo-scheletic)
Reparare
Reconstrucție
Revizie
Reoperare
Alte proceduri

Al treilea nivel – axa bloc

MBS este o listă de plăți care este structurată în funcție de specialități. Deoarece procedurile din *ICD–10 AM* se bazează pe numerele articolelor din MBS şi sunt structurate pe o bază anatomică, numerele codurilor nu apar întotdeauna în ordine numerică în lista tabelară. S-a introdus axa celui de-al treilea nivel numit **BLOC**. Blocurile sunt numerotate secvențial în lista tabelară, pentru a ajuta codificatorii clinicieni în localizarea unui cod specific şi au titluri care sunt asociate în mod specific codurilor cuprinse în cadrul blocului.
Anumite capitole sunt o excepție de la formatul general:

- **Serviciile dentare**

Acest capitol se bazează pe 'Lista Australiană a Serviciilor Dentare şi Glosar', ediția a VI-a, 2000 publicată de către Australian Dental Association (ADA), Incorporated (Asociația Dentară Australiană). Cópii ale acestei publicații pot fi obținute de la ADA, 75 Lithgow Street, St. Leonards NSW 2065, Australia. Capitolul serviciilor dentare este structurat pe un serviciu de bază, de exemplu, servicii de diagnostic, servicii preventive, parodontice, chirurgie orală, etc. Axele secundare, în majoritatea cazurilor, sunt legate de tipul de procedură.

- **Proceduri obstetricale**

Acest capitol are o axă principală legată de ciclul sarcinii, de exemplu, proceduri antepartum, proceduri asociate cu travaliul, naşterea, etc. Axele secundare au legătură cu tipul procedurii.

- **Proceduri chimioterapeutice şi de iradiere oncologică**

Acest capitol are axe principale în legătură cu procedurile chimioterapeutice şi cele de iradiere oncologică. Axele secundare din cadrul secțiunii de iradiere oncologică au legătură cu tipul de iradiere, de exemplu, terapia cu rază externă, brahiterapia, planificarea şedinţelor de terapie computerizată, etc.

- **Intervenții neinvazive, cognitive şi neclasificate altundeva**

Acest capitol are o axă principală privind scopul intervenției, adică suport pentru diagnostic, terapie sau administrativ/clinic/pacient. Axa secundară priveşte tipul intervenției sau sistemul corpului. De exemplu, în axa primară a intervențiilor diagnostice, axele secundare sunt evaluarea, consultația, interviul, examinarea, evaluarea sau testele de diagnostic, măsurătorile sau investigațiile – ochi şi anexe. În axa primară a intervențiilor terapeutice, axele secundare sunt consultanța, educația, intervențiile de suport nutrițional, imunizarea, injecțiile, perfuzia sau intervențiile terapeutice – sistem cardiovascular.

- **Servicii imagistice**

Axa principală în cadrul acestui capitol se referă la serviciul imagistic efectuat, de exemplu, ultrasunete, tomografie, radiografie, etc. Nu există nici o axă secundară în cadrul acestui capitol.

Abrevieri

NEC *Neclasificat în altă parte*. Termenul neclasificat în altă parte este folosit în contextul prevenirii utilizatorilor asupra anumitor variante specifice listei de proceduri ce pot să apară în alte părți ale clasificării. Codurile incluzând NEC în descrierea lor sunt numai pentru a fi determinate când utilizatorului îi lipseşte informația necesară repartizării unui termen procedural la un cod mai specific.

NOS *Nespecificat altminteri*. Această abreviere este echivalentă cu termenul 'nespecificat'.

Şi/Sau în titlurile codurilor

'Şi' în titlurile codurilor înseamnă 'şi'. 'Sau' în titlurile codurilor înseamnă 'sau'.

De exemplu:

48224-00 [1435]	Grefa osoasă la radius sau ulna
47519-00 [1479]	Fixarea internă a fracturii de femur la nivel trohanterian sau subcapital
46339-00 [1446]	Sinovectomia tendonului flexor sau extensor al mâinii
47384-00 [1429]	Reducerea deschisă a fracturii de diafiză de radius
47384-01 [1430]	Reducerea deschisă a fracturii de diafiză ulnară
47393-00 [1431]	Reducerea deschisă a fracturii de diafiză de radius şi ulnară

Punctuație

[] Parantezele drepte sunt folosite pentru a include sinonime, exprimări alternative sau expresii explicative

() Parantezele sunt folosite pentru a cuprinde cuvinte suplimentare care pot fi prezente sau absente în exprimarea unei proceduri fără a afecta numărul codului atribuit.

: Două puncte sunt utilizate în lista tabelară după un termen incomplet, necesitând unul sau mai mulți modificatori care urmează pentru a fi posibilă repartizarea la o categorie dată.

} Acoladele sunt folosite pentru a cuprinde o serie de termeni, fiecare dintre aceştia fiind modificat după specificarea care apare în dreapta acoladei.

Termeni incluşi

Termenii incluşi sunt termeni procedurali listați direct sub titlul blocului sau descrierii codului. Scopul lor este de a da exemple ale termenilor care sunt repartizați codului sau blocului. De exemplu:

42671-00 [173] *Keratoplastia refractivă*
Keratomileusis
Keratoprosthesis
Termokeratoplastia

Termenii incluşi *nu* sunt exhaustivi, iar utilizatorii trebuie *să nu codifice niciodată direct din lista tabelară.* Ar trebui să se refere întâi la indexul alfabetic, deoarece el conține mult mai mulți termeni procedurali decât lista tabelară.

Note instrucționale

Notele instrucționale apar în anumite locații pe tot cuprinsul Listei Tabelare:

Capitol	note instrucționale legate de codurile clasificate în capitol
Nivelul 1 – Axa localizării anatomice	note instrucționale legate de codurile clasificate la localizare
Nivelul 2 – Axa tipului de procedură	note instrucționale legate de codurile clasificate la tipul de procedură
Nivelul 3 – Axa blocului	note instrucționale legate de codurile grupate sub titlul blocului
Nivelul 4 – Codul	note instrucționale legate de coduri

Notațiile instrucționale urmează conform unei ierarhii:
Include
Notă
Codifică şi când se efectează (Codifică de asemenea) (Codifică primul)
Exclude

Include:
Nota *Include* este folosită pentru a defini mai profund conținutul unui capitol, localizare, tip de procedură, bloc sau cod. În anumite situații, nota *Include* se referă la componentele procedurale sau aparatura folosită, fiind indispensabilă descrierii unui cod sau titlu de bloc. De exemplu:

36503-00[1058] *Transplant renal*

Include: anastomoza vasculară

În alte cazuri, nota *Include* defineşte suplimentar localizarea. De exemplu:

30394-00[987] *Drenajul abcesului, hematomului sau chistului intraabdominal*
Include:
- apendicelui
- fosei iliace
- intraperitoneal
- pelvic
- subhepatic
- subfrenic

} Abcesul, hematomul sau chistul

peritonită

Notă:
Nota poate fi folosită ca o explicație ce clarifică folosirea unui cod sau coduri. În multe situații, *Nota* furnizează un exemplu de termen diagnostic pentru care această procedură poate fi efectuată (adică, *Nota* nu este exhaustivă). De exemplu:

39806-00 [11] *Cliparea de arteră intracraniană proximală*

Notă: efectuată pentru anevrism sau malformație arteriovenoasă

Nota poate să fie folosită de asemenea pentru a defini suplimentar anumiți termeni folosiți în descrierea codului din cadrul unui bloc. De exemplu:

[1651] *Lambou tegumentar local, mic şi simplu, într-o etapă*

Notă *Lambou* Țesut detaşat de zona donatoare transferat în zona receptoare împreună cu aportul vascular propriu (pedicul).
Tipurile de lambou includ:
- avansat (de ex. V-Y, bipedicul)
- fasciocutanat
- rotit
- transpus (de ex. Z – plastia, romboidal)

Local Lambou prelevat de la o zonă adiacentă defectului
Simplu De formă regulată, bidimensional
Mic Se referă la mărimea zonei receptoare

Codifică de asemenea/Codifică şi când se efectuează:

Această instrucțiune se foloseşte în întreaga listă tabelară pentru a informa utilizatorul că urmează a fi atribuit un cod adițional când sunt efectuate anumite proceduri asociate sau sunt folosite anumite echipamente.De exemplu:

41548-00 [323] *Obliterarea cavității mastoidiene*

Codifică şi când se efectuează:
- meatoplastia (41512-00 [305]

Codifică primul:

Notele instrucționale Codifică primul ajută codificatorul clinician în determinarea corectă a înşiruirii secvențiale a codurilor. Instrucțiunea apare sub codurile care nu trebuie niciodată să fie atribuite singure.

Exclude:

Termenii care urmează cuvântului 'Exclude' urmează să fie codificați altundeva aşa cum se indică în fiecare caz.

Codurile nu sunt listate în cadrul notei instrucționale 'Exclude' în ordine numerică. Ele sunt ordonate mai degrabă secvențial după numărul de bloc. De exemplu:

Exclude: *Lamboul tegumentar al nasului* (45206-01 [1651], 45203 [1652], 45221, 45224 [1653], 45230 [1653] [1654], 45227, 45233, 45236 [1654])

Codurile pot fi listate în notele Exclude cu sau fără extensia lor (vezi exemplul de mai sus, 45230 [1653] [1654]). Când nu sunt folosite extensiile, nota Exclude se aplică la toate extensiile cu două unități ale acelui cod. În exemplul de mai sus, există două extensii la codul 45230:

45230-00 [1653] *Întârzierea lamboului tegumentar direct la distanță*
45230-01 [1654] *Întârzierea lamboului tegumentar indirect la distanță*

0041 CONVENȚII FOLOSITE ÎN INDEXUL ALFABETIC AL PROCEDURILOR

Indexul alfabetic este important deoarece conține mult mai mulți termeni procedurali decât cei care apar în lista tabelară.

Să nu se codifice niciodată direct din Indexul Alfabetic. După localizarea unui cod în index, referiți-vă la acel cod în lista tabelară pentru instrucțiuni importante, cum ar fi notele 'include' şi 'exclude'. Aceste instrucțiuni sunt un ghid de folosire a codurilor adiționale, a secvenței şi notelor de excludere indicând reguli ce arată când o procedură ar fi codificată în altă parte.

Secvența

Termenii principali sunt înşiruiți secvențial în mod alfabetic. Spații, liniuțe şi simboluri preced numere şi litere alfabetice. Aceasta poate varia de la edițiile anterioare care ignorau spațiile şi liniuțele în favoarea clasificării în ordine alfabetică literă-de-literă.

Liniuțele au fost adăgate la *ICD-10-AM* pentru a indica nivelurile de alineat.

Numerele, arabe sau romane, sunt înşiruite secvențial, numeric înaintea caracterelor alfabetice. De exemplu:

Sutura
- laceraţia obstetrică, curentă (ruptură) 90485-00 [1344]
- - gradul 1 90481-00 [1344]
- - gradul 2 90481-00 [1344]
- - gradul 3 16573-00 [1344]
- - gradul 4 16573-00 [1344]
- - vezică urinară (şi uretră) 90480-00 [1344]
- - col uterin 16571-00 [1344]

Prepozițiile 'ca', 'prin', 'pentru', 'cu' şi 'fără' urmează imediat termenul principal sau sub-termenul la care se referă. Când descrierea unei proceduri include termenii listați dedesubtul unui sub-termen prepozițional şi a unui sub-termen alfabetic, sub-termenul prepozițional are întâietate.De exemplu:

Formare (de)
- fistulă
- - arteriovenoasă
- - - cu
- - - - grefă, venă 34512-00 [765]*
- - - - prosteză (Goretex) 34512-01 [765]
- - - membru (extremitate)
- - - - inferior 34509-00 [765]**
- - - - superior 34509-01 [765]

În acest exemplu, 'formarea unei fistule arteriovenoase a membrului inferior cu grefă' ar avea atribuit mai degrabă codul 34512-00 [765]* decât codul 34509-00 [765]** deoarece intrările de sub 'cu' au întâietate față de sub-termenul alfabetic 'membru'.

Când referințe multiple prepoziționale sunt prezente, ele sunt listate în ordine alfabetică. De exemplu:

Artroplastie (vezi şi Reparare, articulaţie) 50127-00 [1571]
- prin oseointegrare (implantare de dispozitiv de fixare din titan)
- - deget (mână) (picior) 45794-07 [1698]
- pentru hallux valgus (hallux rigidus) (unilateral) 49821-00 [1547]
- - cu prosteză 49839-00 [1547]
- - bilaterală 49824-00 [1547]
- - - cu prosteză 49842-00 [1547]
- glezină
- - pentru înlocuirea articulației (totale) 49715-00 [1544]
- - Austin Moore, şold 47522-00 [1489]

Numerele de bloc

MBS este o listă de plăți şi a fost structurată în funcție de specialități. Deoarece procedurile din *ICD-10-AM* se bazează pe numerele articolelor în MBS şi sunt structurate pe o bază anatomică, numerele codurilor nu apar întotdeauna în ordine numerică în lista tabelară. A fost introdusă axa celui de-al treilea nivel, numit **BLOC**. Blocurile sunt numerotate secvențial în lista tabelară, pentru a ajuta la localizarea unui cod specific. Numerele de bloc în index apar boldate şi sunt localizate în dreapta codului, fiind separate de cod prin paranteze drepte.

Termenii principali

Indexul alfabetic este organizat pe 'termeni principali' care sunt tipăriți în mod boldat pentru a facilita referința. Termenii principali identifică de obicei tipul de procedură efectuat mai degrabă decât localizarea anatomică implicată.

Modificatori

Un termen principal sau un sub-termen poate fi urmat de o serie de termeni în paranteze. Prezența sau absența acestor termeni din paranteze în descrierea procedurii *nu are nici un efect* asupra selecționării codului. Aceştia se numesc *modificatori neesențiali*. De exemplu:

Bronhoscopie (fibrooptică) (cu ghidare fluoroscopică) (cu lavaj) 41898-00 [543]
- cu
- - biopsie (bronhie) (plămân) 41898-01 [544]
- - dilatație (strictura bronhială) (strictura traheală) 41904-00 [546]
- - excizia leziunii 41892-01 [545]
- - - tumoră, prin laser 41901-00 [545]
- - îndepărtarea unui/unei
- - - corp străin 41895-00 [544]
- - - leziuni 41892-01 [545]
- - - - tumori, prin laser 41901-00 [545]
- - spălări (pentru colectarea specimenului) 41898-01 [544]

Un termen poate fi urmat de asemenea de o listă de sub-termeni care *într-adevăr au un efect* asupra selecționării codului potrivit pentru o procedură dată. Aceştia se numesc *modificatori esențiali*. Aceşti sub-termeni formează intrări de linie individuală şi descriu diferențe esențiale în localizare sau tehnica chirurgicală. De exemplu:

Clampare
- arteră 34106-14 [697]
- - axilară 34103-11 [697]
- - brahială 34106-10 [697]
- - cardiacă colaterală (deschisă) 38700-03 [691]
- - carotidă 34100-02 [697]
- - cervicală, NEC 34106-14 [697]
- - etmoidală (transorbitală) 41725-00 [697]

Neclasificat în altă parte (NEC)

NEC este folosit în două scopuri care pot numai să fie determinate prin referire la lista tabelară:

1. Cu termeni rău definiți ca o avertizare a faptului că formele procedurii sunt clasificate diferit. Codurile date unor asemenea termeni ar trebui să fie folosite numai dacă nu sunt disponibile mai multe informații precise.

2. Termeni pentru care nu este furnizată o categorie mai specifică în lista tabelară şi nici o cantitate de informații adiționale nu va altera selecționarea codului.

Omite codul

Instrucțiunea omite codul poate fi aplicată termenilor care identifică inciziile care sunt listate ca termeni principali în indexul alfabetic. Dacă incizia a fost făcută numai în scopul de a efectua o viitoare operație chirurgicală, se dă intrucțiunea *omite codul*. De exemplu:

Artrotomie 50103-00 [1555]
- ca abord chirurgical – *omite codul*
- gleznă 49706-00 [1529]
- cot (toaletă) 49100-00 [1410]
- şold 49303-00 [1481]

Instrucțiunile *Omite codul* se pot de asemenea aplica anumitor proceduri care, atunci când sunt efectuate cu alte proceduri, nu trebuie să fie codificate. De exemplu:

Cardioversia 13400-00 [1890]
- concomitent cu chirurgia cardiacă – *omite codul*

Instrucțiuni de trimitere

Instrucțiunile de trimitere oferă utilizatorului modificatori posibili pentru un termen sau sinonimul său. Sunt trei tipuri de asemena instrucțiuni:

1. 'vezi' este o direcție explicită de a se uita altundeva. Este folosit cu termeni care nu definesc tipul de procedură efectuat. De exemplu:

   CAT (tomografie axială computerizată) – vezi Tomografie, computerizată

2. 'vezi şi' îndreaptă utilizatorul spre un alt termen principal când intrările respective nu furnizează un cod. De exemplu:

   Abdominoplastie
   - reducerea dimensiunii vezi şi *Lipectomie, șorț abdominal*
   - - Pitanguy 30177-00 [1666]
   - - radicală 30177-00 [1666]

3. 'vezi bloc [xxxx]' îndreaptă utilizatorul către lista tabelară pentru alte informații sau referințe specifice de localizare. De exemplu:

   Asistență
   - respiratorie endotraheală (vezi blocul [569])

Eponime

Procedurile numite după persoane (eponime) sunt listate atât ca termeni principali în secvența lor alfabetică adecvată cât şi la termenul principal 'procedură'. Eponimul este urmat de o descriere a procedurii sau localizării anatomice afectate. De exemplu:

Procedura Darrach (osteotomia ulnei) 48406-04 [1424]
- cu fixare internă 48409-04 [1424]

Procedură
- Darrach (osteotomia ulnei) 48406-04 [1424]
- - cu fixare internă 48409-04 [1424]

0019 PROCEDURI NEFINALIZATE SAU ÎNTRERUPTE

Dacă o procedură chirurgicală a fost întreruptă sau a fost nefinalizată din anumite motive, codificați numai procedura care s-a efectuat.

EXEMPLUL 1:
Dacă o laparotomie ar fi fost făcută pentru a efectua o apendicectomie, dar apendicectomia nu a fost făcută din cauza că bolnavul a avut un stop cardiac, codificați numai laparotomia.

30373-00 [985] *Laparotomie exploratorie*

EXEMPLUL 2:
Încercare de decompresie endoscopică a tunelului carpian, preschimbată în procedură deschisă

Procedura care este ordonată prima:	39331-01 [76] *Decompresia tunelului carpian*
Altă procedură	39331-00 [76] *Decompresia endoscopică a tunelului carpian*

EXEMPLUL 3:
O histerectomie vaginală asistată laparoscopic convertită în histerectomie abdominală

Atribuiți codul:	35756-00 [1269] *Histerectomie vaginală asistată laparoscopic convertită în histerectomie abdominală*

Codificatorii clinicieni ar trebui să fie atenți când o procedură este înregistrată ca 'Eşuată' (de exemplu, 'CDE eşuat' poate să însemne că ductul biliar comun a fost explorat dar că substanța de contrast nu a putut fi inserată). În asemenea circumstanțe, ar trebui codificată procedura.

Notă: *ICD-10-AM* furnizează un cod pentru naşterea cu forceps eşuată, 90468-05 [1337] *Aplicația eşuată de forceps*, care înseamnă că rezultatul aşteptat nu a fost realizat (adică, naşterea copilului nu a fost realizată prin folosirea forcepsului).

0020 PROCEDURI MULTIPLE/BILATERALE

Codificarea procedurii ar trebui să reflecte resursele utilizate acolo unde este posibil şi de aceea, în general, procedurile multiple sau bilaterale ar trebui să fie codificate de câte ori sunt efectuate în timpul unui episod de îngrijiri.

Aşa cum este arătat în SC 0042 *Proceduri codificate anormal*, (pag. 46), unele proceduri nu sunt codificate aşa cum sunt reflectate în diagnostic sau într-o procedură asociată. De asemenea, în conformitate cu acest standard, ar trebui să se observe că, acolo unde există o necesitate specifică de a codifica orice procedură de mai multe ori pentru cercetare sau alte scopuri, aceste coduri pot fi alocate.

În general, dacă o procedură sau proceduri implică două sau mai multe locuri, sau este efectuată sub anestezie, procedura ar trebui codificată ori de câte ori este efectuată.

EXEMPLE:

Următoarele proceduri ar fi codificate ori de câte ori sunt efectuate:

Excizia leziunilor multiple ale pielii
Reconstrucție bilaterală a pleoapei superioare
Reparări multiple de tendon la o mână
Aspirația chisturilor ovariene multiple

Excepții
(a) Acolo unde există un standard de specialitate care direcționează în mod specific codificatorul clinic pentru a codifica altfel. Aceasta se întâmplă în următoarele standarde:

- 0032 *Intervenții înrudite cu sănătatea*
- 0031 *Anestezia*
- 0044 *Chimioterapia*
- 0302 *Transfuzia de sânge*
- 1911 *Arsuri*

(b) Proceduri care sunt inerent bilaterale sau au un cod dat în *ICD-10-AM* care denotă aspectul multiplu sau bilateral în titlul codului sau termeni incluşi, ar trebui să aibă numai un cod alocat per episod operator.

EXEMPLE:

59915-00 [1990]	*Angiografia cerebrală* (indiferent dacă implică arterele bilaterale)
35694-01 [1254]	*Anastomoza laparoscopică de trompă fallopiană*
32087-00 [911]	*Colonoscopia flexibilă până la flexura hepatică, cu polipectomie*(vezi termenii incluşi)
41632-01 [309]	*Miringotomia cu inserție de tub, bilateral*
49319-00 [1489]	*Artroplastia totală de şold, bilateral*
93340-00 [1907]	*Terapie electroconvulsivă [ECT], ≤ 8 tratamente*
46360-00 [1446]	*Sinovectomia tendoanelor flexoare, ≥ 5 degete*

(c) Procedurile efectuate **fără** anestezie ar trebui să fie codificate **numai o singură dată** (dacă nu este listată în SC 0042 *Proceduri codificate anormal* ca o procedură ce nu se codifică sau dacă nu este direcționată altminteri în alt standard de specialitate).

EXEMPLE:
Alocați un cod dacă următoarele proceduri fără anestezie sunt efectuate de mai multe ori:
Scanare CT (acelaşi tip şi loc)
Transfuzii de sânge (ale aceluiaşi tip de produs)
Proceduri de monitorizare a durerii
Intervenții înrudite cu sănătatea
Hemodializă

0022 EXAMINAREA SUB ANESTEZIE

Examinarea sub anestezie (ESA) trebuie să fie codificată numai ca o procedură când ea este singura procedură care este efectuată. Nu ar fi codificată în următorul exemplu:

Procedurile înregistrate în raportul de operații: excizia chistului vaginal şi EUA.

Dacă nu este dată o dispoziție clară în index pentru a codifica 'examinarea sub anestezie' la localizarea specificată, atribuiți un cod pentru 'altă procedură de diagnostic' a localizării. Dacă nu există în index nici o intrare pentru 'altă procedură de diagnostic', atunci atribuiți un cod pentru 'altă procedură' a localizării. Poate fi necesar să se facă o verificare împreună cu clinicianul privind localizarea.

De asemenea, tipul anesteziei ar trebui să fie codificat (vezi SC 0031 *Anestezia*, pag. 40).

EXEMPLUL 1:
Examinarea sub anestezie (EUA) a cervixului folosind anestezia generală intravenoasă.

Alocați:	35618-03 [1278]	*Alte poroceduri pe cervix*
	92514-99 [1910]	*Anestezie generală*

Acest cod este accesat în Index cu consultarea: 'Procedură, cervix NEC'.

EXEMPLUL 2:
Examinarea sub anestezie (EUA) a meningelor cerebrale folosind anestezia generală intravenoasă.

Alocați:	90007-00 [28]	*Alte proceduri de diagnostic pe craniu, creier sau meninge cerebrale*
	92514-99 [1910]	*Anestezie generală*

Acest cod este accesat în Index cu consultarea: 'Procedură, meninge cerebrale, diagnostic NEC'.

Vezi, de asemenea, SC 1431 *Examinarea sub anestezie (EUA), ginecologie*, pag. 194.

0023 CHIRURGIE LAPAROSCOPICĂ/ARTROSCOPICĂ/ENDOSCOPICĂ

Dacă o procedură este efectuată laparoscopic, artroscopic sau endoscopic şi nu există nici un cod care să cuprindă atât endoscopia cât şi procedura, atunci ambele proceduri trebuie să fie codificate.

EXEMPLUL 1:
Îndepărtarea laparoscopică a vezicii biliare

Cod:	30445-00 [965]	*Colecistectomie laparoscopică*

EXEMPLUL 2:
Bandarea gastrică laparoscopică

Procedura ordonată prima:	30511-00 [889]	*Reducția gastrică*
Procedura asociată:	30390-00 [984]	*Laparoscopie*

0024 PANENDOSCOPIA

În *ICD-10-AM*, termenul panendoscopie cuprinde endoscopiile tractului digestiv, de exemplu, gastroscopie, duodenoscopie, ileoscopie şi esofagogastroduodenoscopie (EGD). Referiți-vă la Lista Tabelară a Procedurilor, blocurile:

[1005] *Panendoscopia*
[1006] *Panendoscopia cu îndepărtarea unui corp străin*
[1007] *Panendoscopia cu distrugere* şi
[1008] *Panendocsopia cu excizie*

Totuşi, esofagoscopiile sunt clasificate separat, se referă la Lista Tabelară a Procedurilor, Blocurile:

[850] *Esofagoscopia*
[851] *Scleroterapia endoscopică prin injecție a leziunii esofagiene*
[852] *Îndepărtarea unui corp străin din esofag*
[853] *Alte procedee de aplicare, inserție sau extragere la nivelul esofagului*
[856] *Proceduri cu distrucție la nivelul esofagului*
[861] *Alte proceduri de exereză la nivelul esofagului*
[862] *Dilatația esofagului*

Termenul de panendoscopie poate fi de asemenea folosit şi în înțelesul de endoscopiile tractului respirator şi a sistemului urinar şi de aceea endoscopiile non-gastrointestinale trebuie să fie codificate adecvat, până la cea mai îndepărtată localizare vizualizată.O endoscopie a ileonului (incluzând biopsia ileală) poate fi efectuată prin tractul gastrointestinal superior sau tractul gastrointestinal inferior. Intrările indexului la 'ileoscopie' vor ajuta la atribuirea codului corect.

Notă: Examinarea duodenului (Tractului digestiv)

Terminologie: Examinarea endoscopică este o procedură invazivă care se poate defini ca medicală când examinarea se rezumă la observarea şi descrierea regiunii, fără nici un fel de intervenție sau act: puncție, biopsie, îndepărtare de corp străin, excizie sau distrugere de țesut sau leziune şi când abordarea se face prin orificiile naturale."Pentru a separa mai clar codurile – pentru examinarea endoscopică medicală a tractului digestiv, se vor utiliza, pentru:

Esofag: [850]41816-00 Esofagoscopia rigida, 30473-03 Esofagoscopia flexibila; **Stomac, dudoden sau pentru toate trei**: [1005] 30473-00 Panendoscopia pana la duoden**; Jejun şi ileon** : [1005] 30473-05 Panendoscopia pana la ileum; **Intestin gros** : [904] *Sigmoidoscopia rigida,* [905] *Colonoscopia flexibila* - Rect – [928] *32171-00 Examinarea anorectala*

EXEMPLE:		
Panendoscopia implicând esofagul, stomacul, duodenul şi ileonul.		
Alocați codul:	30473-05 [1005]	*Panendocscopia ileonului*
Panendoscopia tractului gastrointestinal inferior cu vizualizarea ileonului		
Alocați codul:	32090-00 [905]	*Colonoscopia flexibilă până la cec*
Panendoscopia implicând faringele, laringele şi bronhiile.		
Alocați codul:	41898-00 [543]	*Bronhoscopia*
Panendoscopia vezicii urinare		
Alocați codul:	36812-00 [1089]	*Cistoscopia*

0025-0027 VEZI PAG. 17-18

0028 BIOPSIA GANGLIONILOR LIMFATICI PARA-AORTICI

Ar trebui să se acorde atenție când se codifică această procedură. Dacă 'biopsia ganglionilor para-aortici' este documentată, verificați raportul chirurgical din moment ce acest termen poate descrie o procedură mai extensivă, cum ar fi:

1. Este efectuată o procedură de către urologi, ca urmare a unui tratament pentru tumori cu celule provenind din testicule. Peritoneul posterior parietal este deschis între bifurcația aortei până în treimea duodenului şi tot țesutul gras de deasupra şi dintre vasele mari se îndepărtează. În plus, vasele mari sunt retrase, astfel încât țesutul ganglionar să fie îndepărtat de asemenea din jurul venelor lombare. Această procedură se poate efectua într-o oră.
   Această procedură ar trebui să fie codificată la 37607-00 [811] *Excizia radicală a ganglionilor limfatici retroperitoneali*

2. O procedură mai puțin extensivă a prelevării de mostre la ganglionul para-aortic. Aceasta este de obicei efectuată de oncologii ginecologi pentru stadializarea cancerelor cervical, endometrial şi ovarian. Din nou, peritoneul posterior parietal este separat de la bifurcația aortică până la duoden, dar de obicei stratul de grăsime peste vena cavă (care include ganglionii limfatici) şi aorta anterioară este luat singur, fără a fi efectuată o disecție în spatele vasului. Această procedură nu implică îndepărtarea pielii şi poate sau nu poate să implice excizia țesutului subcutanat.

   Această procedură ar trebui să fie codificată avându-se în vedere abordarea:

35723-02 [810] *Prelevare laparoscopică de ganglion limfatic para-aortic pentru stadializarea neoplasmelor ginecologice*
35723-03 [810] *Prelevare de ganglion limfatic para-aortic pentru stadializarea neoplasmelor ginecologice*

0029 CODIFICAREA PROCEDURILOR CONTRACTATE

Acest standard priveşte reglementarea colecției de date plănuită de Comitetul Național al Datelor de Sănătate care are reprezentare din toate statele şi teritoriile. Codificatorii clinici trebuie să fie familiari cu metodele respective din statul/teritoriile de raportare a acestor informații.

Dacă un tratament spitalicesc este efectuat sub o reglementare contractuală care există între două spitale, toate procedurile realizate sub contract urmează să fie înregistrate şi codificate în ambele spitale. Spitalul care nu efectuează procedura ar trebui să înregistreze codul adecvat.*)

*Se subînțelege codul acordat de spitalul care a efectuat procedura (n.t.)

0030 PROCURAREA DE ORGANE ŞI TRANSPLANTAREA

Acest standard priveşte pregătirea introducerii unui episod de îngrijiri pentru procurarea de organe. Unele state pot permite folosirea codurilor pentru procurarea de organe în asociere cu:

- episodul acut în timpul căruia pacientul moare; **sau**
- un tip de episod care cuprinde perioada ce urmează morții creierului în timpul căreia pacientul este ventilat, iar procedurile de procurare a organului sunt realizate.

Vă rugăm să verificați cu autoritatea sanitară de stat înainte de a aplica acest standard.[**)]

1. Donatori în viață

Pacienții admişi pentru a dona organe şi țesuturi (excluzând donarea autologă) au în general ca diagnostic principal un cod din categoria Z52 – *Donatori de organe şi țesuturi*. Ar trebui să fie atribuite, de asemenea, orice diagnostice secundare şi cod(uri) de proceduri adecvat(e).
(Vezi, de asemenea, SC 0301 *Procurare şi transplantere de celule stem*, pag. 83).

2. Donare ca urmare a morții creierului în spital. Criteriile pentru donare sunt: moartea creierului, consimțământul şi eligibilitatea clinică.

2a. Într-un prim episod (de procurare) în timpul căruia pacientul moare, atribuiți ca diagnostic principal afecțiunea care a prilejuit admiterea (ca donator) şi acordați codul adecvat de la Z00.5 *Examinarea donatorului potențial de organ şi țesut* ca un diagnostic adițional (secundar) pentru a indica intenția de procurare. Z00.5 trebuie să fie folosit chiar dacă organele nu sunt procurate după aceea. **NU** folosiți codul de procedură pentru procurare în acest episod.

2b. În episodul de procurare după episodul prim şi ca urmare a morții creierului, atribuiți ca diagnostic principal codul adecvat de la Z52.- *Donatori de organe şi țesuturi* şi codul (codurile) relevant(e) al(e) procedurii. Nu este necesar de a atribui diagnostice din episodul prim sau cauza de deces deoarece acestea vor fi fost deja codificate în episodul inițial. Codificați numai pacienții care urmează să doneze organe.

2c. Pacienții resuscitați în urgență şi ulterior ventilați pentru o posibilă donare ca urmare a morții creierului vor avea ca diagnsotic principal un cod Z52.- cu sau fără codul de procedură pentru procurarea de organe depinzând de criteriile pentru donare ce trebuie îndeplinite. Dacă asemenea pacienți primesc tratament pentru afecțiunea sau pentru rănile lor, ei intră în categoria 2a.

3. Pacienții care primesc organul de transplantat vor avea ca diagnostic principal motivul internării cu codul adecvat al procedurii de transplant. Nu există necesitatea de a codifica îndepărtarea organului bolnav. Pacienții cu transplant în domino (când pacientul primeşte şi donează organe în timpul unui episod de îngrijiri, de exemplu, inimă/plămân) vor avea un diagnostic adițional de donator şi ambele coduri de proceduri de transplant şi procurare (cu transplantul ca procedură principală).

[**)] Este valabil pentru Australia unde statele componente ale federației au guverne autonome. Pentru România, urmează consultații cu comisia de transplant (n.t)

STANDARDE DE CODIFICARE TABELUL PROCURĂRII ŞI TRANSPLANTULUI DE ORGANE/ŢESUTURI					
Organ/ Ţesut	Donare non-autologă Cod diag.	Cod procedură procurare		Cod procedură transplant	
Sânge, integral	Z52.00	13709-00 [1891]	*Colectarea de sânge pentru transfuzie*	13706-01 [1893]	*Transfuzia de sânge integral*
Sânge, celule stem via afereză	Z51.81	13750-05 [1892] 13750-04 [1892]	*Afereza celulelor stem cu crioprezervare* *Afereza celulelor stem*	Bloc [802]	*Transplant de măduvă osoasă /celule stem*
Sânge, alte produse	Z52.08	Bloc [1891] Bloc [1892]	*Colectarea sau procesarea terapuetică a sângelui/măduvii osoase* *Afereză*	Bloc [1893]	*Transfuzia de sânge şi gammaglobulină*
Piele	Z52.1	90669-00 [1634]	*Excizia pielii pentru grefă*	Cod adecvat de la blocurile [1640] până la [1650]	
Os	Z52.2	Bloc [1563]	*Alte proceduri excizionale pe os din alte zone ale aparatului locomotor*	*Vezi Indexul Procedurilor* – 'Grefă, os, după localizare'	
Măduva osoasă	Z52.3	13700-00 [801]	*Procurarea de măduvă osoasă pentru transplant*	Bloc [802]	*Transplantul de măduvă osoasă/celule stem*
Rinichi	Z52.4	Bloc [1050]	*Nefrectomie completă pentru transplant*	Bloc [1058]	*Transplant renal*
Cornee	Z52.5	42506-00 [161]	*Enucleerea globului ocular fără implant*	Bloc [173]	*Keratoplastie*
Celule stem sist.limbic	Z52.8	42683-00 [254]	*Excizia leziunii sau ţesutului conjunctival*	90065-00 [174]	*Transplant de celule stem sist.limbic*
Ficat	Z52.6	90346-00 [953]	*Hepatectomie totală*	90317-00 [954]	*Transplant de ficat*
Inimă	Z52.7	90204-00 [659]	*Îndepărtarea inimii donatorului pentru transplant*	90205-00 [660]	*Transplant de inimă*
Plămân	Z52.8	38438-03 [553]	*Îndepărtarea plămânului donatorului pentru transplant*	Bloc [555]	*Transplant de plămân*
Inimă şi plămân	Z52.8	90204-01 [659]	*Îndepărtarea inimii şi plămânului donatorului pentru transplant*	90205-01 [660]	*Transplant de inimă şi plămân*
Pancreas	Z52.8	Bloc [978]	*Pancreatectomie*	90324-00 [981]	*Transplant de pancreas*

0031 ANESTEZIA

Acest standard se referă numai la anestezie (pierderea parțială sau completă a simțurilor) şi anestezice (medicamente folosite pentru a produce anestezia) şi anumite tipuri de analgezie postprocedurală. Pentru ghidul legat de monitorizarea durerii neasociate cu procedurile chirurgicale, vezi SC 1807 *Diagnostice de durere şi proceduri de monitorizare a durerii*, pag. 230).

Definiție

Anestezia cerebrală

Termenul 'anestezie cerebrală' din *ICD-10-AM* cuprinde procedurile anestezice ale anesteziei generale şi sedarea.

1. Anestezia generală

92514-XX [1910] *Anestezia generală* urmează să fie alocat pentru toate tipurile de anestezie generală. Aceasta include anestezia intravenoasă, anestezia prin inhalare sau o combinație a ambelor.

2. Sedarea

Distincția dintre sedare şi anestezia generală este deseori neclară din documentația clinică. În scopul clasificării în *ICD-10-AM* 92515-XX [1910] *Sedarea* poate fi alocat acolo unde se administrează anestezicul ca anestezie generală (adică intravenos sau prin inhalare, sau ambele) şi nu există documentare privind folosirea căilor de aer artificiale, cum ar fi un tub endotraheal, mască laringeală sau căile de aer Guedel.

Nu se codifică sedarea orală.

Căile de conducere ale anesteziei

Termenul de 'conducere a anesteziei' în *ICD-10-AM* cuprinde procedurile anestezice ale blocului neuroaxial, blocului regional şi infiltrația anesteziei locale.

1. Blocul neuroaxial

92508-XX [1909] *Blocul neuroaxial* urmează a fi alocat pentru anestezia epidurală, spinală sau caudală (sau în orice combinație) şi include atât injectarea, cât şi infuzarea. Nu se cere alocarea unui cod pentru administrarea tipului de medicament (opioid, anestezic local sau altă substanță terapeutică).

2. Blocare regională

Codurile pentru blocarea anestezică regională sunt împărțite pe zone anatomice în scopul administrării blocării şi, în acest caz, nervul care este implicat nu cere alocarea unui cod exact.

3. Infiltrarea anesteziculuI local

92513-XX [1909] *Infiltrarea anesteziculuI local* este alocat pentru administrarea anesteziculuI local (fie injectabil, fie topic) şi perfuziei retrograde, de ex.: blocul Bier. Efectul anesteziculuI este la nivelul localizat al țesutului.

Societatea Americană a Medicilor Anestezişti (ASA) Clasificarea Stării Fizice

Codurile de la blocurile [1333] *Analgezia şi anestezia în travaliu şi cezariană*, [1909] *Anestezia căilor de conducere* şi [1910] *Anestezia cerebrală* necesită o extensie pe două caractere care reprezintă scorul ASA al pacientului. Un tabel al acestor scoruri este listat la începutul fiecăruia din aceste blocuri în Volumul 3, Lista tabelară a procedurilor. Primul caracter al extensiei pe două caractere a codului de procedură este scorul ASA, aşa cum este reprezentat în prima coloană a tabelului.

Al doilea caracter al extensiei arată dacă un modificator al lui 'E' este înregistrat pe foaia anestezicului în plus față de scorul ASA. 'E' semnifică o procedură care este în curs de efectuare ca urgență şi poate fi asociat cu o ocazie suboptimală pentru modificarea riscului. Modificatorul 'E' urmează să fie reprezentat prin cifra '0'.

Această informație trebuie să fie documentată pe foaia de anestezie înaintea alocării acestor coduri. Acolo unde nu există nici o documentație privind scorul ASA sau modificatorul de urgență nu este indicat, ar trebui alocată cifra '9'.

EXEMPLE :
1. Pacient cu anestezie generală pentru chirurgie cardiacă iar ASA este documentată a fi 2.
Codificați : 92514-29 [1910] *Anestezie generală, ASA 2, fără urgență*

2. Pacient sedat pentru chirurgie de cataractă în sala de operație şi ASA nu este documentat.
Codificați : 92515-99 [1910] *Sedare, ASA 9, fără urgență*

3. Pacient cu anestezie generală şi bloc regional al membrului superior pentru multiple traume ale piciorului, ASA este documentată ca 3E.
Coduri : 92514-30 [1910] *Anestezie generală, ASA 3,urgență*
92512-30 [1909] *Anestezia regională nerv al mebrului inferior, ASA 3, urgență*

Analgezia postprocedurală

Termenul de 'analgezie postprocedurală' din *ICD-10-AM* cuprinde numai acele proceduri care furnizează analgezie continuă postprocedurală prin infuzare continuă **ŞI** au fost inițiate ca urmare a intervenției chirurgicale (sala de operație sau recuperare).

Clasificare

1. Atribuiți numai un cod de la blocul [1910] *Anestezie cerebrală* şi/sau un cod de la blocul [1909] *Anestezia căilor de conducere* pentru fiecare '**vizită la sală**' indiferent unde este efectuată în spital procedura, de exemplu, sala de operații, pavilionul de endoscopie, secția de urgență, laboratorul pentru cateterizare.

   1.1. Dacă este administrat unul sau mai multe anestezice de la blocul [1910] *Anestezie cerebrală* şi/sau blocul [1909] *Anestezia căilor de conducere* la o **'vizită la sală'** (incluzând diferite anestezice pentru diferite proceduri), atribuiți numai **un** cod pentru fiecare bloc, folosind următoarea ierarhie (listată de la cea mai înaltă prioritate la cea mai mică):

   [1910] *Anestezie cerebrală*
   i. Anestezia generală (92514-XX)
   ii. Sedarea (92515-XX)

   [1909] *Anestezia căilor de conducere*
   i. Blocul neuroaxial (92508-XX)
   ii. Blocuri regionale (codurile 92509-XX, 92510-XX, 92511-XX, 92512-XX)
   iii. Infiltrarea anestezicului local (92513-XX)

2. Dacă acelaşi anestezic este administrat mai mult decât o dată **în timpul diferitelor 'vizite la sală**', în cadrul întregului episod de îngrijiri (de exemplu, două anestezii generale), ar trebui să fie codificat de tot atâtea ori de câte ori este efectuat.

3. Blocurile neuroaxiale în timpul travaliului primesc un singur cod de la blocul [1333] *Analgezia şi anestezia în travaliu şi cezariană.* 92506-XX [1333] *Blocarea axului neural în timpul travaliului* este desemnat când se administrează un bloc caudal, epidural şi/sau spinal, fie prin injectare sau infuzare pentru uşurarea durerii în timpul travaliului. Când travaliul progresează către naştere prin operație

cezariană iar blocul neuroaxial este continuat pentru acea procedură, alocați 92507-XX [1333] *Blocarea axului neural în timpul travaliului şi a operației cezariene.*

În cazurile în care blocul neuroaxial este administrat numai pentru anestezie în vederea operației cezariene, alocați 92508-XX [1909] *Blocul neuroaxial*.

4. Codul 92513-XX [1909] *Infiltrarea anesteziculuilocal* ar trebui să fie alocat numai când anestezicul este documentat pe foaia de anestezie şi nu există alte proceduri de anestezie pe aceeaşi foaie la blocurile [1333] *Analgezia şi anestezia în travaliu şi cezariană,* [1909] *Anestezia căilor de conducere* sau [1910] *Anestezia cerebrală.*

5. Când infuzia unui anestezic este păstrată 'continuu' de-a lungul unei zile (mai multor zile) ca urmare a unei proceduri, alocați codul adecvat de la blocul [1912] *Analgezia postprocedurală.* Nu alocați coduri de la acest bloc atunci când infuzarea este inițiată după părăsirea sălii de operații (sală sau recuperare). În aceste cazuri, referiți-vă la SC 1807 *Diagnostice privind durerea şi proceduri de monitorizare a* durerii, pag. 230. Codurile 92518-00 [1912] *Infuzie intravenoasă postprocedură, analgezie controlată de pacient* (PCA) şi 92518-01 [1912] *Infuzie analgezică intravenoasă postprocedurală* pot fi alocate dacă datele privind asemenea intervenții sunt necesare la nivelul spitalului local (folosirea acestor coduri nu este obligatorie pentru raportarea națională a datelor de morbiditate). Când se administrează mai mult de un tip de infuzie în perioada postoperatorie, alocați unul din codurile de la blocul [1912] *Analgezia postprocedurală* folosind următoarea ierarhie (listată de la cea mai înaltă prioritate la cea mai mică) :

[1912] *Analgezia postprocedurală*
   i. Monitorizarea blocului neuroaxial (92516-00)
   ii. Monitorizarea blocului regional (codurile 92517-00, 92517-01, 92517-02, 92517-03)
   iii. Infuzie intravenoasă postprocedurală, analgezie controlată de pacient (PCA) (92518-00)
   iv. Infuzie analgezică intravenoasă postprocedurală (92518-01)

6. Ordonați codul/codurile de anestezie imediat după codul de procedură de care este legat. Dacă este necesar mai mult de un cod pentru a cuprinde toate componentele procedurii, atunci ordonați codul de anestezie urmând şirul de coduri.

7. Procedurile necodificate normal (vezi SC 0042 *Proceduri codificate anormal*, pag. 46*)* ar trebui să fie codificate când sunt date sub anestezie. De exemplu, o EEG efectuată sub sedare ar necesita coduri pentru EEG şi sedare.

8. Codurile pentru anestezicele care sunt relevante pentru acest standard se găsesc în următoarele blocuri:
   [1333] *Analgezia şi anestezia în travaliu şi cezariană*
   [1909] *Anestezia căilor de conducere*
   [1910] *Anestezie cerebrală*
   [1912] *Analgezia postprocedurală*

0032 INTERVENȚII ÎN DOMENII ÎNRUDITE CU SĂNĂTATEA

Intervențiile în domeniile înrudite cu sănătatea au fost dezvoltate împreună cu reprezentanții profesiunilor înrudite cu sănătatea din National Allied Health Casemix Committee (NAHCC). Intervențiile a 12 profesiuni înrudite cu sănătatea sunt reprezentate în *ICD-10 AM*:

- Dietetica
- Asistența socială
- Terapia ocupațională
- Audiologia
- Ortoptica
- Protetica & Ortetica

- Fizioterapia
- Podiatria
- Patologia vorbirii
- Asistență religioasă
- Farmacia
- Psihologia
- Terapia prin muzică

Coduri specifice

O cheie principală a dezvoltării clasificării procedurilor este aceea că intervențiile ar trebui să fie 'neutre din punctul de vedere al furnizorului', adică acelaşi cod ar trebui să fie acordat pentru o intervenție specifică indiferent de profesionistul în sănătate care efectuează intervenția.

Dezvoltarea celei de-a doua ediții a *ICD-10-AM* a prilejuit ocazia de a lucra cu profesioniştii din domeniile înrudite cu sănătatea în restructurarea codurilor 'specifice unei anumite profesiuni' din prima ediție a *ICD-10-AM* în coduri 'neutre din punctul de vedere al furnizorului'. Trăsăturile principale ale acestei restructurări sunt acelea că toate trimiterile de către profesiunile specifice înrudite cu sănătatea la descrierea unor coduri specifice au fost înlocuite, iar duplicarea intervențiilor între profesiuni a fost de asemenea raționalizată.

În timp ce codurile specifice care reprezintă o intervenție efectuată de către un profesionist din domeniile înrudite cu sănătatea sunt în general clasificate la Capitolul XIX *Intervenții non-invazive, cognitive şi altele neclasificate altundeva*, este important de notat că în alte capitole codurile pot de asemenea să reprezinte o intervenție efectuată de către un profesionist din domeniile înrudite cu sănătatea. De exemplu, podiatrii pot imobiliza tarsul fracturat (47627-00 [1526]), chirurgii podiatri pot îndepărta o unghie de la picior încarnată prin rezecție largă (47915-00 [1632]), fizioterapiştii sau terapiştii ocupaționali pot schimba un pansament al unei răni (30055-00 [1601]).

Coduri generale

Blocul [1916] *Intervenții generale în domenii înrudite cu sănătatea* conține **codurile intervențiilor generale în domenii înrudite cu sănătatea**:

95550-00 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, dietetica*
95550-01 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, asistența socială*
95550-02 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, terapia ocupațională*
95550-03 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, fizioterapia*
95550-04 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, podiatria*
95550-05 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, patologia vorbirii*
95550-06 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, audiologia*
95550-07 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, ortoptica*
95550-08 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, protetica & ortetica*
95550-09 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, farmacia*
95550-10 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, psihologia*
95550-12 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, asistență religioasă*
95550-13 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, terapie prin muzică*
95550-11 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, altele*

Clasificare

1. De regulă, este necesar numai să se atribuie codul (codurile) general(e) (blocul [1916]) pentru o intervenție în domeniile înrudite cu sănătatea. Totuşi, dacă este nevoie să se colecționeze date mai speciale privind intervențiile în domenii înrudite cu sănătatea la nivel local, atunci este permisă acordarea codului categoriei generale şi/sau cod(uri) specific(e).

2. Codul general reprezentând un grup profesional trebuie să fie acordat numai o dată pentru un episod de îngrijiri, indiferent de numărul de intervenții specifice efectuate de un profesionist relevant.

3. Dacă atribuiți coduri specifice, iar aceeaşi intervenție este efectuată mai mult decât o dată în timpul unui episod de îngrijiri, atribuiți codul adecvat numai o dată.

EXEMPLUL 1:
Un pacient internat este consultat de un fizioterapeut (5 intervenții efectuate), un asistent social (2 intervenții efectuate) şi un dietetician (1 intervenție efectuată) în timpul unui episod de îngrijire, atribuiți:

95550-03 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, fizioterapia*
95550-01 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, asistența socială*
95550-00 [1916]	*Intervenții în domenii înrudite sănătății, dietetica*

Când se cere mai multă specificitate, atribuiți codul (codurile) specific(e).

EXEMPLUL 2:
Un terapeut ocupațional a efectuat instruire perceptuală, integrare senzorială şi educație privind funcția motor senzorială în timpul unui episod de îngrijiri. Fizioterapeutul a manevrat şi mobilizat încheietura genunchiului.

Coduri specifice

96113-00 [1875]	*Antrenarea aptitudinilor legate de memorie, orientare, percepție şi atenție*
96112-00 [1875]	*Antrenarea aptitudinilor legate de funcționarea senzitivă, senzitivomotorie sau senzitivonervoasă*
96076-00 [1867]	*Consiliere sau educație legate de menținerea sănătății şi de activitățile de recuperare*
50115-00 [1905]	*Manipularea/mobilizarea articulației, nespecificată în altă parte*

Notă*:* Se pot acorda coduri combinate din exemplele (1) şi (2), dar este recomandabil să se acorde în mod curent numai un cod general, pentru claritatea şi precizia datelor de morbiditate.

0033-0034 VEZI PAG. 20-24

0037 PROCEDURI DE PEDIATRIE

Termenul de 'pediatric' a fost folosit în anumite titluri de cod, predominant în Capitolul Digestiv, unde era semnificativ clinic pentru a distinge procedurile efectuate pe pacienții mai tineri. De exemplu:

43906-00 [857]	*Rezecția parțială a esofagului cu anastomoză (pediatrie)*
43906-01 [857]	*Rezecția totală a esofagului cu anastomoză (pediatrie)*

În general, definiția de pediatric poate fi aplicată pacienților internați având vârsta mai mică de 16 ani, doar dacă nu indică altceva Lista Tabelară pentru proceduri sau un standard specific.

0038 PROCEDURI CARE SE DISTING PE BAZĂ DE DIMENSIUNE, TIMP SAU NUMĂR DE LEZIUNI

Anumite proceduri din *ICD-10-AM* se disting pe baza localizării, timpului sau numărului de leziuni îndepărtate.

EXEMPLUL 1:

45506-00 [1657]	*Revizia cicatricii feței ≤ 3 cm în lungime*
45512-00 [1657]	*Revizia cicatricii feței >3 cm în lungime*
13020-00 [1888]	*Oxigenoterapia hiperbară ≤ 3 ore*
13025-00 [1888]	*Oxigenoterapia hiperbară, >3 ore*
32078-00 [910]	*Sigmoidoscopia rigidă cu polipectomie, implicând îndepărtarea a ≤ 9 polipi*
32081-00 [910]	*Sigmoidoscopia rigidă cu polipectomie, implicând îndepărtarea a ≥ 10 polipi*

În general, Indexul Procedurilor va fi un ghid cu un cod standard listat pentru a se putea acorda un cod în cazurile în care nu este înregistrată nici o documentație privind mărimea sau durata procedurii.

EXEMPLUL 2:

Revizie
- cicatrice (piele) (țesut subcutanat)
- - față (≤ 3 cm în lungime) 45506-00 [1657]
- - - > 3 cm în lungime 45512-00 [1657]

Terapie
- Oxigenoterapia hiperbară (≤ 3 ore((HBO) 13020-00 [1888]
- - > 3 ore 13025-00 [1888]

Acolo unde nu există NICI O DOCUMENTAȚIE în înregistrarea clinică, NICI O ALTĂ INFORMAȚIE nu poate fi obținută de la clinician şi nu există NICI UN COD STANDARD în index, acordați un cod pentru cea mai mică dimensiune, cea mai scurtă durată sau cel mai mic număr de leziuni, după cum este cazul.

EXEMPLUL 3:

Procedură: Rezecția tumorii trunchiului carotidian

Rezecție
- tumoră
- - carotidă
- - - ≤ 4 cm 34148-00 [705]
- - - - cu repararea arterei carotide 34148-01 [705]
- - - - recurentă 34154-00 [706]
- - - - - cu repararea arterei carotide 34154-01 [705]
- - - - > 4 cm 34151-00 [705]
- - - - cu repararea arterei carotide 34151-01 [705]
- - - - recurentă 34154-00 [706]
- - - - - cu repararea arterei carotide 34154-01 [706]

Acordați codul: 34148-00 [705] *Rezecția tumorii arterei carotide ≤ 4 cm în diametru*

0039 REDESCHIDEREA LOCULUI OPERAT

Codurile pentru redeschiderea locului operat trebuie să fie acordate pentru tratamentul complicațiilor post-operatorii, cum ar fi hemoragia:

39721-00 [10]	*Redeschiderea postoperatorie a locului de craniotomie sau craniectomie*
90009-00 [49]	*Redeschiderea postoperatorie a locului de laminotomie sau laminectomie*
90047-02 [111]	*Redeschiderea plăgii tiroidiene*
38656-01 [562]	*Redeschiderea locului de toracotomie sau sternotomie*
33845-00 [746]	*Reintervenție pentru controlul hemostazei sau pentru tromboza după intervenție la nivelul vaselor intraabdominale*
33848-00 [746]	*Reintervenție pentru controlul hemostazei sau pentru tromboza după intervenție la nivelul vaselor unei extremități*
30385-00 [985]	*Redeschiderea postoperatorie a locului de laparotomie*
35759-00 [1299]	*Hemostaza postoperatorie, după o intervenție chirurgicală ginecologică, neclasificată în altă parte*

Aceste coduri nu ar trebui să fie folosite pentru o deschidere ulterioară a locului operat pentru tratamentul unei afecțiuni recurente sau fără legătură.

0040-0041 VEZI PAG. 27-31

0042 PROCEDURI NECODIFICATE ÎN MOD NORMAL

Aceste proceduri nu sunt codificate în mod normal deoarece ele sunt de rutină prin natura lor, efectuate de obicei pentru cei mai mulți pacienți şi/sau se pot produce de mai multe ori în timpul unui episod. Foarte important, resursele folosite pentru efectuarea acestor proceduri sunt reflectate de obicei în diagnsoticul sau într-o procedură asociată. De exemplu:

- Razele X şi aplicarea unui aparat ghipsat se aşteaptă a primi diagnosticul de fractură Colles
- Antibioticele intravenoase se aşteaptă a primi un diagnostic de septicemie
- Cardioplegia în chirurgia cardiacă

Adică, pentru un anumit diagnostic sau procedură există un tratament standard care nu este necesar de a fi codificat.

Notă:

a) Acolo unde există o necesitate specială de a codifica oricare din lista de proceduri pentru cercetare sau alte scopuri, aceste coduri pot fi acordate.

b) De notat că unele coduri din această listă pot fi cerute de alte standarde ale aceluiaşi document. În asemenea cazuri, standardul depăşeşte această listă, iar codul stabilit ar trebui, deci, să fie acordat aşa cum este descris în standardul respectiv.

c) Aceste proceduri trebuie să fie codificate dacă sunt efectuate sub anestezie (vezi SC 0031 *Anestezia*, pag. 40).

1. **Aplicarea aparatului ghipsat**
2. **Cardioplegia**
   Codificați numai când nu este asociată cu chirurgia cardiacă, de exemplu, neurochirurgia
3. **Cardiotocografia (CTG)**
   Codificați dacă sunt aplicați electrozi pe craniul fătului
4. **Bandajarea**
5. **Tratamentul medicamentos**

Tratamentul medicamentos nu trebuie să fie codificat dacă nu este dată substanța ca tratament principal în aceleaşi episoade de îngrijiri de zi (de exemplu, chimioterapia pentru neoplasm sau HIV) sau este adresată în mod specific într-o codificare standard (vezi SC 1316 *Distanțier/perle de ciment*, pag. 186 şi SC 1615 *Intervenții specifice pentru nou-născutul bolnav*, pag. 222).

6. **Ecocardiograma**
   Codificați ecocardiograma transesofagiană
7. **Electrocardiografia (ECG)**
8. **Electromiografia (EMG)**
9. **Hipotermia**
   Codificați numai când **nu** este asociată cu chirurgia cardiacă
10. **Inserția firelor pacemaker-ului**
    Codificați numai când **nu** este asociată cu chirurgia cardiacă
11. **Monitorizare: cardiacă, electroencefalografie (EEG), tensiune**
12. **Intubație nasogastrică**
13. **Perfuzie**
    Codificați când **nu** este asociată cu chirurgia cardiacă
14. **Cateterizare urinară post – procedurală**
    Codificați dacă pacientul este externat cu un cateter in situ
    Codificați cateterizarea suprapubică. (vezi SC 0016 *Ghidul general al procedurilor*, pag. 26*)*.
15. **Sutura primară a plăgii chirurgicale şi traumatice**
    Codificați numai plăgile traumatice care nu sunt asociate cu o rănire de bază (de exemplu, sutura unei lacerări a antebrațului ar fi codificată dacă nu este asociată nici o altă rană)
16. **Componentele procedurii**
17. **Testul de stress**
18. **Tracțiune**
    Codificați dacă tracțiunea este singura procedură efectuată
19. **Ultrasunete**
20. **Raze X fără contrast (simple)**
21. **Prelevarea de sânge de rutină în scop diagnostic pacienților internați sau examinați în laboratorul spitalului – nu se codifică**

0043 LAMBOURI ŞI LAMBOURI LIBERE

Definiție

Acest standard este furnizat pentru a sprijini codificarea lambourilor şi lambourilor libere. Grefele sunt menționate pentru a ajuta la o mai bună înțelegere a acestor proceduri dar nu sunt detaliate.

Transferul de țesut poate fi realizat în 3 moduri principale:

- Grefe
- Lambouri
- Lambouri libere

Grefe

O grefă este o parte din țesut care nu dispune de propria aprovizionare cu sânge. O grefă implică un strat de țesut sau piele, fiind transferată la locul primitorului unde viabilitatea ei este dependentă de aprovizionarea cu sânge a locului la care a fost atașată.

Lambouri

Un lambou este o parte de țesut care are asigurată propria aprovizionare cu sânge. Acest fapt este ceea ce distinge un lambou de o grefă. Termenul de grefă este uneori folosit mai larg, pentru a include lamboul. Codificatorii ar trebui să verifice documentația cu atenție pentru a determina dacă țesutul transferat are posibilități de vascularizare. Un lambou poate include nervi ca şi vase şi un asemenea lambou se numeşte lambou inervat. **Invers, un lambou cu vase dar fără nici un nerv, se numește un lambou neinervat.**

Lambouri libere

Un lambou liber dispune de propria aprovizionare cu sânge. Se numeşte 'liber' pentru că implică rezecția unei părți a țesutului din corp şi transferarea ei în altă localizare **unde vasele care sunt incluse în lambou sunt atunci anastomozate cu vasele locului recipient**, astfel furnizând vascularizarea țesutului transferat. Anastomoza microchirurgicală implică folosirea unui microscop de operație. Termenul de 'transfer de țesut liber' este sinonim cu lamboul liber.

Partea lamboului care conține artera şi vena (care vor fi anastomozate la locul de primire într-un lambou liber şi rămâne conectat la locul donator sub formă de lambou) se numeşte pedicul.

Pielea care acoperă lamboul miocutan sau osos poate fi numită un apărător de piele sau o insulă de piele.

Îmbinarea a 2 capete de oase când se efectuează un lambou se numeşte **osteosinteză.**

În acest standard, termenul de lambou va fi folosit pentru a include 'lamboul' şi 'lamboul liber'.

Tipurile de țesut implicate în lambouri:	
Lamboul de piele	constă în țesutul de piele/subcutanat
Lamboul osos	este format din os
Lambou musculos	un lambou care constă în muşchi
Lambou fascio/mio/cutanat	un lambou incorporând multiple straturi de țesut din fascia, țesut de piele/subcutanat sau muşchi. Acesta este de asemenea cunoscut ca un lambou compus
Osteofasciocutanat	os, fascia şi țesut de piele/subcutanat
Lambou de epiploon	
Lambou liber jejunal (sau alte părți ale intestinului)	
Tipurile majore ale lamboului sunt în majoritate numite după tipul de țesut transferat sau vasul de sânge pe care se bazează lamboul. De exemplu:	
Lambou liber al antebrațului radial (LLAR)	țesut bazat pe artera arterială şi deseori folosit pentru reconstruirea esofagului
Lambou liber jejunal	țesut jejunal deseori folosit pentru a reconstrui esofagul
Lambou al arterei circumflexe iliace profunde (LACIP)	țesut bazat pe artera circumflexă iliacă profundă. Acest lambou este deseori folosit pentru a reconstrui mandibula.
Lambou liber fibular	țesut bazat pe artera peroneală şi este deseori folosit pentru reconstruirea mandibulei sau fracturilor tibiale nesudate.
Lambou miocutanat al dreptului abdominal transvers (MDAT)	acest lambou este deseori folosit în reconstruirea sânului. Poate fi un lambou liber sau un lambou insulă cu pedicul vascular din vasele epigastrice superioare.

Tehnicile implicate în lambouri:	
Lambou insulă	țesutul care urmează să fie transferat este complet separat de țesutul înconjurător sau de bază cu excepția pediculului vascular care constă numai din arteră şi venă. Acest țesut este tunelat sub piele şi adus la locul de primire (pedicului rămas sub piele şi încă ataşat de zona donatoare).
Lambou de piele local	poate fi avansat, rotat sau transpozat în poziție pentru că lamboul este prelevat de la o zonă adiacentă defectului.
Lambou de piele la distanță	poate fi ataşat direct la locul de primire (lambou direct) sau este necesar un loc intermediar (indirect). Aceste metode pot fi efectuate în etape, necesitând transferul întârziat al lamboului (având în vedere o altă etapă chirurgicală) pentru a permite formarea şi dezvoltarea unui pedicul vascular. Pentru definirea acestora sau altor termeni legați de lambouri, (*vezi **Notele*** de la blocurile 1651, 1652, 1653 şi 1654).

Clasificare

Cele două coduri principale necesare când se codifică lambourile sunt:

- **Lamboul**
  - [1651] *Lamboul de piele local, simplu şi mic, o singură etapă*
  - [1652] *Lambou de piele, mare sau complicat, o singură etapă*
  - [1653] *Lambou de piele la distanță, direct*
  - [1654] *Lambou de piele la distanță, indirect*
  - [1671] *Lambou miocutanat*
  - [1672] *Lambou de muşchi*
  - [1673] *Lambou insulă*
  - [1674] *Lambou liber*

- **Anastomoza microchirurgicală a vaselor şi/sau nervilor la locul primitorului (numai lambouri libere):**
  - [1695] *Anastomoza microchirurgicală a vaselor de sânge*
  - 39300-00 [83] *Repararea primară a nervului*
  - 39306-00 [83] *Repararea primară a trunchiului nervos*

Când se codifică un lambou LIBER, se acordă un cod de la blocul [1695]
***Anastomoza microchirurgicală a vasului* TREBUIE ÎNTOTDEAUNA**
să fie codificată

Reconstruirea procedurilor folosind lambourile

Lambourile sunt uneori folosite pentru a reconstrui anumite localizări, iar lamboul poate sau nu poate fi inclus în codul pentru reconstruirea localizării specifice. Reconstruirea folosind lambourile necesită următoarele atribuiri de cod.

Reconstruirea localizării

Unele coduri de reconstruire includ lamboul. În asemenea cazuri, este atribuit numai codul de reconstruire şi un cod de anastomoză microchirurgicală (când se aplică).

EXEMPLUL 1:

Reconstruirea sânului folosind un lambou MDAT necesită următoarele coduri:

45530-00 [1756] *Reconstruirea sânului folosind lamboul miocutanat*

Cum acest cod include lamboul, nu mai este necesar un cod adițional pentru acesta. Totuşi, alte proceduri cum ar fi anastomoza microchirurgicală a vaselor de sânge, nervilor şi repararea defectelor secundare trebuie să fie codificate, când se aplică, aşa cum se indică prin nota '*Codifică şi când se efectuează*':

Codifică şi când se efectuează:
anastomoza microchirurgicală a:
- vaselor de sânge (vezi blocul [1695])
- nervilor (39300, 39306 [83])

- repararea defectului secundar:
  muşchiul peretelui abdominal (30403-05 [1000])
  - prin grefă (vezi *Index: Grefă, prin localizare sau tip*)
  - muşchi, prin lambou (45012 [1672])

  necutanat (de ex., muşchiul), prin sutură (vezi *Index: Sutură, după localizare*)

EXEMPLUL 2:

Reconstruirea totală a mandibulei folosind un lambou liber neinervat necesită următoarele coduri:

45608-03 [1713] *Reconstruirea totală a mandibulei*
45562-00 [1674] *Lambou liber neinervat*

Dacă se aplică, ar fi de acordat şi un cod adițional (secundar) pentru anastomoza vaselor de sânge (45502 [1695].

Codurile pentru reconstruirea locului pot varia depinzând de localizare, totuşi, reconstruirile efectuate în mod curent şi care pot implica lambouri pot fi găsite în blocurile:

[868]	*Proceduri de reconstruire pe esofag*
[1713]	*Reconstruirea mandibulei*
[1714]	*Reconstruirea maxilarului*
[1756]	*Procedurile de reconstruire pe sân*

Sutura defectului cutanat la locul donator este o componentă a lamboului şi nu este codificată separat. Sutura altor țesuturi (de exemplu, muşchi) la locul donator trebuie să fie codificată.

Grefarea defectului la locul donator nu este o procedură componentă a lamboului şi de aceea trebuie să fie codificată în plus față de codurile pentru lambou.

Codurile de la blocul [1695] **Anastomoza microchirurgicală a vasului de sânge** nu include repararea microchirurgicală a vaselor în alte cazuri decât transferul țesuturilor sau reimplantarea piciorului sau a degetului. De exemplu, reparării unei artere lacerate a degetului îi este atribuit codul 90209-03 [708] *Arteriorafie la nivelul altor artere*.

Revizuirea unui lambou se poate referi mai degrabă la o 'netezire' cosmetică a lamboului decât la o revizuire completă sau 'refacere' a lamboului. Codurile pentru revizuire ar trebui să fie acordate numai când revizuirea este minoră. 'Reoperația' ar trebui să fie codificată ca o altă procedură pentru lambou, ca urmare a instrucțiunilor date la acest standard.

0044 CHIMIOTERAPIA

Definiție

În general, chimioterapia se referă la tratamentul prin medicamente, cum ar fi antineoplazicele şi agenții imuno-modulanți, antibioticele citotoxice, terapia hormonală şi agenții imuno-supresivi. Chimioterapia este folosită cel mai adesea în tratamentul neoplasmelor, dar şi în afecțiuni cum ar fi HIV, lupus eritematos şi artrita reumatoidă (vezi, de asemenea, SC 0102 *HIV/SIDA*, pag. 59).

Chimioterapia poate fi administrată în felul următor:

1. Intravenos
2. Intra-arterial
3. Intramuscular
4. Intraleziune/subcutanat
5. Intracavitar, de exemplu, intraperitoneal, intra-traheal, vezică
6. Oral

Clasificare

Următoarele instrucțiuni sunt prevăzute pentru internări unde 'chimioterapia' este documentată. Nu ar trebui să fie aplicată tuturor cazurilor care primesc un tratament.

Dacă administrarea medicamentului în timpul unei sesiuni de chimioterapie ESTE unul sau sunt mai multe din tipurile listate în definiția de mai sus:

alocați un cod de la blocul [1780] *Administrarea chimioterapiei.*

Dacă medicamentul administrat în timpul unei sesiuni de chimioterapie NU ESTE unul din tipurile listate în definiția de mai sus:

alocați un cod de la blocul [1885] *Injecția sau infuzia cu substanță terapeutică sau profilactică*

Diagnostice

Pacienții **de o zi** (adică, internați şi externați în aceeaşi zi) internați special pentru chimioterapie vor primi un diagnostic principal Z51.1 *Sesiunea de chimioterapie pentru neoplasm* sau Z51.2 *Altă chimioterapie.*

Un cod (coduri) secundar(e) trebuie acordat(e) pentru a indica tipul de neoplasm sau afecțiune care se tratează.

Internările **în timpul nopții** (adică separate la o dată după data de internare) pentru chimioterapie trebuie să aibă drept cod al diagnosticului principal afecțiunea care cere tratamentul principal.

Un cod (coduri) secundar(e) trebuie acordat(e) pentru a arăta că pacientul a fost internat în principal pentru chimioterapie.

Proceduri

Chimioterapie intravenoasă

Un cod de la blocul [1780] *Administrarea chimioterapiei* trebuie să fie acordat la orele **cumulate** ale chimioterapiei în timpul episodului de îngrijiri.

EXEMPLUL 1:		
Diagnostic:	Pacient internat pentru chimioterapie efectuată în aceeaşi zi pentru cancer de prostată. Chimioterapie efectuată intravenos timp de 4 ore, pacient externat în aceeaşi zi.	
Coduri:	Z51.1	*Sesiune de chimioterapie pentru neoplasm*
	C61	*Neoplasm malign de prostată*
	M8010/3	*Carcinom NOS*
	13918-00 [1780]	*Chimioterapie administrată intravenos > 1 oră durată şi ≤ 6 ore durată*

EXEMPLUL 2:		
Diagnostic:	Pacientă internată pentru o cură de chimioterapie în cancerul de sân efectuată pe 12 zile. 10 ore de chimioterapie efectuate în zilele 2, 4, 6 şi 10.	
Coduri:	C50.-	*Neoplasm malign de sân*
	Z51.1	*Sesiune de chimioterapie pentru neoplasm*
	M8010/3	*Carcinom NOS*
	13921-00 [1780]	*Chimioterapie administrată intravenos > 6 ore durată*

Chimioterapie intra-arterială

O chimioterapie intra-arterială este folosită în mod frecvent, numai un cod 13927-00 [1780] *Chimioterapie administrată intra-arterial* este acordat pentru orice durată a chimioterapiei intra-arteriale.

Chimioterapia orală

Codul 90760-00 [1780] *Chimioterapie, administrare orală* este furnizat pentru acele cazuri rare în care unui pacient i se dă chimioterapie orală.

Instilarea vezicii

Instilarea directă a chimioterapiei sau BCG (Bacillus Calmette Guerin) în vezică pentru tratamentul tumorii maligne primeşte codul Z51.1 *Sesiune de chimioterapie pentru neoplasm* şi se acordă un cod pentru tumora malignă plus un cod de procedură pentru chimioterapie 13948-00 [1784] *Instilarea agentului citotoxic în vezică.* Secvențialitatea codurilor de diagnostic va depinde de durata de spitalizare.

0045 DIPOZITIVE DE ADMINISTRARE A MEDICAMENTELOR

Acest standard explică termenii:

- Cateterizare centrală venoasă
- Pompă de infuzie (externă, implantabilă)
- Dispozitiv pentru infuzie implantabil
- Cateter central inserat periferic (PICC)
- Rezervor (port)
- Dispozitiv acces vascular

Definiție

Cateterizare centrală venoasă

Un **cateter central venos** (CVC) [linie centrală] este un tip de cateter folosit la pacienții care au nevoie de infuzii multiple de fluid, produse de sânge, chimioterapie sau nutriție parenterală totală. Spre deosebire de cateterul obişnuit 'IV' (intravenos) care este inserat într-o venă periferică în general la locul de internare, inserția CVC este de obicei realizată în sala de operații.

CVC poate fi plasat **percutan** (inserat prin piele cu ajutorul unui ac sau trocar) sau prin **incizie** (inserare directă într-o venă printr-o incizie prin piele sau venă). Cateterul este inserat într-o venă (de exemplu, jugulară, subclaviculară sau într-o venă periferică a brațului sau a părții superioare a piciorului), iar capul cateterului este ghidat prin venă până se opreşte în atriumul drept al inimii, vena cavă inferioară sau vena cavă superioară. Celălalt capăt al cateterului este fie:

- lăsat în afara corpului (cu o conectare pentru ataşarea unui tub, canulă pentru injecții sau un dispozitiv de aplicare a medicamentelor ambulator [pompă externă pentru infuzii])

= Acces vascular **extern**
[dispozitiv de acces vascular extern]

Exemple: Hickman, Broviac, Groshong, Cook

SAU

- formarea unui tunel sub piele şi conectat la un **rezervor** [port] sau o **pompă implantabilă**

= Acces vascular **implantabil**

[dispozitiv implantabil de acces vascular]
[dispozitiv sau pompă implantabil(ă) de infuzie vasculară]

Exemple: Infusa-Port, Port-A-Cath

Dispozitivul implantabil de infuzie

Un **dispozitiv implantabil de infuzie** cuprinde un cateter (central venos, intra-abdominal sau spinal) şi un rezervor. Rezervorul este fabricat astfel încât să accepte puncții multiple făcute cu ajutorul unor ace de o formă specială (de exemplu, Huber) şi totuşi să-şi mențină scurgerea lichidului constantă. Poate fi ataşat pentru administrarea ambulatorie a unui medicament un dispozitiv extern cum ar fi pompa de infuzie externă.

Pompa externă de infuzie

O **pompă externă de infuzie** este un dispozitiv cu un rezervor intern care conține medicația în cadrul sistemului implantat. Această pompă are capabilități intrinseci computerizate care permit administrarea unei doze prescrise şi a unui ritm al medicației pe o perioadă definită de timp.

Clasificare

Cateterizarea pentru infuzia medicamentelor pe cale centrală, intra-abdominală sau spinală:

- **ESTE** codificată când accesul vascular este **extern**:

39125-00 [39]	*Inserarea sau înlocuirea cateterului spinal*
34521-01 [694]	*Cateterizarea/canularea arterei intra-abdominale*
34524-00 [694]	*Cateterizarea/canularea altei artere*
13300-01 [738]	*Cateterizarea/canularea unei vene a scalpului la nou-născut*
13300-02 [738]	*Cateterizarea/canularea venei ombilicale la nou-născut*
13319-00 [738]	*Cateterizarea venei centrale la nou-născut*

13300-00 [738]	*Cateterizarea/canularea altei vene la nou-născut*
13815-01 [738]	*Cateterizarea central percutanată a venei*
13815-00 [738]	*Cateterizarea venei centrale*
34521-02 [738]	*Cateterizarea/canularea venei intra-abdominale*
90220-00 [738]	*Cateterizarea/canularea altei vene*

- **NU ESTE** codificată separat când accesul vascular este **implantabil** deoarece cateterizarea este inclusă în codurile dispozitivelor implantabile vasculare:

Dispozitive implantabile de infuzie

39127-00 [39]	*Inserarea unui dispozitiv implantabil de infuzie spinală*
34528-00 [766]	*Inserarea percutanată a unui dispozitiv implantabil de infuzie vasculară*
30400-00 [766]	*Inserarea unui dispozitiv implantabil de infuzie vasculară, vasul intra-abdominal*
34527-00 [766]	*Inserarea unui dispozitiv implantabil de infuzie vasculară, alt vas*

Pompe implantabile de infuzie

39128-00 [39]	*Inserarea unei pompe implantabile de infuzie spinală*
34528-01 [766]	*Inserarea percutanată a unei pompe implantabile de infuzie vasculară*
34527-01 [766]	*Inserarea unei pompe implantabile de infuzie vasculară*

Încărcarea unui dispozitiv de administrare a unui medicament

Când procedura implică numai încărcarea medicamentului într-un dispozitiv de administrare a acestuia (extern sau pompă de infuzie implantabilă) (adică, dispozitivul de administrare a medicamentului a fost conectat sau inserat într-un episod de îngrijiri anterior) acordați codul adecvat de la blocul [1780] *Administrarea chimioterapiei*:

13939-00 [1780]	*Încărcarea pompelor sau dispozitivelor de infuzie implantabile*
13942-00 [1780]	*Încărcarea dispozitivelor de administrare ambulatorie a medicamentelor*

Întreținerea dispozitivelor de administrare a medicamentelor

Dispozitivele de administrare a medicamentelor pot necesita o întreținere pentru a putea ca în mod regulat să se mențină asigurarea fluidității cu soluție salină sau heparină ca şi pentru extragerea de eşantioane ale soluțiilor în vederea efectuării de culturi. Acolo unde acest tip de procedură este efectuat singur, acordați codul adecvat de la blocul [1890] *Intervenții terapeutice pe sistemul cardiovascular*:

13939-01 [1890]	*Întreținerea (exclusivă) a dispozitivului sau pompei de infuzie implantabil*
13942-01 [1890]	*Întreținerea (exclusivă) a dispozitivului de administrare ambulatorie a medicamentelor*
92058-00 [1890]	*Irigarea cateterului vascular*

Aceste coduri nu trebuie să fie acordate când aceste proceduri sunt efectuate împreună cu proceduri majore cum ar fi inserția, încărcarea, îndepărtarea sau înlocuirea unor dispozitive de administrare a medicamentelor.

0046 VEZI PAG. 10

1 ANUMITE BOLI INFECȚIOASE ŞI PARAZITARE

0102 HIV/SIDA

În acest standard referințele la 'B20-B24' exclud codul B23.0 *Sindrom acut al infecției HIV*.

Evoluția bolii

Infecția HIV urmează un număr de stadii/faze, fiecare având nivelul propriu de gravitate şi simptome. Persoanele afectate de infecția HIV vor urma deseori acelaşi tipar (adică ei sunt mai întâi diagnosticați ca având anticorpi pozitivi HIV, iar cum boala progresează, evoluează şi ei la următorul nivel de gravitate al bolii). Totuşi, nu este neobişnuit pentru infecția HIV de a fi mai întâi diagnosticată atunci când deja s-a produs o complicație sau evoluție.

Codurile HIV sunt după cum urmează:

Documentația stării HIV ar trebui să fie întotdeauna codificată chiar dacă nu se întâlnesc criteriile pentru diagnostic adițional.

R75	*Rezultat de laborator al virusului imunodeficitar uman [HIV]* (adică rezultat nedeterminat/neconcludent privind testarea serologică)
B23.0	*Sindromul acut al infecției HIV*
Z21	*Virus asimptomatic al imunodeficienței umane [HIV] starea infecției* (adică starea infecției, HIV pozitiv nespecificat altminteri)
B20–B24	*Virusul imunodeficitar uman [HIV] boala*

Codurile R75, Z21, B23.0 şi blocul B20–B24 se exclud mutual şi nu ar trebui să fie listate împreună în acelaşi episod de îngrijiri.

Rezultat de laborator al HIV – R75

Acest cod ar trebui să fie alocat pentru grupul mic de bolnavi ale căror teste de anticorpi pentru HIV sunt neconcludente. Aceasta apare de obicei când testul de screening pentru HIV este pozitiv, iar testul de confirmare este fie negativ, fie nedeterminat. Aceşti pacienți pot avea infecția HIV sau pot avea un test fals pozitiv. Distincția se face, de obicei, prin repetarea testului ulterior.

Cum R75 se referă la bolnavii care au un test HIV neconcludent, acest cod nu ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal.

Sindromul acut al infecției HIV – B23.0

O proporție semnificativă (40–60%) de pacienți vor dezvolta o boală acută imediat după ce au dobândit infecția HIV. Această boală se prezintă de cele mai multe ori ca o febră glandulară, cum ar fi boală cu febră, dureri de gât, limfadenopatie, rush şi complicații ocazionale, incluzând meningita. Diagnosticul sindromului acut al infecției HIV (sau infecția primară HIV) nu se stabileşte, de obicei, până când bolnavul nu dezvoltă anticorpi la HIV (seroconversii). Totuşi, detectarea HIV prin teste de detectare virală pot permite a formula un diagnostic înainte de dezvoltarea anticorpilor. Aceasta, de obicei, se produc în 3-6 săptămâni după debutul bolii. Cu toate că diagnosticul sindromului acut al infecției HIV poate fi suspectat cu siguranță în momentul externării, el nu va fi confirmat în mod obişnuit în această perioadă. O dovadă în sprijinul sindromului acut al infecției HIV în timpul internării ar include un test pozitiv HIV antigen p24. Posibilitatea sindromului acut al infecției HIV ar fi trebuit să fie trecut în raportul clinic. Un test negativ HIV de anticorpi în perioada internării nu exclude diagnosticul.

Acolo unde diagnosticul 'sindromului acut al infecției HIV' (fie confirmat ori suspectat) este documentat, alocați codul B23.0 *Sindromul de infecție acută prin HIV* ca un diagnostic adițional la codurile pentru simptomele prezentate (de ex.: limfadenopatie, febră) sau complicație (de ex.: meningita). Mai rar un pacient poate necesita reinternare pentru sindromul acut al infecției HIV datorită complicațiilor. Diagnosticul principal (de ex.: Meningita A87.8) ar trebui să fie codificat primul, iar ca diagnostic adițional se va nota sindromul acut al infecției HIV (B23.0 *Sindromul de infecție acută prin HIV*).

După rezolvarea completă a bolii primare, (B23.0) aproape toți pacienții vor deveni asimptomatici şi vor rămâne aşa pentru mai mulți ani. Codificarea internărilor viitoare ar fi determinată de Ghidul existent. Codul sindromului acut al infecției HIV (B23.0) nu ar trebui să fie folosit din nou odată ce pacientul s-a vindecat după boala primară. Clinicianul ar trebui să fie consultat când codificatorii clinici nu sunt siguri de alocarea corectă a codurilor disponibile pentru HIV (adică R75 *Evidențierea virusului de imunodeficiență umană [HIV] prin investigații de laborator, Z21 Starea de seropozitivitate, asimptomatică cu virusul de imunodeficiență umană [HIV]*, sau B20–B22, B23.8 sau B24),.

Starea asimptomatică a HIV – Z21

Codul Z21 *Starea de seropozitivitate, asimptomatică cu virusul de imunodeficiență umană [HIV]*ar trebui să fie alocat pentru pacienții care au fost diagnosticați ca fiind pozitiv cu anticorpi HIV, dar sunt internați pentru o afecțiune care nu poate fi atribuită infecției HIV. Acest cod nu urmează a fi folosit pentru internările următoare când pacientul a dezvoltat vreo manifestare HIV.

Cum Z21 se referă la pacienții care sunt asimptomatici şi internați pentru tratamentul unei afecțiuni neînrudite, acest cod nu trebuie să fie alocat ca diagnostic principal.

Boala HIV – B20, B21, B22, B23.8, B24

Codurile care se aplică pentru boala HIV sunt:

B20	*Bolile prin virusul imunodeficienței umane [HIV] asociate cu alte boli infecțioase şi parazitare*
B21	*Bolile prin virusul imunodeficienței umane [HIV] asociate cu tumori maligne*
B22	*Bolile prin virusul imunodeficienței umane [HIV] asociate cu alte boli specificate*
B23.8	*Boala prin [HIV] asociată cu alte afecțiuni specificate*
B24	*Bolile prin virusul imunodeficienței umane [HIV] nespecificate*

Când un pacient dezvoltă o manifestare, aceasta indică faptul că ei au dezvoltat o boală legată de HIV (care poate fi sau nu boala ce defineşte SIDA). Internările pentru asemenea pacienți ar trebui să fie codificate în cadrul categoriei B20–B24. Astfel, codificatorii nu pot reveni la folosirea codurilor R75 sau Z21.

Dacă un pacient se prezintă la spital cu o afecțiune **nelegată de infecția HIV** iar documentația este neclară în ceea ce priveşte starea curentă HIV a pacientului, verificați împreună cu clinicianul pentru a determina stadiul adecvat al bolii şi folosiți codul HIV adecvat (Z21 sau B20–B24) pentru a indica prezența infecției. În aceste cazuri codul HIV nu va fi diagnosticul principal.

Ordonarea şi selectarea codurilor

Deciziile privind secvențialitatea codurilor ar trebui să fie luate în lumina definiției diagnosticului principal.

Dacă HIV a fost afecțiunea responsabilă în principal pentru provocarea episodului de îngrijiri al bolnavului, folosiți codul adecvat de la B20–B24.

Dacă o manifestare HIV a fost afecțiunea responsabilă în principal pentru provocarea episodului de îngrijiri al bolnavului, codificați manifestarea ca diagnostic principal.

Notă: manifestările care sunt notate cu un asterisc nu trebuie niciodată să fie alocate ca diagnostic principal în HIV/SIDA (*vezi* SC 0027 *Codificare multiplă*, pag. 18).

x) (n.n. în cazul DRG, softul actual cere ca diagnosticul cu * să fie trecut ca prim diagnostic adițional, după ce diagnosticul cu † va ocupa obligatoriu locul diagnosticului principal).

Când manifestarea cere atât codul de etiologie (†) cât şi codul de manifestare (*), cum ar fi demența în HIV (B22† şi H22*), alocați două coduri în ordinea dată (adică etiologia urmată de manifestare)[x)].

Dacă pacientul are manifestări multiple clasificabile la două sau mai multe categorii în cadrul B20–B24, numai codul HIV legat de diagnosticul principal necesită a fi alocat pentru episod. Acest cod HIV ar trebui să urmeze direct după codul diagnosticului principal. Alocarea a mai mult de un cod de la blocul B20-B24 este acceptabilă pentru acele spitale care pot cere acest nivel de detaliu şi ar trebui să urmeze după codul de manifestare de care sunt legate.

EXEMPLUL 1:
Un pacient este internat cu candidoză orală datorită infecției HIV. Alocați şi ordonați după cum urmează:

Candidoză orală	B37.0	*Stomatita prin Candida*
Boala HIV	B20	*Imunodeficiența umană virală [HIV] cu unele boli infecțioase şi parazitare*

EXEMPLUL 2:
Un pacient cu SIDA este internat cu un diagnostic principal de Sarcom Kaposi al pielii şi diagnostice adiționale privind sindromul emacierii şi rinită cu cytomagalovirus (CMV). Alocați şi ordonați după cum urmează:

Sarcom Kaposi	C46.0	*Sarcom Kaposi al pielii*
Boala HIV	B21	*Imunodeficiența umană virală [HIV] cu tumori maligne*
Rinită CMV	B25.9	*Boli cu cytomegalovirus, nespecificate*
	H30.9	*Chorioretinite, nespecificate*
Sindromul de emaciere	R64	*Caşexie*

Manifestări şi alte afecțiuni înrudite

Toate manifestările infecției HIV trebuie să fie codificate. Dacă o manifestare este documentată dar starea HIV este neclară, verificați cu clinicianul înainte de a aloca un cod de la B20–B24.

Sarcomul Kaposi

Sarcomul Kaposi este întotdeauna un neoplasm primar. De aceea tuturor localizările specificate ar trebui să li se aloce un cod de la categoria C46.- *Sarcom Kaposi*. Codul morfologic este M9140/3. *Sarcomul Kaposi* ar trebui să fie codificat pentru fiecare episod de îngrijire consecutiv, urmând diagnosticului inițial. Agentul etiologic Virusul Herpetic Uman (HHV–8) (cunoscut de asemenea drept Virusul Herpetic al Sarcomului Kaposi (KSHV)) poate fi listat ca un agent cauzativ.

Complicații sau efecte adverse ale terapiei antiretrovirale

Terapia antiretrovirală poate rezulta în complicarea afecțiunilor cum ar fi anemia, neuropatia şi calculii tractului urinar. Zidovudine (AZT) este unul dintre medicamentele antiretrovirale autorizate.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Anemie hemolitică indusă de medicamentul antiretroviral cu stare pozitivă HIV.

Coduri:	Anemia hemolitică	D59.2	*Anemie hemolitică non-autoimună indusă medicamentos*
	Efect advers al medicamentului antiretroviral	Y41.5	*Efecte adverse cauzate de medicamente antivirale în folosire terapeutică*
	HIV pozitiv (asimptomatic)	Z21	*Starea de seropozitivitate, asimptomatică, a virusului de imunodeficiență umană [HIV]*
	Codul adecvat al locului de producere (Y92.-)		

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Calculi renali induşi de medicament antiretroviral cu stare SIDA.

Coduri:	Calcul renal indus de medicament	N20.0	*Litiază renală*
	Efect advers al medicamentului antiretroviral	Y41.5	*Efecte adverse cauzete de medicamente antivirale în folosire terapeutică*
	SIDA	B20–B22, B23.8, B24	
	Codul adecvat al locului de producere (Y92.-)		

Notă : Y92, neintrodus în ICD-10, vol.I (versiune românească) se va găsi în CLASIFICAREA AUSTRALIANĂ (ICD-10-AM) cu amendamentele respective.

Chimioterapie de o zi

Chimioterapia

Chimioterapia se referă la tratamente prin medicamente, cum ar fi antibiotice, antivirale, citostatice sau citotoxice. Internările pentru chimioterapia privind manifestările HIV (cum ar fi infuzare Ganciclovir pentru Retinita CMV) ar trebui să li se aloce un cod de diagnostic principal de la Z51.2 *Altă chimioterapie* dacă pacientul este internat şi externat în aceeaşi zi (*vezi, de asemenea,* SC 0044 *Chimioterapia*, pag. 51).

Un cod(uri) adițional(e) ar trebui să fie alocat pentru a indica starea HIV/SIDA şi orice manifestare care este tratată.

Chimioterapie de o zi pentru Sarcomul Kaposi
Dacă un pacient cu HIV/SIDA este internat pentru chimioterapie de o zi pentru tratamentul Sarcomului Kaposi, codul diagnosticului principal ar trebui să fie Z51.1 *Ședință de chimioterapie pentru tumori*, deoarece mai degrabă neoplasmul este centrul tratamentului decât HIV/SIDA.

EXEMPLUL 5:
Diagnostic: O persoană care are diagnostic SIDA se prezintă în vederea unei infuzări multimedicamentoase pentru complexul pulmonar mycobacterium avium pentru o zi.

Coduri:	Infuzare chimioterapie	Z51.2	*Alte forme de chimioterapie*
	Complexul pulmonar MA	A31.0	*Infecția pulmonară mycobacteriană*
	SIDA	B20	*Imunodeficiența umană virală [HIV] cu unele boli infecțioase şi parazitare*

Chimioterapie profilactică

Intervențiile profilactice sunt folosite pentru:

- a preveni dobândirea unei infecții particulare (primară), **ori**
- a păstra infecția oportunistă tratată anterior care a fost supresată (secundară)

Chimioterapiei profilactice primare pentru infecția HIV ar trebui să i se aloce un cod pentru diagnostic principal Z29.2 *Alte măsuri de chimioterapie profilactică* dacă pacientul este internat sau externat în aceeaşi zi.

Manifestarea pentru infecția HIV poate fi codificată numai dacă este prezentă. Codul pentru starea HIV ar trebui să fie ordonat ca un diagnostic adițional.

EXEMPLUL 6:
Diagnostic: Un pacient infectat cu HIV fără simptome aşteaptă pentru tratament antiretroviral în aceeaşi zi.

Coduri:	Infuzare chimioterapie	Z29.2	*Alte măsuri de chimioterapie profilactică*
	HIV pozitiv (asimptomatic)	Z21	*Stare de seropozitivitate, asismptomatică, a virusului de imunodeficiență umană (HIV)*
		13915-00 [1780]	*Chimioterapie, administrare intravenoasă ≤ durată 1 oră*

Chimioterapie profilactică secundară (în scopul clasificării clinice) ar trebui să fie codificată avându-se în vedere Îndrumarul din SC 0102 *HIV/SIDA* 'Chimioterapie de 1 zi - Chimioterapie'.

EXEMPLUL 7:
Diagnostic: O persoană cu SIDA se prezintă pentru terapie de infuzare în vederea menținerii cu Gancyclovir pentru Retinita CMV pe o zi.

Coduri:	Infuzare pentru chimioterapie	Z51.2	*Alte forme de chimioterapie*
	Retinită CMV	B25.9	*Boli cu cytomegalovirus, nespecificate*
		H30.9	*Chorioretinite, nespecificate*
	SIDA	B20	*Imunodeficiența umană virală [HIV] cu unele boli infecțioase şi parazitare*

0103 INFECȚIA CU STREPTOCOCI

Pentru infecțiile bacteriene provocate de Streptococcus (S.) care sunt descrise ca Grupele A, B, C, D, G sau altele, următoarele grupări pot fi de ajutor în alocarea codului:

Grupa	Bolile în care apar
Grupa A	
S. pyogeni (sensibil la penicilină)	Erizipel Febra puerperală Infecția leziunii Durere de gât Endocardită Febra reumatică (poststreptococică) Glomerulonefrită (poststreptococică)
Grupa B	
S. agalactiae	Infecții neonatale (floră normală a vaginului)
Grupa C	
S. equisimilis	Sinuzită Endocardită
Grupa D	
S. faecalis (enterococcus) } S. faecium (enterococcus) } S. bovis S. equinus enterococcus	Infecția tractului urinar Endocardită
Grupa G	
	Sinusită Endocardită
S. pneumoniae (pneumococcus)	Pneumonie Sinusită Meningită, etc
Altele	
S. viridans S. salivarius S. mitis S. mutans S. sanguis S. lactis	
Peptostreptococci	Anaerobic, infecții profunde

Notă: Grupa A nu este sinonimă cu α – hemolitic
Grupa B nu este sinonimă cu β – hemolitic

0104 HEPATITELE VIRALE

Definiție

Hepatitele virale

Hepatita virală este o boală inflamatorie şi necrotică a celulelor ficatului. Viruşii A, B, C, D şi E pot rezulta în hepatita virală acută. Infecțiile acute de hepatită virală cu viruşii B, C şi D pot evolua către hepatita cronică virală.

Hepatita virală care durează mai mult de şase luni este în general definită drept "cronică", cu toate că, această definiție este arbitrară. Hepatita virală cronică este o boală variabilă evolutivă, care duce în cele din urmă la ciroză

şi insuficiență hepatică. Diagnosticul de hepatită virală cronică poate fi determinat numai ca urmare a unei biopsii a ficatului.

Pacienții cu hepatită virală cronică deseori au teste anormale ale funcției ficatului. Un indiciu al hepatitei cronice virale este un nivel ridicat al transaminazei alanine, cu toate că aceasta se poate datora de asemenea altor cauze, cum ar fi alcoolul. În general, pacienții cu hepatită virală cronică trebuie să efectueze de două ori pe an teste de sânge şi examene ecografice. Nou-născuții ale căror mame au hepatită cronică B sau sunt purtătoare de hepatită B au un risc de transmitere şi ar trebui să fie imunizați imediat după naştere (în 24 de ore), pe câtă vreme nu există vaccin echivalent disponibil pentru nou-născuții din mame care au hepatită cronică C sau sunt purtătoare de hepatită C. Aceşti nou-născuți au aproximativ 5% risc de infecție.

În general, după vindecarea în urma unei infecții cu un germen (cirus), o persoană va dezvolta anticorpi la organismul patogen. Anticorpii la anumite boli infecțioase pot fi produşi, de asemenea, prin vaccinare. La aceste persoane vaccinate testele de sânge viitoare, demonstrând anticorpi, vor indica o infecție trecută sau imunizarea. Asemenea persoane nu sunt considerate drept 'purtătoare'. Un purtător este o persoană care are virusul hepatic B, C sau D şi/sau anticorpi în sângele lui/ei şi nu manifestă simptome, dar adăposteşte organismul şi poate infecta pe ceilalți. Deoarece virusul este prezent în sânge, el poate fi transmis altora. Este important să înțelegem diferența dintre o persoană care este purtătoare a unei boli infecțioase (risc de infecție) şi o persoană a cărei anticorpi indică infecție trecută sau imunizare la o boală infecțioasă (nu un risc de infecție). Rolul testelor anticorpi în diferențierea dintre starea de purtător şi infecția trecută variază după infecție.

Hepatita A

Hepatita A este o boală care este destul de contagioasă şi se transmite enteric (ruta fecalo-orală). Transmiterea în cadrul familiilor este obişnuită. În țările în curs de dezvoltare sursa obişnuită de infecție este contaminarea fecală din apa potabilă.

Virusul hepatitei A (HAV) este depistat prin două teste anticorpi:

1. anticorpi IgM: rezultatul pozitiv indică infecție recentă.
2. anticorpi IgG (anti-HA): rezultatul pozitiv indică infecție trecută (expunere anterioară la HAV) sau imunitate prin vaccinare.

HAV nu este *niciodată* o infecție cronică. Nu există nici o stare de purtător cunoscută şi HAV nu joacă nici un rol în hepatita cronică activă sau ciroză.

Hepatita B

Hepatita B se poate manifesta ca o boală acută şi poate evolua către o infecție cronică. Virusul hepatitei B (HBV) este transmis prin secreții infectate ale corpului, cum ar fi sângele şi produsele de sânge, țesut transplantat, salivă, urină, spermă şi secreții cervicale. Cei mai mulți adulți au o vindecare completă şi rămân cu imunitate pe viață. Totuşi, în aproape 10% din cazuri, ca urmare a infecției acute, pacienții vor deveni purtători asimptomatici de HBV sau vor dezvolta hepatită virală cronică activă (5%). Sunt estimați la aproximativ 300 milioane purtători de HBV în toată lumea.

Hepatita C

Hepatita C se poate manifesta ca o boală acută şi poate evolua către o infecție cronică. Virusul hepatitei C (HCV) se transmite parenteral (de ex.: transfuzii, abuz de medicamente injectabile, expunere ocupațională la sânge sau produse de sânge). Ratele de vindecare după infecția cu virusul hepatitei C (HCV) sunt mult mai scăzute decât după infecția cu virusul hepatitei B. În general se ştie că până la aproximativ 90% vor evolua către o infecție cronică.

Hepatita C diferă de hepatita B prin aceea că un pacient cu hepatita C va avea virusul pentru tot restul vieții, fie ca o infecție cronică sau acută, fie ca un purtător asimptomatic.

Un test pozitiv cu anticorpi pentru hepatita C indică infecția cu hepatita C. Un test al reacției în lanț a polimerazei (PCR) poate, de asemenea, să fie efectuat; un rezultat pozitiv sprijină diagnosticul de infecție cronică prin hepatita C. Totuşi, rezultatul negativ al unul PCR nu înseamnă în mod necesar că nu există nici o infecție cronică din moment ce virusul poate să fie încă prezent în cantități mici şi să nu fie depistat în eşantionul de sânge.

Hepatita D

Virusul hepatitei D (HDV) poate să apară numai în prezența HBV, niciodată singur. El apare fie ca o coinfecție cu hepatita B acută sau ca o suprainfecție în hepatita B cronică stabilită. HDV se răspândeşte mai ales parenteral (prin ace şi sânge). Ne putem referi la el, de asemenea, ca la un agent Delta.

Hepatita E

Virusul hepatitei E (HEV) se transmite enteric (ruta fecalo-orală). El este endemic în Asia de Sud-Est, țările regiunii sovietice, India, Africa Estică şi America Centrală. Se ştie că s-au produs mari epidemii răspândite de la persoană la persoană. Cursul normal al infecției pare a fi acut şi poate fi o boală relativ benignă, exceptând perioada de sarcină.
HEV nu este *niciodată* o infecție cronică. Nu există nici o stare de purtător cunoscută şi HEV nu joacă nici un rol în hepatita cronică activă sau ciroză.

Clasificare

Hepatita virală sau starea de purtător de hepatită ar trebui să fie întotdeauna codificată chiar dacă nu se întâlnesc criteriile pentru un diagnostic adițional. Următorul tabel poate fi considerat ca un ghid în aplicarea codurilor hepatitelor A, B, C, D şi E:

Clasificare		
Hepatită virală/tip	**Cod/descriere**	**Probleme generale**
Hepatita A	B15.0 *Hepatita A cu comă hepatică* B15.9 *Hepatita A fără comă hepatică* O98.4 *Hepatita virală complicând sarcina, naşterea şi lăuzia*	• Nu se codifică nici un istoric trecut al hepatitei A nici starea de purtător. • O98.4 se alocă acolo unde hepatita A complică sarcina, naşterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional fie B15.0 fie B15.9 pentru a specifica tipul hepatitei).
Hepatita B	B16.- *Hepatita acută B* B18.0 *Hepatita virală cronică B cu agent Delta* B18.1 *Hepatita virală cronică B fără agent Delta* O98.4 *Hepatita virală complicând sarcina, naşterea şi lăuzia* Z22.51 *Purtător de hepatită virală B*	• Când un 'istoric al hepatitei B' este documentat, n-ar trebui să se presupună că pacientul este purtător de hepatita B şi deci **nu** se codifică Z22.51. • Documentația 'hepatita B pozitivă' sau 'purtător hepatita B' fără nici o indicație a unui proces infecțios ar trebui să fie codificată la Z22.51. • O98.4 se alocă acolo unde hepatita B complică sarcina, naşterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional de la B16 sau B18 pentru a specifica tipul hepatitei). Dacă pacienta obstetricală este o purtătoare alocați Z22.51.
Hepatita C	B17.1 *Hepatita acută C* B18.2 *Hepatita virală cronică C* O98.4 *Hepatita virală complicând sarcina, naşterea şi lăuzia* Z22.52 *Purtător de hepatită virală C*	• Când 'istoricul hepatitei C' este documentat, codificatorii ar trebui să verifice împreună cu clinicianul pentru a determina dacă pacientul încă are semne ale bolii. Când consultația nu este posibilă, alocați codul pentru purtător de hepatită virală C (Z22.52). • Când termenii ambigui 'hepatita C' sau 'hepatita C pozitivă' sunt înregistrați iar pacientul are **simptome** ale hepatitei C,

			codificatorii ar trebui să verifice împreună cu clinicianul pentru a determina dacă boala este într-un stadiu acut sau cronic. Când consultația nu este posibilă, alocați codul pentru hepatita virală cronică C (B18.2). • Când pacientul este **asimptomatic** iar termenii ambigui cum ar fi 'hepatita C' sau 'hepatita C pozitiv' sunt înregistrați, alocați codul pentru purtător al hepatitei virale C (Z22.52). • O98.4 se alocă acolo unde hepatita C complică sarcina, naşterea sau lăuzia (împreună fie cu B17.1 sau B18.2 pentru a specifica tipul hepatitei). Dacă pacienta obstetricală este o purtătoare alocați Z22.52.
Hepatita D (cu HBV acut) Hepatita D (cu HBV acut) Hepatita D (cu HBV cronic)	B16.0 B16.1 B18.0 B17.0 O98.4 Z22.59	*Hepatită acută B cu agent Delta (coinfecție) cu comă hepatică* *Hepatită acută B cu agent Delta (coinfecție) fără comă hepatică* *Hepatita virală cronică B cu agent Delta* *Suprainfecția acută prin agent Delta la un purtător de hepatită* *Hepatita virală complicând sarcina, naşterea şi lăuzia* *Persoană purtătoare de altă hepatită virală specificată*	• O98.4 se alocă acolo unde hepatita D complică sarcina, naşterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional de la B16 sau B18 pentru a specifica tipul hepatitei). Dacă pacienta obstetricală este o purtătoare alocați Z22.59. • Z22.59 ar trebui să fie alocat numai atunci când nu există nici un semn de boala hepatitei D active (starea de purtător hepatită D).
Hepatita E	B17.2 O98.4	*Hepatita acută E* *Hepatita virală complicând sarcina, naşterea şi lăuzia*	• Nu se codifică un istoric trecut sau purtător de hepatita E. • O98.4 se alocă acolo unde hepatita D complică sarcina, naşterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional de la B17.2 pentru a specifica tipul hepatitei).

0108 SEPSIS SECUNDAR AL INFECȚIEI TRACTULUI URINAR/UROSEPSIS

Sepsis secundar la infecția tractului urinar indică faptul că o infecție urinară localizată a intrat în circuitul sanguin şi a devenit o infecție generalizată. Dacă sepsis este semnificativ clinic, ar trebui să fie ordonat ca diagnostic principal; dacă nu, infecția tractului urinar ar trebui să fie ordonată ca principală. Semnificația clinică a infecției este cel mai bine evidențiată prin folosirea unei cure de antibiotice, în timp ce o cultură urinară pozitivă nu este întotdeauna diagnostic al infecției tractului urinar.

În scopuri de codificare folosirea termenului urosepsis poate necesita alte clarificări împreună cu clinicianul pentru a determina dacă ea se referă la:

1. sepsis generalizat (septicemia) cauzată de scurgerea urinei sau produse toxice de urină în circulația vasculară generală

SAU

2. urină contaminată de bacterii, produse de bacterii sau alte materiale toxice, dar fără alte descoperiri.

Sepsis asociat cu avortul, sarcina ectopică, sarcina molară sau sepsis descris ca postoperator datorit infuzării, injectării, transfuziei sau vaccinării, ar trebui să continue a fi codificat la respectiva lor categorie de coduri .

0109 NEUTROPENIA

Neutropenia este o reducere a leucocitelor granulare neutrofile în sângele care circulă. Ea poate fi acompaniată de febră.

Cauzele comune sunt:

a) Reacția indusă de medicamente sau alți agenți fizici (de ex.: Bactrim). Aceasta este o formă nefebrilă a neutropeniei.

b) Neutropenia este asociată cu diverse alte boli incluzând leucemiile acute, alte cancere hematologice (de ex.: boala Hodgkin), boli de tip colagen, alte infecții nebacteriene (de ex.: malaria, febra tifoidă) şi ocazional artrita reumatoidă. În unele circumstanțe (de ex.: artrita reumatoidă) neutropenia nu este febrilă, în timp ce în leucemiile acute, malarie şi febră tifoidă ea este asociată cu febra.

c) Neutropenia congenitală.

d) Neutropenia benignă cronică care nu este asociată cu nici o boală de bază sau expunere toxică.

Sepsis/septicemia la un pacient cu neutropenie ar trebui să fie codificată când este documentată de către clinician în foaia clinică. Ea poate fi numită 'septicemie clinică' sau 'septicemia cu cultură negativă'. Când este înregistrat, codul de septicemie ar trebui să fie ordonat înaintea codului neutropeniei.

Dacă septicemia nu este înregistrată, alocați codul D70 *Agranulocitoză* (neutropenia) şi, dacă se aplică, R50.- *Febră de origine necunoscută* (pirexia) ca un diagnostic adițional.

Un cod pentru cauză externă trebuie să fie alocat în cazurile neutropeniei induse de medicamente.

0110 SEPTICEMIA

Definiții

Sindromul răspunsului inflamator sistemic (SIRS)

SIRS este definit ca un răspuns inflamator sistemic care se poate produce ca răspuns la o varietate de atacuri clinice severe, cum ar fi pancreatita, ischemia, traumele multiple, şoc hemoragic, leziuni organice şi infecții mediate imunitare. SIRS se manifestă prin două sau mai multe din următoarele:

- temperatura > 38°C sau < 36°C
- rata respiratorie > 20 respirații/min sau $PaCO_2$ din < 32 torr
- puls > 90 bătăi/min
- numărul de leucocite > 12,000/L or < 4,000/L sau > 10% forme imature (bandă).

Sepsis

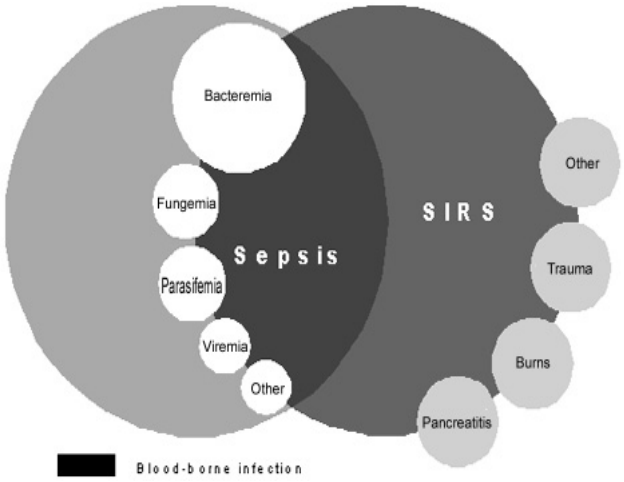
Sepsis este definit ca un răspuns inflamator sistemic (SIRS) la infecție. Invazia microbiană în circuitul sanguin nu este esențială pentru dezvoltarea sepsilului. Răspândirea locală sau sistemică a moleculelor cu semnal microbian sau toxinelor poate să scoată în relief răspunsul. Sepsis poate fi folosit pentru a preciza infecția localizată şi deci ar trebui acordată atenție alocării codului.

Septicemia

Termenul de *septicemie* este folosit în general pentru a descrie boala sistemică provocată de bacteriile din circuitul de sânge cu toate că folosirea lui este descurajată în favoarea termenilor mai specifici *sindromul răspunsului inflamator sistemic* (SIRS) şi *sepsis.*

Următoarele definiții din *Interrelațiile dintre sindromul răspunsului inflamator sistemic (SIRS), sepsis şi infecție* American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definițiile pentru sepsis şi insuficiența organică şi Ghidul pentru folosirea terapiilor inovatoare în sepsis. Critical Care Medicine, Vol. 20, Nr. 6 pot ajuta la înțelegerea interrelațiilor dintre conceptele sepsis, infecție, septicemie, bacteremie şi sindromul răspunsului inflamator sistemic.

"Infecție:	Fenomen microbian caracterizat printr-un răspuns inflamator la prezența microorganismelor sau invazia țesutului gazdă steril normal de către aceste organisme.
Bacteremia:	Prezența bacteriilor viabile în sânge.
Sindromul răspunsului	Răspunsul inflamator sistemic la o varietate de atacuri clinice severe.
inflamator sistemic:	Răspunsul se manifestă prin două sau mai multe din următoarele condiții: • Temperatură > 38°C sau < 36°C • Puls > 90 bătăi/min • Rata respiratorie > 20 respirații/min sau $PaCO_2$ < 32 torr (< 4.3 kPa) • WBC > 12.000 celule/mm3, < 4000 celule/mm3, sau > 10% forme imature (bandă).
Sepsis:	Răspunsul sistemic la infecție. Acest răspuns sistemic se manifestă prin două sau mai multe din următoarele condiții ca un rezultat al infecției: • Temperatură > 38°C sau < 36°C • Puls > 90 bătăi/min • Rata respiratorie > 20 respirații/min sau $PaCO_2$ < 32 torr (< 4.3 kPa) • WBC > 12.000 celule/mm3, < 4000 celule/mm3, sau > 10% forme imature (bandă).
Sepsis sever:	Sepsis asociat cu disfuncție organică, hipoperfuzie sau hipotensiune. Hipoperfuzia şi anomaliile de perfuzie pot include dar nu sunt limitate la acidoză lactică, oligurie sau o alterare acută în starea mentală.
Şoc septic:	Sepsis cu hipotensiune în ciuda resurscitării fluidului adecvat împreună cu prezența anomaliilor de perfuzie care pot include dar nu sunt limitate la acidoza lactică, oligurie sau o alterare acută în starea mentală. Pacienții care sunt agenți inotropici sau vasopresori, pot să nu fie hipotensivi în momentul în care sunt măsurate anomaliile de perfuzie.
Hipotensiune:	O tensiune sistolică de < 90 mm Hg sau o reducere de > 40 mm Hg de la limita de bază în absența altor cauze pentru hipotensiune.
Sindromul disfuncției multiviscerale:	Prezența unei funcții a unui organ alterat la un bolnav acut astfel încât homeostaza să nu poată fi menținută fără intervenție."



Interrelațiile dintre sindromul răspunsului inflamator sistemic (SIRS), sepsis şi infecție American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definițiile pentru sepsis şi insuficiența organică şi Ghidul pentru folosirea terapiilor inovatoare în sepsis. Critical Care Medicine, Vol. 20, Nr. 6

Clasificare

Ar trebui să fie acordată atenție atunci când se interpretează documentarea pentru *sepsis*. *Sepsis* poate fi folosit pentru a preciza SIRS rezultând din infecție sau poate preciza o infecție localizată (ex.: sepsis al plăgii). Dacă, după ce s-a efectuat clarificarea împreună cu clinicianul, se confirmă că sepsis a fost folosit pentru a preciza infecția localizată, referiți-vă mai degrabă la capitolul din index *Infecție* decât la *Sepsis*.

Când un pacient are sepsis codificat la:

O03–O07	*Sarcină cu rezultat avortiv*
O08.0	*Infecția aparatului genital şi a organelor pelviene, consecutive unui avort, unei sarcini extra-uterine şi molare*
O75.3	*Alte infecții în cursul travaliului*
T80.2	*Infecții consecutive unei injecții terapeutice, infuzări, transfuzii*
T81.42	*Sepsis ca urmare a unei proceduri*

Alocați un cod adițional de la A40.- *Sepsis streptococic* până la A41.- *Alte sepsisuri* pentru a indica sepsis sau B95–B97 *Agenți de infecții bacteriene, virale şi altele* pentru a indica un organism cauzativ identificat într-o infecție localizată. Un cod pentru cauză externă (mai ales codurile de complicații de la Y60.- la Y84.9) ar trebui să fie de asemenea alocat atunci când este relevant.

O cultură sanguină pozitivă nu ar trebui să fie folosită ca un indicator pentru sepsis. De exemplu, un pacient cu o infecție pe linie centrală şi o cultură sanguină pozitivă nu poate fi diagnosticat cu sepsis. În mod similar, o cultură negativă sanguină nu ar exclude un diagnostic clinic de sepsis.

Sindromul răspunsului inflamator sistemic (SIRS)

SIRS ar trebui codificat după cum urmează:

- SIRS datorit infecției este codificat după capitolul adecvat din index la *Sepsis*.
- SIRS datorit traumei este codificat după tipul de traumă.
- SIRS datorit atacului clinic, altul decât infecția, este codificat la tipul de atac (de ex.: pancreatită, ischemie).

0111 BACTEREMIA

Bacteremia în sensul strict înseamnă 'prezența bacteriilor în sânge'. Ea poate să nu producă nici un simptom la pacient. Termenul bacteremie, în clinicile australiene, este folosit cu sensul de pacienți cu bacteremie simptomatică şi în asemenea cazuri ar trebui să li se aloce codul A49.9 *Infecție bacteriană nespecificată.*

Bacteremia dobândită în spital este definită ca o cultură pozitivă sanguină pentru pacienții care erau afebrili la internare, adică temperatura mai puțin de 37,4^{0}C, care au devenit febrili în 48 de ore sau mai mult după internare. Codificați cu A49.9 *Infecție bacteriană nespecificată* cu un cod pentru cauză externă de la Y95 *Afecțiune nosocomială.*

0112 INFECȚIE CU MICROORGANISME REZISTENTE LA MEDICAMENTE

Definiție

Rezistența la un medicament poate fi identificată la cele mai multe organisme. Acest standard are legătură cu codificarea organismelor rezistente care au cauzat o infecție la pacient. Ea furnizează informații suplimentare despre infecțiile cauzate de organismele care necesită resurse adiționale pentru a fi folosite în tratamentul pacientului şi care sunt uşor de identificat.

MRSA: Staphylococccus Aureus rezistent la methicillin

Staphylococcus aureus este o bacterie comună care se găseşte pe piele, dar poate fi cauza unui număr de boli şi afecțiuni care se înşiruie de la minor la amenințarea vieții. Gradul de infecție variază de la abcese dureroase la flebită septică, osteomielită cronică, pneumonii, meningită, endocardită şi sepsis.

Methicillin este o penicilină semisintetică folosită în laborator pentru a identifica rezistența cu toate că nu se mai foloseşte în practica clinică. Medicamente similare folosite pentru tratament sunt flucloxacillină şi dicloxacillină.

- Multi-rezistența – acestea sunt de obicei suşe nosocomiale ale MRSA şi sunt de obicei rezistente la antibiotice multiple, nu numai methicillină şi penicilină.
- Non multi-rezistente – acestea sunt de obicei suşe dobândite în comunitate ale MRSA şi sunt rezistente tipic numai la methicilină şi penicilină (cu un procent mic de rezistență de asemenea la eritromicină sau ciprofloxacină).

VRE: Enterococcus rezistent la vancomicină

Enterococcus este un organism gram pozitiv care colonizează în mod normal tractul inferior gastrointestinal şi tractul genital al indivizilor sănătoşi. Enterococcus este de asemenea cunoscut ca un streptococ din grupa D. Acest organism poate fi patogen în anumite circumstanțe, provocând infecții ale tractului urinar, infecții ale leziunilor, septicemie şi endocardită.

Vancomicina este un antibiotic puternic care este folosit în spitale ca tratament principal la infecțiile stafilococice rezistente (MRSA).

Enterococcus rezistent la Vancomicină este o suşă a enterococului care a dezvoltat o rezistență la Vancomicină şi la multe alte antibiotice folosite în mod obişnuit.

Este important de a face diferența între 'o infecție' cauzată de un organism şi 'colonizarea' cu un organism. Un pacient poate fi colonizat cu un organism dar să nu aibă semne sau simptome ale infecției provocate de acel organism. Astfel, rapoartele de microbiologie pot indica prezența MRSA, VRE sau orice alt organism, dar pacientul poate să nu aibă o infecție cauzată de acel organism.

Clasificare

Prezența unei infecții (infecția leziunii, infecția tractului urinar, pneumonie etc.) trebuie să fie documentată şi codificată în conformitate cu SC 0002 *Diagnostice adiționale*, înainte de a putea fi alocate coduri adiționale pentru organism patogen sau afecțiunea codificată ca datorându-se organismului patogen. Dacă clinicianul s-a documentat în foaia clinică că organismul care a provocat infecția este rezistent, atunci trebuie de asemenea să fie alocat un cod adecvat de la Z06.- *Infecții cu microorganisme rezistente la medicamente*.

Z06.x nu trebuie niciodată să fie alocat ca un cod de diagnostic principal.

MRSA – Atât infecțiile MRSA multi-rezistente ca şi cele MRSA non multi-rezistente ar avea coduri alocate după cum urmează:

- Un cod pentru infecție
- B95.6 *Staphylococcus aureus cauza unor boli clasate la alte capitole* (dacă organismul nu este inclus în codul de infecție)
- Z06.1 *Infecții cu Staphylococcus aureus multi-rezistent la medicamente*

VRE – O infecție cauzată de VRE ar trebui să fie codificată după cum urmează:

- Un cod pentru infecție
- B95.2 *Streptococcus, grupa D, cauza unor boli clasate la alte capitole* (dacă organismul nu este deja inclus în codul de infecție)
- Z06.2 *Infecție cu enterococci rezistenți la Vancomicină*

Alte organisme – infecții rezistente şi nespecificate cauzate de alte organisme rezistente ar fi codificate după cum urmează:

- Un cod pentru infecție
- Un cod pentru organism dacă nu este inclus în codul de infecție
- Z06.8 *Infecție cu alt microorganism rezistent la medicamente sau,* or Z06.9 *Infecție cu micoorganism rezistent la medicamente, nespecificat.*

Vezi standardul 0013, *codurile 'Altul'şi 'nespecificat'*, pag. 15, pentru folosirea corectă a codurilor care se termină în '.8' şi '.9'.

2 NEOPLASME

0236 CODIFICAREA ŞI SECVENȚIALITATEA NEOPLASMELOR (EXCLUZÂND CHIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA ÎN ACEEAŞI ZI)

Secvențialitatea codului privind starea malignă primară sau secundară depinde de tratamentul fiecărui episod. Selectarea diagnosticului principal ar trebui să fie efectuată în concordanță cu SC 0001 *Diagnostic principal*, vezi pag. 6.

Starea malignă primară ar trebui să fie codificată ca o afecțiune obişnuită dacă episodul de îngrijiri este pentru:

- diagnostic sau tratament al malignității primare în oricare dintre următoarele circumstanțe:
  - diagnostic inițial al malignității primare
  - tratamentul complicațiilor datorite malignității (vezi de asemenea SC 0207 *Complicații asociate cu neoplasme*, vezi pag. 73)
  - intervenții operatorii pentru a îndepărta malignitatea
  - îngrijiri medicale legate de malignitate, incluzând asistența paleativă (vezi de asemenea SC 0224 *Asistență paleativă*, vezi pag. 75)
  - recurența malignității primare eradicată anterior din acelaşi organ sau țesut

- diagnostic sau tratament al malignității secundare, indiferent când/dacă localizarea primară a fost îndepărtată chirurgical anterior. Un cod(uri) de diagnostic adițional ar trebui să fie alocat pentru localizarea(ările) primară dacă este cunoscută, sau C80 *Tumori maligne cu sediu nespecificat* dacă localizarea primară este necunoscută.

- pentru tratament care are ca scop oprirea evoluției cancerului, cum ar fi:
  - chimioterapia sau redioterapia (vezi, de asemenea SC 0044 *Chimioterapia*, pag. 51 şi SC 0229 *Radioterapia*, pag. 75)
  - internări consecutive pentru excizii mai largi (chiar dacă nu există malignitate reziduală în histopatologie)
  - chirurgie etapizată pentru îndepărtarea profilactică a organului respectiv

- tratamentul altor afecțiuni non-maligne, când malignitatea este o co-morbiditate care are o influență asupra episodului de îngrijiri după cum se arată în SC 0002 *Diagnostice adiționale*.

- clearance dentar înainte de radioterapie. Malignitatea sau complicația vor fi codificate ca diagnostic principal.

Dacă episodul este pentru urmărire longitudinală, malignitatea poate fi codificată ca un istoric curent sau unul trecut, dependent de circumstanțele episodului de îngrijiri. (vezi de asemenea SC 2112 *Istoric personal*, pag. 277 şi SC 2113 *Examinări în vederea urmăririi longitudinale pentru tulburări specifice*, pag. 277).

Acolo unde sunt localizări metastatice multiple, alocați un cod pentru fiecare localizare pentru a reflecta gravitatea afecțiunii.

0207 COMPLICAȚII ASOCIATE CU NEOPLASMELE

Când un pacient se prezintă cu o problemă şi în timpul episodului de îngrijiri afecțiunea de bază este identificată, atunci afecțiunii de bază îi este alocat un cod de diagnostic principal iar problema n-ar trebui să fie codificată.

EXEMPLUL 1:
Pacientul se prezintă cu convulsii. Pacientul nu a fost tratat anterior pentru convulsii. Scanarea CT a arătat o tumoră mare de creier.
Diagnostic principal: Tumoră a creierului
Diagnostic secundar: Nil

Când un pacient se prezintă cu o problemă iar afecțiunea de bază este cunoscută la momentul internării şi numai problema este tratată, atunci problemei îi va fi alocat un cod de diagnostic principal iar afecțiunea de bază va fi ordonată ca un cod de diagnostic adițional .

EXEMPLUL 2:
Un pacient care a fost diagnosticat cu tumoră a creierului cu 3 luni în urmă, este internat pentru convulsii recurente
Diagnostic principal: Convulsii
Diagnostic secundar: Tumoră a creierului

Notați că anemia în neoplasme este o combinație dagger/asterisc (codul de neoplasm şi D63.0*) şi deci, neoplasmul trebuie să fie ordonat mai întîi având în vedere convenția etiologie/manifestare.

Vezi SC 1807 *Diagnostice privind durerea şi proceduri ale administrării (controlul) durerii*, pag. 230, pentru informații asupra codificării durerii netractabile datorite malignității.

0214 INTRAGAM

Intragam este o injecție cu gamma globulină utilizată la pacienții cu anticorpi deficitari. Diagnosticul principal poate fi *hipogammaglobulinemia (D80.- Imuno-deficiență cu predominarea anomaliilor de anticorp)* dar dacă nu, diagnosticului principal stabilit ar trebui să i se aloce şi codul de procedură 92181-00 [1885] *Injecție cu gammaglobulină.*

0218 LIMFANGITA CARCINOMATOASĂ

Când nu sunt disponibile alte informații privind natura primară a acestei malignități, alocați C78.0 *Neoplasm malign secundar al plămânului* (principal) plus C80 *Neoplasm malign fără specificarea localizării*.

0219 MASTECTOMIE PENTRU MALIGNITATE DEPISTATĂ PRIN BIOPSIE

Când malignitatea se observă la biopsia sânului, dar nu sunt găsite celule maligne în specimenul de mastectomie, codificați diagnosticul original arătat de biopsie.

0222 LIMFOM

Localizări extraganglionare

Limfoamele sunt boli sistemice care nu metastazează în acelaşi mod precum tumorile solide. Un limfom, indiferent de numărul de localizări implicate, nu este considerat metastatic şi ar trebui să fie codificat la categoriile C81–C85. Limfoamele nu trebuie să îşi aibe originea în glandele limfatice. Limfoamele pot să-şi aibe originea în orice țesut limfoid pe întregul corp şi pot să nu fie în mod necesar restrânse la ganglionii limfatici sau glande. Limfoamele considerate ca 'extraganglionare' sau cu o localizare alta decât glandele limfatice (de ex.: stomacul), ar trebui să li aloce un cod adecvat din categoriile C81–C85.

Nu codificați:
C77 *Tumora malignă a ganglionilor limfatici, secundară şi nespecificată*
C78.8 *Tumora malignă secundară a organelor digestive, altele şi nespecificate*
C79.5 *Tumora malignă secundară a osului şi măduvei osoase*

Pentru limfoame.

Limfoamele îşi pot schimba morfologia de-a lungul timpului de la un grad scăzut la unul înalt. De aceea rezultatele celei mai recente biopsii ar trebui să fie utilizate când se alocă un cod de morfologie pentru limfom.

0224 ÎNGRIJIRI PALEATIVE

Definiție

Îngrijirile paleative sunt îngrijirile în care intenția clinică sau scopul tratamentului este în primul rând calitatea vieții pentru un pacient cu o boală activă, evolutivă, având o perspectivă scăzută de vindecare sau deloc. Este evidențiată în mod obişnuit de o evaluare interdisciplinară şi/sau controlul necesităților fizice, psihologice, emoționale şi spirituale ale pacientului; şi un serviciu de consiliere privind durerea şi pierderea ireparabilă pentru pacient şi familie/persoane care îl îngrijesc:

- într-o unitate de îngrijiri paleative; sau
- într-un program de îngrijiri paleative desemnat; sau
- având ca obiectiv principal conducerea de către medic a unor îngrijiri paleative sau când medicul curant intenționează ca îngrijirile principale clinice să fie paleative.
  (Comitetul Național privind Datele de Sănătate. (2001) *Dicționar al Datelor Naționale de Sănătate*, Versiunea 10, AIHW)

Serviciile furnizate de către specialiştii de îngrijiri paleative includ:

- Consultanță/îngrijiri clinice
- Îngrijiri personale
- Consiliere spirituală/sprijin emoțional
- Îngrijiri/suport la domiciliu
- Educație
- Administrarea cazului/coordonarea îngrijirilor

Clasificare

Diagnostic principal

Z51.5 *Îngrijirile paleative* nu vor fi **niciodată** alocate ca diagnostic principal.

Un cod de diagnostic principal ar trebui să fie alocat reflectând diagnosticul ce rezultă într-o prognoză relativ redusă. De exemplu, un pacient care are în principal HIV/SIDA şi care suferă de Sarcomul Kaposi sau altă malignitate înrudită, ar trebui să aibă alocat codul de HIV/SIDA ca diagnostic principal.

Z51.5 *Îngrijirile paleative* ar trebui să fie alocate (ca un cod de **diagnostic adițional**) numai când îngrijirile acordate pacientului sunt conforme cu definiția de mai sus.

Intervențiile ar trebui să fie codificate adecvat.

0227 RECURENȚA ÎN CICATRICEA MASTECTOMIEI

Dacă 'recurența în cicatricea mastectomiei' este înregistrată în foaia clinică **fără altă clarificare,** ar trebui să fie codificată la C79.2 *Tumoră malignă secundară a pielii*.

0229 RADIOTERAPIE

Pacienții spitalizați **pe mai multe zile** (adică pacienți care au o diferență între data actuală şi data internării) primind radioterapie pentru afecțiuni maligne ar trebui să aibă afecțiunea malignă coordonată ca diagnostic principal, iar codul procedurii oncologice adecvate pentru radiații de la blocurile [1786] la [1799] *Proceduri oncologice de radiații*. Dacă ar fi internări pentru radioterapie pentru **aceeaşi zi** (internare şi externare în aceeaşi zi), Z51.0 *Şedința de radioterapie* va fi diagnostic principal urmat de codurile malignității şi procedurii.

0233 MORFOLOGIE

Primele patru caractere reprezintă tipul histologic al neoplasmului iar al cincilea caracter indică comportamentul său. Când se alocă coduri de morfologie asigurați-vă că notele explicative de la începutul apendixului 'Morfologia neoplasmelor' sunt înțelese (Volumul 1, Apendix A).

Alocarea codurilor de morfologie este o decizie pentru fiecare stat/teritoriu. De aceea codificatorii clinici ar trebui să se ghideze după politica statului/teritoriului lor.

Notați următoarele puncte importante:

1. Un cod de morfologie ar trebui să fie alocat **întotdeauna** direct după codul de neoplasm (C00-D48 *Neoplasme*) atunci când se aplică.

2. Un cod de morfologie nu trebuie niciodată să apară ca un cod de diagnostic principal.

3. Comportamentul neoplasmului este indicat de ultimul digit al codului de morfologie. **Notați că acest cod de comportament se poate schimba depinzând de descrierea comportamentului neoplasmului din foaia clinică.** De exemplu, un 'adenocarcinom non-invaziv răspândit superficial' ar trebui să fie codificat mai degrabă la M8143/2 decât la M8143/3 pentru că oricât ar fi de superficial răspândit, el este clasificat în mod normal ca 'malign, localizare primară' (/3), dar descrierea 'non-invazivă' schimbă clasificarea tipului de comportament la /2 'carcinom in situ'.

Toate codurile morfologice la care ne-am referit în acest document sunt din ICD-O a treia ediție.

Dacă un diagnostic morfologic conține doi termeni histologici care au coduri M diferite, selecționați cel mai mare număr deoarece acesta este mai specific în mod obişnuit.

EXEMPLUL 1:
Carcinom epidermoid cu celule tranziționale

Carcinom cu celule tranziționale NOS este codificat la M8120/3

Carcinom epidermoid NOS este codificat la M8070/3

În acest caz, numărul mai mare (M8120/3) ar trebui să fie folosit. Este recunoscut că unele spitale pot dori să colecteze toate codurile M documentate în scopuri de cercetare. De aceea, asigurați-vă că numărul mai mare de cod M este ordonat direct după codul de malignitate la care se referă.

0234 LOCALIZĂRI ALĂTURATE

Localizare primară cunoscută

Dacă răspândirea este de la o localizare primară cunoscută către un organ sau localizare adiacente, de exemplu intestin către colecist sau jejun către ileon, codificați numai localizarea primară. Răspândirea la localizarea adiacentă nu este nici primară, nici secundară în acea localizare şi nu este codificată.

Localizare primară necunoscută

O malignitate primară care depăşeşte limitele a două sau mai multe subcategorii în cadrul unei categorii cu trei caractere şi a cărei localizare de origine nu poate fi stabilită se clasifică la subcategoria cu 4 digit, ‘8’ în cele mai multe cazuri.

ICD-10-AM furnizează următoarele coduri pentru anumite neoplasme maligne al căror punct de origine nu poate fi stabilit şi ale căror localizări confirmate depăşesc două sau mai multe categorii cu 3 caractere.

C02.8 *Leziune depăşind limba*
C08.8 *Leziune depăşind glandele salivare principale*
C14.8 *Leziune depăşind buza, cavitatea bucală şi faringele*

C21.8 *Leziune depăşind rectul, anusul şi canalul anal*
C24.8 *Leziune depăşind căile biliare*
C26.8 *Leziune depăşind aparatul digestiv*
C39.8 *Leziune depăşind organele respiratorii şi intratoracice*
C41.8 *Leziune depăşind oasele şi cartilagiile articulare*
C49.8 *Leziune depăşind ţesutul conjunctiv şi alte ţesuturi moi*
C57.8 *Leziune depăşind organele genitale la femeie*
C68.8 *Leziune depăşind organele urinare*
C72.8 *Leziune cuprinzând mai multe emisfere cerebrale sau părţi ale sistemului nervos central*

Localizări vagi

Un neoplasm malign cu localizări alăturate (depăşind limitele), **neclasificate altundeva**, al cărui punct de origine nu poate fi determinat, ar trebui să fie alocat la C76.- *Tumoră malignă cu alte localizări şi locuri rău definite*.

Notă: Folosirea acestei categorii ar fi garantată numai când nu există informaţii specifice disponibile privind natura neoplasmului (de ex.: neoplasmul malign al pieptului).

0236 VEZI PAG. 73

0237 RECURENŢA MALIGNITĂŢII PRIMARE

Dacă malignitatea primară eradicată anterior a recidivat, alocaţi un cod pentru localizarea primară originară folosind codul adecvat de la C00-C75. Codificaţi de asemenea orice localizări secundare menţionate.

EXEMPLUL 1:
Pacientul a avut anterior o colectomie sigmoidă în 1996 pentru carcinom, acum se prezintă cu recurenţă la rect.

Coduri:	C18.7	*Tumoră malignă a colonului sigmoid*
	M8010/3	*Carcinom NOS*

0239 METASTAZE

Expresii cum ar fi 'carcinom metastatic al ovarului' sau 'carcinom metastatic al osului' ar trebui să fie discutate cu clinicianul pentru a determina dacă localizarea declarată este localizare primară sau metastazică.

Adjectivul 'metastatic' este folosit în mod ambiguu, uneori pentru a însemna depozite secundare altundeva şi alteori pentru a însemna o localizare primară care metastazează. Nici o regulă arbitrară nu poate rezolva în mod satisfăcător această problemă, de aceea codificatorul ar trebui să examineze foaia clinică şi, dacă este necesar, să consulte clinicianul pentru clarificări.

Un neoplasm descris ca 'metastatic de la' o localizare ar trebui să fie interpretat ca unul primar al acelei localizări. Alocaţi de asemenea codul adecvat pentru neoplasmul secundar.

EXEMPLUL 1:
Carcinom al ganglionilor limfatici axilari şi plămânilor, metastatic de la sân.

Sân = localizare primară; ganglioni şi plămâni = localizări secundare.

Un neoplasm descris ca 'metastatic la' o localizare ar trebui să fie interpretat ca secundar al acelei localizări. Alocaţi de asemenea codul adecvat pentru neoplasm primar.

EXEMPLUL 2:
Carcinom al sânului, metastatic la creier.

Sân = localizare primară; creier = localizare secundară.

Dacă două sau mai multe localizări sunt declarate în diagnostic şi toate sunt descrise ca metastatice, iar niciuna ca primară, codificaţi ca şi 'localizare primară necunoscută' şi codificaţi localizările declarate ca neoplasme secundare ale localizărilor declarate.

0241 TUMORA MALIGNĂ A BUZEI

Două serii de coduri sunt disponibile pentru codificarea tumorii buzei, C00.- *Tumoră malignă a buzei* şi C44.0 *Tumoră malignă a pielii buzei.*

Codul C44.0 *Tumoră malignă a pielii buzei* ar trebui să fie folosit pentru leziunile maligne care se produc pe porţiunea cu păr a pielii dintre limita superioară roşie şi nas (philtrum) sau pe porţiunea cu păr a pielii dintre limita inferioară roşie şi bărbie. Cele mai comune BCC şi SCC se produc în afara limitei roşii şi ar trebui deci să fie codificate la C44.0 *Tumoră malignă a pielii buzei*.

Toate celelalte leziuni maligne descrise ca 'buză', ar trebui să li se aloce un cod adecvat din cadrul C00.- *Tumoră malignă a buzei*.

0242 CARCINOMATOZĂ DISEMINATĂ

Codul C80 *Tumoră malignă cu sediu nespecificat* ar trebui să fie folosit numai când malignitatea este descrisă ca o 'carcinomatoză diseminată' sau 'malignitate generalizată' (sau alţi termeni similari aşa cum sunt descrişi în lista inclusă la C80) iar **localizările specifice nu sunt documentate**. În cazurile unde localizările secundare specifice sunt documentate, acestea ar trebui să fie codificate separat, în loc de C80.

0245 REMISIUNEA ÎN BOLILE IMUNOPROLIFERATIVE MALIGNE ŞI LEUCEMII

Acest standard este furnizat pentru a ajuta în determinarea alocării celui de-al cincilea caracter pentru conceptele 'în remisiune' şi 'fără menţionarea remisiunii' la categoriile C88 *Boli imunoproliferative maligne*, C90 *Mielom multiplu şi tumori maligne cu plasmocite* şi C91–C95 *Leucemia*. Este de asemenea un ghid în diferenţierea dintre conceptele 'în remisiune' şi 'istoric al' în ceea ce priveşte aceste afecţiuni. O vindecare definitivă şi deci alocarea unui cod de 'istoric', pot varia mult de la boală la boală şi pot fi aplicate numai retrospectiv. De aceea diferenţa după o consultare clinică este făcută mai degrabă pe baza continuităţii tratamentului malignităţii decât pe baza încadrării într-un anumit timp.

Definiţie

Remisiune completă – nici o dovadă a semnelor sau simptomelor de malignitate.
Remisiune parţială – reducerea semnelor şi simptomelor tumorii cu > 50% dar există dovada bolii active.

Acolo unde documentaţia este incompletă şi singura informaţie este ‘în remisiune’ este necesar să se clarifice mai departe împreună cu clinicianul.

Clasificare

Aceste standarde se referă numai la următoarele categorii:

C88.- *Boli imunoproliferative maligne*
C90.- *Mielom multiplu şi tumori maligne cu plasmocite*
C91.- *Leucemia limfoidă*
C92.- *Leucemia mieloidă*
C93.- *Leucemia monocitară*
C94.- *Alte leucemii cu celule de tip specificat*
C95.- *Leucemia cu celulede tip nespecificate*

cu al 5lea caracter:

0 *fără a menționa remisiunea* (include remisiunea parțială)
1 *în remisiune* (remisiune completă)

Fără menționarea remisiunii ('0')

Al 5-lea caracter al lui 0 (fără menționarea remisiunii) ar trebui să fie alocat când:

- Este prima prezentare şi diagnostic al bolii, **sau**
- Este clar din documentație că, indiferent dacă a existat o reducere a bolii, cea activă încă există.

În remisiune ('1')

Al 5lea caracter al lui 1 (în remisiune) este alocat când:

- Clinicianul a considerat 'în remisiune' fără alte informații privind stadiul sau istoricul bolii iar avizul clinic nu este disponibil, **sau**
- Pacientul încă mai primește tratament pentru o malignitate neactivă sau pentru efecte secundare ale terapiei (adică chirurgie, chimioterapie, alt tratament medicamentos etc.).

  ŞI

- Este clar din documentație că aceasta este o remisiune completă (nu există dovada semnelor sau simptomelor malignității).

Z85 Antecedente personale de tumoră malignă

În cazurile în care remisiunea completă este documentată şi nu există nici o dovadă că pacientul primeşte orice formă de tratament pentru malignitate sau pentru efectele secundare ale terapiei, ar trebui să fie alocat un cod pentru 'istoric de malignitate', atunci când este relevant pentru episodul curent de îngrijiri (conform SC 0002 *Diagnostice adiționale*). Codurile posibile pentru 'istoricul malignității' sunt:

Z85.6 *Antecedente personale de leucemie*
Z85.7 *Antecedente personale de alte tumori ale țesutului limfoid, hematopoietic şi înrudite*

0246 POLIPOZĂ ADENOMATOASĂ FAMILIALĂ

Definiție

Polipoza adenomatoasă familială (FAP) este cauzată de o mutație într-o genă numită gena APC. Toată lumea poartă această genă APC, dar persoanele care suferă de FAP au o copie schimbată sau mutantă a genei. Odată ce această schimbare s-a produs în genă, ea poate fi transmisă de la părinte la copil (moştenită). FAP poate începe încă de la vârsta de 10 ani când mii de polipi potențial canceroşi se dezvoltă în colon. Mai mult de 90% dintre persoanele cu FAP dezvoltă cancer de colon la vârsta de aproximativ 50 de ani.

Clasificare

D12.6 *Tumoră benignă de colon, nespecificata*
M8220/0 *Polipoză adenomatoasă a colonului*
Z83.7 *Antecedente familiale de tulburări ale aparatului digestiv*
SAU
Z80.0 *Antecedente familiale de tumoră malignă a aparatului digestiv*

Dacă un pacient cu polipoză adenomatoasă familială dezvoltă un adenocarcinom de colon, notați că un cod morfologic adecvat este M8220/3 *Adenocarcinom în polipoza adenomatoasă a colonului*.

Persoanele care prezintă risc la FAP datorit unui istoric familial al bolii vor avea screening la intervale regulate (vezi SC 2111 *Screening pentru tulburări specifice*, pag. 276*).*

0247 CANCER DE COLON EREDITAR NON-POLIPOZIC

Definiție

Cancerul de colon ereditar non-polipozic (HNPCC) este cauzat de o mutație genetică, similară cu polipoza adenomatoasă familială (FAP). Termenul 'non-polipozic' este folosit pentru a face distincția dintre această afecțiune şi FAP. HNPCC reprezintă aproximativ 1–5% din toate tipurile de cancer de intestin. O persoană care moşteneşte această mutație de genă are aproximativ o şansă de 80% de a dezvolta un cancer de intestin.

Clasificare

Dacă un cancer de colon ereditar non-polipozic (HNPCC) este documentat alocați următoarele coduri:

C18.- *Tumoră malignă a colonului*
Z80.0 *Antecedente familiale de tumoră malignă a aparatului digestiv*

Persoanele care prezintă risc pentru HNPCC datorit unui istoric familial al bolii vor avea screening la intervale regulate (*vezi* SC 2111 *Screening pentru tulburări specifice*, pag. 276*)*.

3 BOLI ALE SÂNGELUI ŞI ORGANELOR HEMATOPOIETICE ŞI UNELE TULBURĂRI ALE SISTEMULUI IMUNITAR

0301 PROCURAREA ŞI TRANSPLANTUL CELULEI STEM

Definiție

Celula stem

Măduva osoasă este sursa tuturor celulelor de sânge, incluzând eritrocitele, leucocitele şi trombocitele. Măduva osoasă produce o celulă imatură, nediferențiată, numită 'celula stem'. Această celulă nu este încă gata să fie diferențiată într-un tip de celulă specific. În acest stadiu, celula stem este flexibilă şi are potențialul de a forma oricare dintre varietățile celulelor de sânge mature.

Procurarea celulei stem

Procurarea celulelor stem implică îndepărtarea celulelor stem fie din măduva osoasă, fie din sângele periferic (incluzând sângele din măduva spinării). Celulele stem din sângele periferic sunt corectate prin afereză în care celulele stem sunt separate din sânge şi reținute. Măduva osoasă este procurată folosind multiple aspirații ale măduvei osoase din creasta iliacă.

Celulele stem pot fi procurate de la:

- Un pacient cu o boală cunoscută, cum ar fi una malignă pentru reinfuzare terapeutică la un stadiu mai târziu (donare autologă) **sau**
- Un donator sănătos pentru infuzare la altă persoană (donare alogenică) **sau**
- Cordonul ombilical al fătului sau placenta sa (donare alogenică).

Afereza (înțelegând 'extracție') este un proces în care sângele este scos temporar din corp iar un instrument medical denumit separator de celule de sânge foloseşte forța centrifugă pentru a separa şi colecta componenta dorită din sânge. Restul sângelui este reinfuzat înapoi în donator

Transplantul celulei stem

Transplantul celulei stem poate fi realizat prin folosirea celulelor stem obținute fie din măduva osoasă, fie din sângele periferic. Transplantul celulei stem poate fi efectuat pe pacienții cu boli incluzând leucemia, limfomul, mielomul multiplu, neuroblastomul şi sarcomul Ewing, la care terapia standard nu ar vindeca aceşti pacienți. Există o varietate de alte tulburări maligne şi non-maligne incluzând anemia aplastică, thalassemia majoră şi tulburările autoimune, care pot fi tratate prin transplantul celulei stem.

În primele etape ale transplantului pacientul primeşte chimioterapie în doze mari cu sau fără tratament de radiație potrivit unui protocol care a fost stabilit. După completarea chimioterapiei şi/sau tratamentului de radiații, celulele stem colectate anterior sunt transplantate pacientului prin infuzare.

În timpul transplantului celulei stem autologe, celule stem păstrate criogenic sunt dezghețate (de obicei prin baie de apă) şi infuzate rapid înapoi pacientului. Într-un transplant alogenic, celulele stem sunt infuzate, după colectare proaspătă sau după dezghețare dacă sunt păstrate criogenic, sau uneori după manipularea de îndepărtare a celulelor roşii sau plasmă în cazul unei grupe de sânge nepotrivite.

Clasificare

Procurarea de celule stem via afereză

Episoadele de îngrijire *de o singură zi* (adică internat şi separare în aceeaşi zi) unde pacientul este internat în mod special pentru afereza celulelor stem, ar trebui să aibă ca diagnostic principal Z51.81 *Afereza*.

Episoadele de îngrijiri pe *mai multe zile* (adică separat în ziua de după data internării) în timpul cărora afereza celulelor stem este efectuată, ar trebui să aibă un cod de diagnostic principal al afecțiunii care necesită tratament. Nu este necesară alocarea codului Z51.81 *Afereza* ca un cod de diagnostic adițional.

Codul(rile) adecvat(e) ar trebui să fie alocat de la blocurile [1892] *Afereză.*

Procurarea celulelor stem din măduva osoasă
Episoadele de îngrijire *de o singură zi* (adică internat şi separare în aceeaşi zi) unde pacientul este internat în mod special pentru aspirația măduvei osoase, în vederea procurării celulelor stem ar trebui să aibă un diagnostic principal Z52.3 *Donator măduvă osoasă.*

Episoadele de îngrijiri pe *mai multe zile* (adică separat în ziua de după data internării) în timpul cărora aspirația măduvei osoase pentru procurarea celulelor stem este efectuată, ar trebui să aibă un cod de diagnostic principal al afecțiunii care necesită tratament. Nu este necesară alocarea codului Z52.3 *Donator măduvă osoasă* ca un cod de diagnostic adițional.

13700-00 [801] *Procurarea măduvei osoase pentru transplant* ar trebui să fie alocat ca un cod de procedură.

Transplant

Complexitatea transplantului celulei stem este legată de tipul de donator. Codurile de procedură pentru diferitele tipuri de donatori sunt după cum urmează :

Tipul de donator	Codurile procedurii	
Pacientul însuşi (autolog)	13706-07 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem autologe, fără procesare in vitro*
	SAU	
	13706-08 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem autologe, cu procesare in vitro*
Familie compatibilă	13706-00 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogenice, donator compatibil, fără procesare in vitro*
	SAU	
	13706-06 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogenice, donator compatibil, cu procesare in vitro*
Singenic (gemeni identici)	13706-00 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogenice, donator compatibil, fără procesare in vitro*
	SAU	
	13706-06 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogenice, donator compatibil, cu procesare in vitro*
Familie incompatibilă	13706-09 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem aloganice, alt donator, fără procesare in vitro*
	SAU	
	13706-10 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem aloganice, alt donator, cu procesare in vitro*
Compatibilitate neînrudită	13706-09 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem aloganice, alt donator, fără procesare in vitro*
	SAU	
	13706-10 [802]	*Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem aloganice, alt donator, cu procesare in vitro*

0302 TRANSFUZII DE SÂNGE

Transfuziile de sânge şi infuzările de produse de sânge ar trebui să fie codificare **ori de câte ori** se efectuează. Transfuziile multiple ale aceluiaş produs de sânge, în cadrul aceluiaşi episod de îngrijiri, ar trebui să fie reflectate numai de un singur cod de procedură. Dacă se face transfuzia mai multor tipuri de produse de sânge decât unul singur într-un episod de îngrijiri, ar trebui să fie alocate coduri adecvate pentru acele produse diferite.

EXEMPLUL 1:
Pacient căruia i se face o transfuzie cu concentrat celular de 3 ori în timpul unui episod de îngrijiri.

Alocați	13706-02 [1893]	*Transfuzie de concentrat celular* numai o dată

EXEMPLUL 2:
Pacient căruia i se face o transfuzie cu concentrat celular şi gammaglobulină în timpul unui episod de îngrijiri

Alocați	13706-02 [1893]	*Transfuzie de concentrat celular* şi
	13706-05 [1893]	*Transfuzia de gammaglobulină*

0303 PROFIL ANORMAL AL COAGULĂRII

Pacienții folosind agenți anticoagulanți deseori necesită internarea în spital pentru stabilizarea preoperatorie sau postoperatorie a nivelelor anticoagulante (warfarine). În mod similar, când nivelele anticoagulante nu controlează o afecțiune sau dacă nivelele anticoagulante necesită o ajustare, poate fi necesară o internare în spital.

Clasificare

În cazurile în care pacienții sunt admişi pentru stabilizarea nivelelor anticoagulante (de ex.: warfarină, heparină, clexane sau fragmin) înaintea unei intervenții chirurgicale sau când durata de spitalizare a unui pacient este extinsă pentru stabilizare postoperatorie, alocați Z92.1 *Antecedent personal de utilizarea (actuală) pe termen lung de anticoagulante* ca un cod adițional. În cazurile în care pacienții sunt internați pentru tratamentul profilului de coagulare anormal (de asemenea cunoscut ca INR instabil, supra efect warfarină, sub efect warfarină, timp prelungit de sângerare, timp anormal de sângerare etc.) alocați D68.3 *Tulburări hemoragice datorită anticoagulantelor circulante.*

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacient cu anticoagulanți pe termen lung, internat cu o zi înainte de TURP pentru heparinizare.

Cod:	Z92.1	*Antecedent personal de utilizarea (actuală) pe termen lung de anticoagulante* (ca un cod adițional)

EXEMPLUL 2: (VEZI DE ASEMENEA **SC 1902** ***Efectele adverse ale medicamentelor*****, pag. 235**)
Diagnostic: Pacient pe warfarină pentru fibrilație atrială internat cu toxicitate warfarină cauzată de epistaxis.

Coduri:	D68.3	*Tulburări hemoragice datorită anticoagulantelor circulante*
	R04.0	*Epistaxis*
	Y44.2	*Anticoagulante cauzând efecte adverse în folosire terapeutică*

Un cod pentru un loc adecvat al producerii (Y92.-).

EXEMPLUL 3: (VEZI SI **SC 1901** O***trăvire*****, pag. 235**)
Diagnostic: Domn în vârstă internat pentru că a luat o doză incorectă de warfarină având ca rezultat supra efect de warfarină.

Coduri:	T45.5	*Otrăvire prin anticoagulante*
	D68.3	*Tulburări hemoragice datorită anticoagulantelor circulante*
	X44	*Intoxicații accidentale prin şi la expunere la alte medicamente şi substanțe biologice nespecificate*

Un cod pentru un loc adecvat al producerii (Y92.-) şi un cod de activitate (U73.-).

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Un pacient cu istoric de DVT, tratat cu warfarină în ultimii 2 ani este internat pentru CABG. Externarea a fost întârziată în timp ce warfarina a fost stabilizată post intervenție chirurgicală.

Cod:	Z92.1	*Antecedent personal de utilizarea (actuală) pe termen lung de anticoagulante* (ca un cod adițional)

4 BOLILE ENDOCRINE, DE NUTRIȚIE ŞI METABOLISM

0401 DIABET MELLITUS ŞI REGLEMENTAREA INTOLERANȚEI LA GLUCOZĂ

REGLAREA INTOLERANȚEI LA GLUCOZĂ (IGR)

Toleranța scăzută la glucoză (IGT) şi toleranța scăzută a glicemiei pe nemâncate (IFG) se referă la stările metabolice anormale care sunt intermediare între homeostaza normală a glucozei şi diabet. IGR poate evolua spre diabet , să rămână static sau să treacă la normal.

IGT este definită ca un nivel al glucozei plasmatice recoltată pe nemâncate sub 6,9 mmol/L şi cu un nivel al glucozei plasmatice de 7,8–11,0 mmol/L la un interval de 2 ore după administrarea unei cantități de glucoză*, în timp ce IFG este definită ca un nivel al glucozei plasmatice pe nemâncate între 6,1–6,9 mmol/L.

Pacienții cu IGR par a fi înclinați către complicații majore cardiovasculare ca cele cu diabet mellitus.

DIABET MELLITUS

În Clasificarea revăzută a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind diabetul mellitus (1999), acesta a fost categorizat după etiologie şi/sau patogeneză. Fiecare tip are trăsături speciale care au implicații pentru îngrijirea pacientului.

Tipurile de diabet mellitus sunt în această clasificare:

- **Diabet tip 1**
  la care ne-am referit anterior ca diabet mellitus insulino-dependent (IDDM)
- **Diabet tip 2**
  la care ne-am referit anterior ca diabet mellitus non-insulino-dependent (NIDDM)
- **Alte tipuri specificate de diabet**
  (include diabetul secundar la alte tulburări)
- **Diabet gestațional**

Această clasificare include afecțiunile (deseori denumite 'complicații') care se produc de obicei CU diabet mellitus sau IGR. Aceste afecțiuni pot sau nu pot să fie cauzate de către tulburări metabolice, totuşi prezența unei relații cauză-efect nu afectează alocarea codului.

Principiile generale de clasificare în diabetul mellitus sunt:

*** În plus față de codul(rile) de diabet de la E10–E14, alocați coduri de la alte capitole atunci când este necesar, pentru a descrie complet diagnosticul clinic.**

*** Numai afecțiunile indexate la 'Diabet, diabetic' pot fi clasificate la categoriile 'cu complicații' de la E10–E14.**

*** TOATE complicațiile curente ale diabetului ar trebui să fie codificate pentru a reflecta corect severitatea fiecărui caz de diabet. Aceasta poate necesita un număr de coduri care să fie alocate.**

*** Când tipul de diabet nu este specificat, mai ales la pacienții sub vârsta de 40 de ani, ar trebui să se clarifice mai departe împreună cu clinicianul înainte de a aloca un cod de la E14.- D*iabet mellitus nespecificat.***

* Conform recomandărilor OMS se folosesc 75gr glucoză anhidră pulvis dizolvată în 250-300 ml apă (n.n.).

Diabetul tip 1 este caracterizat prin distrugerea autoimună a insulelor de celule care produc insulină ducând la insuficiență de insulină şi de obicei la o totală absență a producției de insulină. Este forma predominantă de diabet care se produce înainte de vârsta de 30 de ani, dar se poate produce la orice vârstă. Într-adevăr majoritatea pacienților cu diabet tip 1 din comunitate va fi mai mare de 40 de ani. O minoritate de pacienți (la care ne putem referi şi ca 'Diabet tip1b') nu au auto-anticorpi detectabili. Deoarece diabetul tip 2 cuprinde peste 85% din toate cazurile de diabet, tipul 1 la pacienții mai în vârstă este un tip mai puțin comun.

Un număr mic dar semnificativ de pacienți mai în vârstă dezvoltă deseori un diabet tip 1 cu o dezvoltare mai graduală decât apare în mod obişnuit la indivizii mai tineri. Ne putem referi la acest grup ca la un diabet autoimun latent la adulți (LADA).

Pacienții cu diabetul tip 1 sunt înclinați către ketoză şi necesită terapie cu insulină pentru supraviețuire.

'Luna de miere'

Pacienții cu diabet tip 1 imediat după diagnosticare pot trece printr-o perioadă variabilă (deseori scurtă) când necesitățile tratamentului cu insulină pentru menținerea nivelelor acceptabile ale zahărului în sânge scad semnificativ. Într-adevăr, în unele cazuri, nici o terapie cu insulină nu poate fi necesară; această fază de remisiune temporară se numeşte deseori 'luna de miere', dar nu invalidează clasificarea diabetului la asemenea pacienți ca fiind de tip 1.

Diabet tip 2 este un sindrom heterogen şi rezultă din contribuțiile diferite ale secreției defectuoase de insulină şi rezistența la insulină. Este forma predominantă a diabetului, mai ales la anumite grupuri etnice din Australia cum ar fi:

- Aborigenii australieni şi insularii din Torres Strait,
- Insularii din Oceanul Pacific şi Oceanul Indian,
- indivizii din Asia, India subcontinentală şi Orientul Mijlociu.

La aceste populații diabetul tip 1 este relativ neobişnuit chiar prin comparație cu populațiile caucaziene.

Vârsta la debutul diabetului tip 2 scade, probabil ca un rezultat al creşterii prevalenței supragreutății şi indivizilor obezi, cu toate că unii copii şi adolescenți afectați au o greutate normală. Indivizii cu diabetul tip 2 din aceste grupe de vârstă diferă de cazurile MODY (vezi mai jos) din moment ce ei sunt rezistenți la insulină în mod obişnuit şi le lipsesc efectele genetice identificabile în cazurile MODY. Se estimează că din cauza acestei incidențe şi prevalențe crescute, pacienții cu diabet tip 2 din aceste grupe de vârstă pot să întreacă în curând ca număr indivizii cu diabet tip 1.

Terapia cu insulină

Terapia cu insulină pentru pacienți în vederea controlului diabetului tip 2 şi a altor tipuri specifice de diabet cărora nu li se administrează în mod obişnuit insulină, este extrem de obişnuită în spitalele unde pacienții sunt internați din alte motive, de exemplu boală nu necesar asociată cu diabet, traumă sau pentru intervenție chirurgicală sau alte proceduri. În mod adițional, în practica clinică, peste 30% din pacienții cu diabet tip 2 primesc numai terapie cu insulină sau în combinație cu agenți orali hipoglicemici.

Notă: Tratamentul prin terapia cu insulină nu determină tipul de diabet şi nu evidențiază dependența de insulină.

Alte tipuri specifice de diabet **(incluzând diabet secundar față de alte tulburări)**

Acestea includ:

- Defecte genetice ale funcționării celulelor beta
- Defecte genetice ale acțiunii insulinei
- Bolile pancreatice exocrine
- Infecții
- Endocrinopatii
- Diabet indus de medicamente sau indus chimic
- Boli mediate de sistemul imunitar
- Alte sindroame genetice uneori asociate cu diabet.

CLASIFICARE
Când sunt documentate alte tipuri specifice de diabet, codificați la E13.- şi alocați de asemenea codul adecvat pentru tulburarea de bază sau sindromul genetic asociat.

Când este secundar față de tulburarea de bază sau se asociază cu sindromul genetic, IGR documentat ar trebui să fie codificat la E09.- *Reglementarea intoleranței la glucoză*, iar un cod adițional adecvat ar trebui să fie alocat pentru tulburarea de bază sau pentru sindromul genetic asociat.

Defecte genetice

Acest grup de tulburări include defectele rare ale funcționării celulelor beta care afectează secreția insulinei şi disfuncția localizărilor receptorilor de insulină afectând acțiunea insulinei (rezistență la insulină).

Diabet cu debut matur care apare la tineri (MODY) este restricționat la cazurile cu defecte monogenice specifice ale funcționării celulelor beta care provoacă intoleranță la secreția insulinei cu tulburare minimă sau deloc a rezistenței insulinei, adică acțiune normală insulinică.

Boli pancreatice exocrine

Multe forme ale bolii pancreatice exocrine pot duce la diabet sau IGR. Acestea includ îndepărtarea chirurgicală a țesutului pancreatic, neoplazia (adenocarcinom pancreatic), trauma, pancreatita acută şi cronică, pancreatopatia fibrocalculoasă, boala pancreatică cu insuficiență proteinică, hemocromatoza, fibroza cistică şi betathalassemia majoră.

CLASIFICARE
Când pancreatectomia totală sau parțială provoacă diabet sau IGR, diabetul sau IGR-ul care rezultă ar trebui să fie codificate la E89.1 *Hipoinsulinemia postprocedurală* şi nu la E13 sau E09 pentru episodul de îngrijiri în timpul căruia a fost efectuată intervenția chirurgicală. Consecutiv, pacienții internați pentru alte motive decât sechele postchirurgicale ar trebui să fie codificați adecvat la E13 sau E09.

Infecții

Diabetul poate fi cauzat de virus în mod direct distrugând insulele pancreatice sau prin inducerea mecanismelor autoimune care distrug insulele. Aceşti viruşi includ parotidita epidemică, Coxsackie B, retroviruşii, rubeola (mai ales congenitală sau infecție intrauterină), cytomegalovirus (CMV) şi virusul Epstein-Barr (EBV).

Notă: Hiperglicemia poate fi evidentă în timpul stresului multor infecții, dar dacă este tranzitorie nu reflectă în mod necesar diabetul (vezi SC 0403 *Hiperglicemia*, pag. 101) după cum OMS-ul specifică condiții adecvate pentru efectuarea testelor de diagnostic la diabet/IGR, al căror rezultat poate fi invalidat de boala intercurentă.

Endocrinopatiile

Diabetul sau IGR asociate cu rezistența la insulină se dezvoltă deseori în boala Cushing, acromegalia, Sindromul lui Conn, glucagonomul, somatostatinomul, hipertiroidia, phaeochromocytomul, hipersecreția de androgen ovarian şi sindromul ovarian polichistic (PCOS). Homeostaza normală a glucozei poate fi refăcută după tratarea cu succes a unora dintre aceste afecțiuni.

Indus medicamentos sau indus chimic

Diabetul sau IGR pot fi cauzate de o varietate de medicamente folosite în mod obişnuit incluzând corticosteroizi, estrogeni, tiroxină (hormon tiroidian), diuretice tiazidice, agonişti alfa-adrenoreceptori, dilantin, acid nicotinic şi agonişti beta-adrenoreceptori. Homeostaza normală a glucozei poate fi refăcută după încetarea medicației.

Unele medicamente incluzând diazoxid, somatostatin, ciclosporin, alfa-interferon şi pentamidin şi anumite produse chimice, de ex.: Vacor (un rodenticid), provoacă în mod caracteristic diabet necesitând terapie cu insulină pe viață.

CLASIFICARE
Când diabetul sau IGR sunt induse medicamentos sau sunt induse chimic, alocați codul adecvat E13.- sau E09.- şi un cod adițional pentru cauza externă (Capitolul XX) pentru a identifica medicamentul sau produsul chimic implicate.

Boli mediate de sistemul imunitar

Diabetul poate fi asociat cu un număr de boli ale imunității, de exemplu boala celiacă, boala Addison, boala tiroidă autoimună (mixedemul datorită tiroiditei Hashimoto sau bolii Graves), sindromul I şi II autoimun poliglandular, artrita reumatoidă şi sindromul Stiff Man şi în cele mai multe cazuri, necesită tratament cu insulină.

Sindroame genetice

Numeroasele tulburări genetice cu defecte genetice identificate, asociate cu diabet sau IGR, sunt toate rare. Diabetul poate fi evidențiat la o vârstă timpurie, de ex.: sindromul Alström, sindromul Lawrence-Moon-Biedl, pseudo-sindromul Refsum, sindromul Werner, sindromul Prader-Willi, distrofia con progresivă, sindromul Turner şi sindromul Down.

CLASIFICARE
În sindromul Prader-Willi (Q87.14) obezitatea datorită hiperfagiei vorace este o trăsătură invariabilă care nu trebuie să fie codificată separat.

Notă: Unele tulburări specifice sunt asociate în mod obişnuit mai mult cu IGR decât cu diabetul. Printre acestea sunt anumite sindroame genetice şi endocrinopatii incluzând sindromul Turner, sindromul Klinefelter, sindoamele MEN 2a şi 2b, sindromul Cockayne, sindromul Prader-Willi, achrondroplazia, sindromul Down şi phaeochromocitomul ereditar.

Diabet mellitus complicând sarcina

Diabetul mellitus aproape întotdeauna complică sarcina. Starea de sarcină poate destabiliza diabetul care poate fi motivul principal pentru îngrijiri obstetrice.

CLASIFICARE
Diabetul mellitus care complică sarcina este clasificat la categoria O24 *Diabet mellitus în cursul sarcinii.*

O24.0 *Diabet mellitus preexistent, tip 1, în sarcină*
O24.1- *Diabet mellitus preexistent, tip 2, în sarcină*
O24.2- *Diabet mellitus preexistent, alt tip specificat, în sarcină*
O24.3- *Diabet mellitus preexistent, alt tip nespecificat, în sarcină*

Aceste coduri ar trebui să fie alocate acelor femei diagnosticate cu diabet **care precede** sarcina.

Când diabetul preexistent cu complicații este prezent în timpul sarcinii, alocați codul(rile) adiționale adecvate de la E10–E14.

Diabetul gestațional

În timpul sarcinii OMS-ul împarte în categorii de diabet orice grad al intoleranței la glucoză într-un test condus corect privind toleranța la glucoză şi nu distinge IGR.

Diabetul gestațional care a devenit evident nu mai târziu de a 24-a săptămână de sarcină, nu poate fi diferențiat de intoleranța la glucoză sau de diabetul tip 2 diagnosticat mai întâi în acea fază a sarcinii. Chiar la acele femei cu diabet gestațional a căror toleranță la glucoză revine la normal după naştere (cel mai obişnuit scenariu întâlnit), riscul dezvoltării ulterioare a diabetului tip 2 creşte progresiv afectând majoritatea acestor femei, mai ales pe cele care rămân supraponderale sau obeze şi/sau inactive fizic.

CLASIFICARE
O24.4- *Diabet mellitus survenit în timpul sarcinii* este adecvat acolo unde IGR sau diabetul este mai întâi depistat prin testul de toleranță la glucoză având în vedere criteriile OMS, nu mai târziu de a 24-a săptămână de sarcină. Acolo unde există îndoială privind momentul debutului care poate reflecta un diabet nediagnosticat, dar preexistent, unor asemenea cazuri ar trebui să li se acorde codul O24.9- *Diabet mellitus în sarcină, debut nespecificat*.

Dacă IGR a fost confirmat înaintea sarcinii, alocați un cod de la subcategoria E09 *Reglementarea toleranței la glucoză.*

Diabetul gestațional poate reveni într-o sarcină următoare şi când aceasta se produce, alocați un cod pentru diabetul gestațional cu Z87.5 *Istoric personal al complicațiilor sarcinii, naşterii şi lăuziei* ordonat direct după el.

Afecțiuni neonatale asociate cu diabetul matern

Clinicienii diagnostichează rareori diabetul mellitus neonatal tranzitoriu P70.2 *Diabet mellitus neonatal*, şi nu folosesc în mod obişnuit termenul de 'pseudo-diabet'. Când aceşti termeni sunt folosiți, clinicianului ar trebui să i se ceară să confirme caracterul lor adecvat pentru a le distinge de diabetul diagnosticat în perioada neonatală, un lucru rar el însuşi.

Se produce deseori o descreştere ocazională a zahărului în sânge la nou-născuții din mame diabetice şi, de obicei, se atribuie afecțiunii materne.

CLASIFICARE
Sunt posibile două alocări de coduri pentru nou-născutul cu o asemenea descreştere ocazională a zahărului din sânge atribuită diabetului matern:

P70.0 *Sindromul copilului cu mamă cu diabet gestațional*
P70.1 *Sindromul copilului cu mamă diabetică*

Aceste diagnostice ar trebui să fie clarificate împreună cu clinicianul şi confirmate de rapoarte de laborator. Când nu sunt alte informații disponibile privind durata diabetului mamei (adică diabet preexistent diagnosticat mai întâi în timpul sarcinii sau gestațional), alocați codul P70.1 *Sindromul copilului cu mamă diabetică.*

Terapia cu insulină în sarcină

Terapia cu insulină este folosită de obicei pentru controlul adecvat al tuturor tipurilor de diabet în sarcină (preexistent sau gestațional) deoarece în practica curentă clinică folosirea agenților hipoglicemici orali în timpul sarcinii este considerată, în general, inoportună, cu toate că în circumstanțe speciale folosirea lor poate fi justificată de specialistul curant.

CLASIFICARE
Pentru codurile O24.1–O24.9 subdiviziunile cu cinci caractere urmează să fie alocate pentru a indica dacă pacientul a fost tratat cu insulină (.1) sau tratat fără insulină (.2)

Sindromul metabolic/sindromul rezistenței la insulină

Majoritatea pacienților cu IGR, diabet tip 2 şi multe tipuri specifice de diabet sunt supraponderali sau obezi şi, atât hipertensiunea, cât şi hiperlipidemia (mai precis denumită dislipidemia) sunt deseori combinate mai degrabă la aceşti pacienți decât la populația generală. O combinație a acestor tulburări, care sunt asociate cu rezistența la insulină şi/sau hiperinsulinism, contribuie la boala macrovasculară şi de aici la riscul unei boli majore cardiovasculare. Când această îmbinare este prezentă, ne referim la ea printr-un număr de termeni incluzând 'sindromul metabolic', 'sindromul X' sau 'sindromul rezistenței la insulină'.

Alte componente ale aşa-numitului 'sindrom metabolic' au fost descrise (de ex.: hiperuricemia, tulburări de coagulare etc.) dar ele nu au fost aprofundate din necesitatea de a introduce într-o categorie acest sindrom.

Obezitate/Supraponderal

Depunerea grăsimii viscerale este foarte importantă în inducerea rezistenței la insulină asociată cu diabet sau IGR, şi când este confirmată, este asociată cu obezitatea care este tipic centrală (abdominală) în distribuție.

Clasificarea OMS a 'supraponderabilității' şi 'obezității' este după cum urmează:

- Supraponderal (gradul 1 de obezitate) este definit ca BMI (indicele masei corporale) de 25–29.9 kg/m2
- Obezitate (gradul 2) este definită ca BMI 30–39.9kg/m2
- 'Obezitate morbidă' (gradul 3) este definită ca BMI > 40kg/m2

Aceste şiruri de BMI se aplică postpubertal persoanelor caucaziene. Pentru pacienții copii şi adolescenții prepubertali, standardele specifice de vârstă ar trebui să fie consultate şi/sau clinicianului ar trebui să i se ceară să clarifice încadrarea obezității/supraponderalității.

În practică distribuția grăsimii anormale şi excesive poate fi de asemenea măsurată prin 'indicele talie-şold' (WHR) unde WHR anormal este > 0.90 la bărbați şi > 0.85 la femei.

Hipertensiune

Hipertensiunea este definită ca fiind presiunea sângelui fixă depăşind 140/90 mm Hg.

Dislipidemia

Caracteristica dislipidemiei este atribuită rezistenței la insulină exprimată printr-o creştere pe nemâncate a trigliceridelor (1.7 mmol/l) şi scăderii fracției HDL-colesterol (0.9 mmol/l pentru bărbați, 1.0 mmol/l pentru femei).

Unii pacienți cu diabet sau IGR pot avea de asemenea anormalități documentate ale lipidelor necaracteristice rezistenței la insulină, incluzând 'hipercolesterolemia' necalificată.

Acanthosis nigricans

Acanthosis nigricans este o tulburare a pielii asociată în mod caracteristic stărilor de rezistență la insulină (mai ales congenitală) şi nu diabetului tip 1.

Notă: Cu toate că sindromul ovarian polichistic (PCOS) şi hipersecreția androgenilor ovarieni sunt asociați în mod clasic cu rezistența la insulină, aceste tulburări sunt, de obicei, catalogate ca endocrinopatii (vezi *Alte tipuri de diabet specificate*, pag. 88) şi ar trebui să li se aloce codurile E13.- *Alte forme de diabet mellitus specificate* sau E09.1- *Intoleranța la glucoză cu trăsături de rezistență la insulină,* după cum este cazul.

Clasificare

E1-.72 **Diabet mellitus cu trăsături de rezistență la insulină* sau E09.1 *Intoleranța la glucoză cu trăsături de rezistență la insulină,* după cum este cazul ar trebui să fie alocate când:

1. 'Rezistența la insulină' este confirmată prin măsurători de laborator
   SAU
2. Depozitul de grăsime viscerală crescut este documentat şi/sau confirmat prin studii imagistice sau în timpul intervențiilor chirurgicale abdominale
   SAU
3. Una sau mai multe dintre următoarele afecțiuni este documentată cu diabet mellitus:
   - acanthosis nigricans
   - dislipidemia (creşterea pe nemâncate a trigliceridelor şi scăderea fracției HDL-colesterol)
   - hiperinsulinism
   - obezitate – numai când aceste criterii sunt documentate:
     BMI > 30 kg/m2
     SAU
     WHR > 0.95 la bărbați
     > 0.80 la femei

SAU

4. Hipertensiunea este documentată **în plus** față de oricare dintre afecțiunile de la punctul 3

SAU

5. Hipertensiunea este documentată **cu** 'obezitate' neclasificată.

Codurile adiționale de diagnostic ar trebui să fie alocate pentru obezitate, hipertensiune, hiperinsulinism, acanthosis nigricans sau dislipidemia după cum este cazul.

Notă: Când 'obezitatea' neclasificată (E66.-), hipertensiunea (I10) **sau** altă tulburare lipidică (E78.-) este/sunt documentat(e) cu diabet mellitus sau IGR şi nici unul dintre criteriile de mai sus nu se întâlnesc, alocați codul adecvat pentru diabet sau IGR cu aceste afecțiuni drept diagnostice adiționale.

În mod obişnuit nu există nici un cod specific în ICD pentru sindromul metabolic/sindromul rezistenței la insulină **fără** diabet sau IGR; în această situație ar trebui să fie codificată separat fiecare tulburare componentă documentată (de ex.: dislipidemia caracteristică, acanthosis nigricans etc.).

COMPLICAȚII ÎN DIABET - ACUTE

Complicații metabolice acute

Diabet cu ketoacidoză (DKA) apare rar la pacienții care nu sunt dependenți de insulină pentru a supraviețui, cu toate că el poate fi observat la alți pacienți diabetici cu sepsis sever sau infecții. Aceste determinări sunt glicozuria 4+, ketonuria gravă, hiperglicemia, acidoza metabolică (pH scăzut al sângelui arterial şi nivel scăzut plasmatic al bicarbonatului). Clinicienii rareori măsoară nivelele ketonei în sânge (ketonemia) pentru a confirma diabetul cu ketoacidoză DKA.

DKA deseori se manifestă prin somnolență şi letargie, dar rar o stare comatoasă, şi în consecință ar trebui să se aloce rar codul E1-.12 **Diabet mellitus cu ketoacidoză, cu comă.*

Pacienții cu ketoacidoză pot avea un grad de hiperosmolaritate, dar aceasta nu afectează codul folosit (E1-.1-).

CLASIFICARE

Dacă ketoacidoza este aparentă în diabet, alocați E1-.1- **Diabet cu ketoacidoză…* şi un cod de diagnostic adițional E87.0 *Hiperosmolaritate şi hipernatremie*, dacă hiperosmolaritatea este de asemenea documentată.

Acolo unde DKA apare ca un rezultat al non-complianței cu tratamentul prescris de insulină, asemenea comportament ar trebui să fie codificat (vezi SC 0517, *Non-complianța cu tratamentul*, pag. 111).

Diabetul cu hiperosmolaritate care se prezintă ca o comă non-ketotică hiperglicemică hiperosmolară (NKHHC) apare de cele mai multe ori la pacienții **mai în** vârstă şi este rar la pacienții cu diabet tip 1.

Acidoza lactică (E1-.13 *Diabet mellitus cu acidoză lactică, fără comă*, E1-.14 **Diabet mellitus cu acidoză lactică, cu comă*) se dezvoltă de cele mai multe ori la pacienții cu sepsis sever sau tulburări severe datorită utilizării alcoolului, sau indivizii cu insuficiență semnificativă renală sau hepatică sau boală cardiacă ce provoacă colaps circulator datorită faptului că a fost tratat anterior cu un hipoglicemiant oral de tip metformin.

CLASIFICARE

În puține cazuri de acidoză diabetică, pot apare împreună ketoacidoza şi acidoza lactică. În acesta cazuri alocați :

E1-.15 **Diabet mellitus, cu ketoacidoză, cu acidoză lactică, fără comă*

SAU

E1-.16 ** Diabet mellitus, cu ketoacidoză, cu acidoză lactică, cu comă*

Diabet pentru stabilizare

Pacienții, care necesită stabilizarea diabetului slab controlat, includ persoane pentru inițierea terapiei cu insulină care sunt considerate 'eşec la tratament secundar' cu agenți orali hipoglicemici. În ciuda controlului glicemic nestabil sau slab aceşti pacienți, prin definiție, **nu** sunt ketotici. Un asemenea diabet slab controlat poate să nu fie

în mod necesar motivul principal pentru internare în spital. La unii pacienți boala intercurentă, care cauzează în special deshidratare sau tulburarea nutriției normale (de ex.: tulburări gastro-intestinale), poate fi factor important care contribuie la controlul metabolic instabil sau slab şi pot rezulta greață şi vomă de la hiperglicemie.

Folosirea temporară a insulinei în situații cum ar fi:
- pacienții care suferă o intervenție chirurgicală sau altă procedură, **sau**
- în timpul controlului altor tulburări medicale

n-ar trebui să fie inclusă în această categorie a celor necontrolate. În consecință folosirea insulinei în această situație nu indică în mod necesar diabet instabil.

Nivelul zahărului în sânge la un pacient cu diabet în momentul internării nu ar trebui să fie folosit exclusiv pentru evaluarea controlului diabetic. Mai degrabă termenii 'necontrolat' sau 'slab controlat' vor fi în general determinați de către clincian într-o trecere retrospectivă în revistă a întregii situații medicale a pacientului, a istoricului recent şi a episodului de îngrijiri curent.

CLASIFICARE
Acolo unde există documentație privind termenii 'instabil', 'pentru stabilizare', 'necontrolat', 'slab controlat' sau 'control slab', ar trebui să fie alocat codul E1-.65 **Diabet mellitus cu control slab* ca diagnostic principal sau adițional după cum este cazul.

Pacienții din această categorie pot avea complicații diabetice recunoscute, şi când acestea sunt documentate ar trebui să fie alocat un cod adițional adecvat de la E10–E14.

Reacții la insulină şi reacții hipoglicemice

Hipoglicemia

În timpul episoadelor de hipoglicemie pacienții se pot prezenta cu comă şi/sau convulsii şi tremurături care nu semnifică epilepsie.

CLASIFICARE
Episoadele hipoglicemice, care se produc fie din prescrierea incorectă sau administrarea improprie a insulinei sau agenților orali hipoglicemici, ar trebui să fie codificate după cum urmează:

Diagnostic principal:	E1-.64	**Diabet mellitus cu hipoglicemie*
Diagnostic adițional:	T38.3	*Intoxicația prin insulină şi hipoglicemiante orale [antidiabetice]*
Cauza externă:	X44	*Intoxicații accidentale prin şi la expunere la alte medicamente şi substanțe biologice nespecificate*

Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) şi un cod de activitate (U73.-)

Episoadele hipoglicemice, datorite insulinei sau agenților hipoglicemici unde dozajul este corect sau este ajustat ar trebui să fie codificate după cum urmează:

Diagnostic principal:	E1-.64	** Diabet mellitus cu hipoglicemie*
Cauza externă:	Y42.3	*Insulina şi hipoglicemiante orale [antidiabetice]*

Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-)

Când hipoglicemia se produce în tulburările secreției pancreatice interne (categoria E16. *Alte tulburări ale secreției interne pancreatice* exceptând E16.3 *Hipersecreția de glucagon* sau E16.8 *Alte tulburări precizate ale secreției interne pancreatice*), cu diabet alocați codul adecvat E13 cu un cod adițional de la E16.-

Reacția anticorpilor la insulină

CLASIFICARE
Pentru a codifica episoadele hipoglicemice secundare la anticorpii de insulină, alocați:

Diagnostic principal:	E1-.64	** Diabet mellitus cu hipoglicemie*
Cauza externă:	Y42.3	*Insulina şi hipoglicemiante orale [antidiabetice]*

Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-)

COMPLICAȚII ÎN DIABETUL CRONIC

Complicații renale

Rata de filtrare glomerulară (GFR) este indexul cel mai precis al funcției renale şi poate fi grav tulburată înainte să crească creatinina serică deasupra nivelelor normale. Clearance-ul creatininei tinde să supraestimeze GFR. În diabetul fără complicații aparente renale GFR poate fi normală sau ridicată. În nefropatia incipientă GFR poate să înceapă să scadă iar în nefropatia stabilită este deseori redusă la 10–50% din normal. În ultima fază a bolii renale GFR este < 10%, reflectând de obicei necesitatea terapiei renale de înlocuire.

GFR poate fi estimată folosind ecuația Cockroft-Gault:

$$\frac{(140 - \text{Vârsta în ani}) \times \text{Greutatea corporală (kg)}}{814 \times \text{Creatinina serică (mmol/L)}} \times 0.85 \text{ (pentru femei)}$$

Limite normale: bărbați 100–150 mls/min/1.73m2, femei 85–130 mls/min/1.73m2

Notă: **Aceste criterii pot fi folosite de către clinicieni, nu de către codificatorii clinici.** Codificatorii ar trebui să aloce E1-.22 **Diabet cu nefropatie diabetică stabilită* şi E1-.23 **Diabet cu boală renală în fază finală [ESRD]* bazate pe documentația clinică numai a afecțiunilor .

Codificarea precisă a complicațiilor renale poate fi dificilă din cauza incidenței crescute a hipertensiunii la pacienții cu diabet. Hipertensiunea ea însăşi poate cauza sau rezulta din complicațiile renale şi deseori apare pentru prima dată în nefropatia diabetică. Asemenea dificultăți în interpretare, acolo unde ele apar, ar trebui să fie discutate cu clinicianul respectiv.

Nefropatia diabetică incipientă

Microalbuminuria constantă sau persistentă este amprenta nefropatiei diabetice incipiente. Ea se referă la excreția de albumină crescută deasupra normalului, dar mai puțin decât pragul proteinuriei clinice sau persistente, (macroalbuminuria) care se defineşte drept excreția proteinei urinare depăşind 0.5g/24 ore (din care aproximativ 50% este în forma albuminei).

Microalbuminuria constantă sau persistentă este definită ca:

- excreția albuminei urinare 20–200 micrograme/min (sau mg/24 ore) în 3 eşantioane de urină consecutive din timpul nopții,
  SAU
- 20–300 micrograme/min (sau mg/24 ore) în 3 eşantioane de urină consecutive randomizate,
  SAU
- un coeficient albumină: creatinină (mg/mmol) măsurate pe 3 eşantioane randomizate din timpul nopții, sau eşantioane de urină pe 24 ore, în limitele 1.9–28 mg/mmol pentru bărbați şi 2.8–40 mg/mmol pentru femei.

Pacienții cu nefropatie diabetică incipientă au de obicei GFR crescut sau normal. Microalbuminuria poate fi redusă sau complet inversată prin tratament.

Când microalbuminuria este documentată fără a fi calificată ca persistentă sau constantă, clinicianul ar trebui să fie consultat pentru clarificări.

CLASIFICARE
Înregistrarea microalbuminuriei 'constantă' sau 'persistentă' este o documentație suficientă pentru a sprijini alocarea codului E1-.21 * *Diabet cu nefropatie diabetică incipientă.*

Notă: Microalbuminuria tranzițională poate să apară în timpul infecțiilor tractului urinar sau ca răspuns la exercițiul fizic.

Microalbuminuria este considerată un element de predicție important pentru majoritatea sechelelor cardiovasculare ale diabetului.

Nefropatie diabetică stabilită şi boala renală în fază finală

Clinicienii nu folosesc de obicei termenii de 'nefrită' sau 'nefroză' diabetice cu toate că atunci când sunt folosiți, aceşti termeni ar trebui să fie codificați la E1-.22 **Diabet mellitus cu nefropatie diabetică stabilită.* Ei preferă termenul 'boala (insuficiență) renală în fază finală' față de 'insuficiența cronică renală' sau 'deterioare cronică renală'.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Nefropatie diabetică la un bărbat în vârstă de 54 de ani cu diabet mellitus tip 1
Cod: E10.22 *Diabet mellitus tip 1 cu nefropatie diabetică stabilită*

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Sindrom nefrotic cu insuficiență renală în fază finală în diabet mellitus tip 1
Cod: E10.23 *Diabet mellitus tip 1 cu boală renală în fază finală [ESRD]*
N04.9 *Sindrom nefrotic, nespecificat*

CLASIFICARE
Când sunt documentate schimbările nefropatiei diabetice clasificabile la mai mult de un singur cod (E1-.21, E1-.22, E1-.23), ar trebui să fie codificat numai stadiul cel mai avansat.

Insuficiență renală acută

Insuficiența renală acută în diabet (care poate fi reversibilă) poate fi precipitată de boli care includ elemente ce cauzează deshidratare şi de către utilizarea de soluții concentrate intravenoase pentru a obține contraste de imagini radiologice, în special când pacientul a avut restricții de hidratare. Aceasta poate să apară cu o probabilitate mai mare când nefropatia diabetică este deja prezentă.

Când se dezvoltă insuficiența renală acută în diabet, în aceste circumstanțe codificați după cum urmează:
E1-.29 **Diabet cu alte complicații renale specificate*
N17.9 *Insuficiența renală acută, nespecificata*
Y57.5 *Produs de contrast în radiologie cauzând efecte adverse în utilizare terapeutică*
Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-)

CLASIFICARE
Când nefropatia diabetică preexistentă este documentată cu insuficiență renală acută, alocați atât codul E1-*.29 * Diabet cu alte complicații renale specificate,* cât şi codul relevant E1-. 2- pentru nefropatie.

Boala ochiului diabetic

Retinopatia diabetică

Când retinopatia diabetică este documentată şi există un indiciu al pierderii vederii, cazul ar trebui să fie clarificat mai departe cu medicul curant pentru prezența edemului retinal (macular).

CLASIFICARE
Când boala ochiului diabetic a dus la orbire sau la scăderea vederii, ar trebui să fie alocat un cod adițional H54.- *Orbire şi scăderea văzului*.

Când sunt documentate schimbările retinopatiei diabetice clasificabile la mai mult de un singur cod (E1-.31, E1-.33, E1-.35), ar trebui să fie codificat numai stadiul cel mai avansat.

Cataracte

Diabetul poate cauza cataracte, dar această relație este deseori dificil de stabilit, cu toate că medicul poate să confirme o asemenea relație cauzală. Originea cataractelor 'senile' la pacienții cu diabet este discutabilă.

CLASIFICARE
E1-.36 **Diabet mellitus cu cataractă diabetică* ar trebui să fie alocat numai când clinicianul a indicat o relație cauzală între cataracte şi diabet. Această relație poate fi documentată drept 'cataractă diabetică' sau 'cataractă datorită diabetului'.

Când nu este indicată o relație cauzală, cataractele la pacienții diabetici ar trebui să primească codul E1-.*39 *Diabet mellitus cu altă complicație oftalmică specificată* cu un cod adițional adecvat pentru tipul de cataractă (de ex.: H25.- *Cataractă senilă,* H26.- *Altă cataractă*).

Alte tulburări ale ochiului

În diabet există o incidență crescută a ocluziei arterei retiniene, ocluziei venei retiniene şi infarctului discului optic (neuropatia optică ischemică).

CLASIFICARE
Aceste tulburări ar trebui să fie codificate la E1-.39 * *Diabet mellitus cu altă complicație oftalmică specificată* cu coduri pentru diagnostice adiționale:

• ocluzia arterei retiniene	H34.2	*Alte ocluzii ale unor artere retiniene*
• ocluzia venei retiniene	H34.8	*Alte ocluzii vasculare retiniene*
• neuropatia optică ischemică	H47.0	*Afecțiuni ale nervului optic neclasificate la alte locuri*

Neuropatia diabetică

Neuropatiile periferice craniene şi autonome sunt complicații cronice ale diabetului şi se pot dezvolta în diferite combinații la acelaşi pacient; neuropatia periferică este de obicei deja prezentă la pacienții care dezvoltă neuropatie autonomă.

CLASIFICARE
Când sunt documentate diferite tipuri de nefropatie clasificabile la mai mult de un singur cod (E1-.41, E1-.43), ar trebui să fie codificat fiecare tip.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Diabet mellitus tip 2 cu vezică biliară hipotonică şi paralizia nervului cranian motor ocular

Coduri:	E11.43	*Diabet mellitus tip 2 cu nefropatie autonomă*
	N31.2	*Vezică neurogenă flască, neclasată la alte locuri*
	E11.41	*Diabet mellitus tip 2 cu mononeuropatie diabetică*
	H49.0	*Paralizia nervului motor ocular (III)*

Neurită insulinică (sau stabilizarea neuropatiei) este o afecțiune a cărei patogeneză este mai puțin înțeleasă, descriind simptomele neuropatiei ce se produc în timpul fazei de inițiere a terapiei cu insulină pentru stabilizarea diabetului şi se poate rezolva spontan.

Diareea diabetică este o formă distinctă a diareei care poate deveni mai aparentă sau se poate intensifica în timpul episoadelor controlului metabolic slab. Când se înregistrează fără alte trăsături ale nefropatiei autonome clasificabile la E1-.43 * *Diabet mellitus cu nefropatie autonomă,* desemnarea ei ar trebui să fie confirmată împreună cu clinicianul respectiv.

Aritmiile cardiace (mai ales în timpul anesteziei generale) şi **stopul respirator** (R09.2) apar mai ales la pacienții diabetici cu neuropatie autonomă.

Complicații circulatorii în diabet

Boala vasculară periferică (angiopatia) şi diabetul/IGR

Relația precisă patogenică dintre ateroscleroza care afectează vasele mari de sânge (boala macrovasculară) şi diabet sau IGR nu este stabilită în mod clar. Asemenea boală ocluzivă poate rezulta din ateroscleroza accelerată

atribuită rezistenței la insulină, asociată cu hipertensiunea sau hiperlipidemia (dislipidemia) şi este promovată mai departe prin folosirea tutunului.

CLASIFICARE

Codurile relevante pentru bolile vasculare periferice cu diabet mellitus sunt după cum urmează:

E1-.51 **Diabet cu angiopatie periferică, fără gangrenă*

E1-.52 * *Diabet cu angiopatie periferică, cu gangrenă*

Codurile relevante pentru intoleranța la glucoză sunt după cum urmează:

E09.01 *Reglarea intoleranței la glucoză cu angiopatie periferică, fără gangrenă*

E09.02 *Reglarea intoleranței la glucoză cu angiopatie periferică, cu gangrenă*

Folosirea tutunului ar trebui să fie codificată (vezi SC 0503 *Tulburări ale folosirii medicamentelor, alcoolului şi tutunului*, pag. 105).

Cardiomiopatia ischemică diabetică (E1-.53)

O formă distinctă a cardiomiopatiei ischemice, fără ateroscleroza aparentă care afectează vasele mari de sânge, se poate produce la pacienții diabetici.

Piciorul diabetic

Aceste termen este folosit pentru a defini pacienții diabetici cu un ulcer sau infecție a piciorului cu complicații periferice şi/sau neurologice şi/sau alți factori clinici distincți. Aceşti pacienți cu 'picior diabetic' vor avea un ulcer şi/sau infecție în categoria 1 de mai jos şi **o afecțiune din cel puțin una dintre categoriile 2–5 care urmează**:

1. Infecție şi/sau ulcer

Diabet cu leziune ulceroasă a piciorului	E1-.69
Abces cutanat, furuncul şi carbuncul al membrelor	L02.4
Celulita degetului	L03.02
Celulită a părții inferioare a piciorului	L03.11
Ulcerația de decubitus	L89

2. Boala vasculară periferică

Diabet cu angiopatie periferică, fără gangrenă	E1-.51
Diabet cu angiopatie periferică, cu gangrenă	E1-.52

3. Neuropatie periferică

Diabet cu polineuropatie diabetică	E1-.42
Diabet cu neuropatie autonomă diabetică	E1-.43
Diabet cu edem neuropatic	E1-.43
Diabet cu artropatia Charcot	E1-.61
Diabet cu osteopatie diabetică	E1-.61
Diabet cu complicații microvasculare multiple (numai când una din afecțiuni este clasificabilă la E1-.4-)	E1-.71

4. Afecțiuni provocând diformitate şi 'îngreunare' excesivă

Diabet cu edem neuropatic	E1-.43
Diabet cu artropatia Charcot	E1-.61
Diabet cu osteopatie diabetică	E1-.61
Callus	L84
Hallux valgus (dobândit)	M20.1
Hallux rigidus	M20.2
Alte deformații de hallux (dobândite)	M20.3
Alte deformații sub formă de ciocan ale degetului(lor)de la picior (dobândite)	M20.4
Alte deformații ale degetului(lor)de la picior (dobândite)	M20.5
Deformația în flexiune a gleznei şi piciorului	M21.27
Pumn şi picior atârnat (dobândit), gleznă şi picior	M21.37

Picior plat [pes planus] (dobândit)	M21.4
Mână şi picior sub formă de măciucă sau în gheară (dobândit), gleznă şi picior	M21.57
Alte deformități dobândite ale gleznei şi piciorului	M21.67
Alte deformități dobândite specificate ale membrelor inferioare, gleznă şi picior	M21.87

5. Amputație(i) anterioară

Absența dobândită a piciorului şi gleznei	Z89.4
Absența dobândită a unui membru inferior sub genunchi	Z89.5
Absența dobândită a unui membru inferior peste genunchi	Z89.6
Absența dobândită a celor două membre inferioare (orice nivel numai cu excepția degetelor)	Z89.7

CLASIFICARE
Alocați E1-.73 **Diabet cu leziune ulceroasă a piciorului datorit unor cauze multiple* când:

- 'piciorul diabetic' este documentat în foaia clinică, **sau**
- când sunt întâlnite criteriile de mai sus

Codurile adiționale pentru complicațiile specifice (ex.: polineuropatie (G62.9), angiopatie periferică (I70.2-), celulita degetului (L03.02)) ar trebui să fie alocate.

Ulcerațiile piciorului în diabet

Prezența ulcerațiilor diabetice ale extremității inferioare prin ele însele nu semnifică în mod necesar 'picior diabetic'. De aceea când etiologia unei ulcerații a piciorului unui pacient diabetic este neclară, clinicianul va trebui consultat pentru alte clarificări.

CLASIFICARE
Ulcerația diabetică a extremității inferioare primeşte următorul cod:

E1-.69 **Diabet mellitus cu alte complicații specificate*
L97 *Ulcerația membrului inferior neclasată în alte locuri*

***Notă:* E1-.73 ***Diabet mellitus cu ulcerație de picior datorită cauzelor multiple* nu ar trebui să fie alocat pentru ulcerație de picior, deoarece acest cod este folosit pentru afecțiunea 'picior diabetic' (vezi mai sus).**

Complicațiile subcutanate şi ale pielii în diabet

Afecțiunile specificate la E1-.62 **Diabet mellitus cu complicație a pielii şi țesutului subcutanat* sunt recunoscute drept complicații ale diabetului şi de cele mai multe ori reflectă implicarea microvasculară, în care caz ele vor fi deseori asociate cu prezența altor complicații microvasculare (de ex.: neuropatia, retinopatia, nefropatia).

Diabetul şi complicațiile periodontale

Abcesul acut periodontal şi periodontit (dar nu şi alte boli periodontale şi ale gingiei clasificabile la K05 *Gingivita şi bolile periodontale*) sunt recunoscute ca şi complicații ale diabetului.

Diabetul cu complicații multiple microvasculare

CLASIFICARE
E1-.71 **Diabet mellitus cu multiple complicații microvasculare* ar trebui să fie alocat atunci când pacientul prezintă **afecțiunile clasificabile la două sau mai multe din următoarele cinci categorii**:

1. Complicații renale (E1-.2-)
2. Complicații oftalmice (E1-.3-)

3. Complicații neurologice (E1-.4-)
4. Cardiomiopatie ischemică diabetică (E1-.53)
5. Una dintre următoarele complicații ale pielii şi țesutului subcutanat (E1-.62):
   - diabetică:
     - bule (bullosis diabeticorum)
     - dermopatie (pete pe piele)
     - eritem
     - erizipelul
   - necrobioză lipoidică diabetică [NLD]
   - telangiectazie periunghială

Alocați E1-.71 ca diagnostic principal numai atunci când niciuna dintre complicațiile microvasculare nu este întâlnită în definiția diagnosticului principal.

Şi codurile adiționale pentru complicațiile microvasculare specifice ar trebui să fie alocate.

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Pacient internat pentru tratamentul nefropatiei diabetice tip 2. Pacientul are de asemenea ischemie retiniană atribuită diabetului.

Coduri:	E11.22	*Diabet mellitus tip 2 cu nefropatie diabetică stabilită*
	E11.71	*Diabet mellitus tip 2 cu multiple complicații microvasculare*
	H34.2	*Alte ocluzii ale arterei retiniene*

În conformitate cu SC 0001 *Diagnostice principale*, E11.22 este alocat ca şi diagnostic principal.

EXEMPLUL 5:
Diagnostic: Pacient internat cu diabet tip 1 cu complicații ale sindromului nefrotic, ischemie retiniană şi neuropatie femurală.

Coduri:	E10.71	*Diabet mellitus tip 1 cu multiple complicații microvasculare*
	N04 .9	*Sindrom nefrotic nespecificat*
	H34.2	*Alte ocluzii ale arterei retiniene*
	G58.9	*Mononeuropatia, nespecificată*

Cum nici o complicație diabetică nu este motiv pentru internare, E10.71 este alocat ca diagnostic principal.

Afecțiuni eradicate în diabet

Când o complicație a diabetului a fost eradicată, adesea ca un rezultat al unor intervenții chirugicale, se alocă codul de la secțiunea cea mai adecvată a diabetului 'alte complicații specificate'. Nu alocați codul specific pentru manifestarea (complicația) care a fost eradicată.

EXEMPLUL 1:
Un pacient cu un istoric de diabet mellitus tip 2 cu nefropatie tratată prin transplant de rinichi.

	E11.29	*Diabet mellitus tip 2 cu alte complicații renale specifice*
	Z94.0	*Starea transplantului de rinichi*

EXEMPLUL 2:
Un pacient cu un istoric de cataractă diabetică tip 1 îndepărtată anterior prin inserție de IOL.

	E10.39	*Diabet mellitus tip 1 cu alte complicații oftalmice specificate*
	Z96.1	*Prezența de implant intraocular*

SCREENING PENTRU DIABET

CLASIFICARE
Z13.1 *Screening special pentru diabet mellitus* ar trebui să fie alocat ca un cod de diagnostic principal atunci când pacientul este internat în mod special pentru screening iar diabetul sau IGR sunt excluse. În cazurile screeningului din cauza unui istoric familal de diabet, un cod adițional Z83.3 *Istoric familial de diabet mellitus* ar trebui adăugat.

EDUCAȚIA ÎN DIABET

CLASIFICARE
Pentru internările în vederea educației privind diabetul, alocați un cod de diagnostic principal de la E10–E14 *Diabet mellitus* şi un cod adițional de la Z71.8 *Alte forme de consiliere specificate*.

0402 FIBROZĂ CHISTICĂ

Fibroza chistică ar trebui să fie codificată cu un cod adecvat de la E84.- *Fibroza chistică* urmat de un cod pentru orice manifestare specificată. Notați că E84.8 *Fibroza chistică cu alte manifestări* include cazuri cu manifestări combinate.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacient internat pentru reducerea diafizei tibiei fracturate ca urmare a unei căderi de pe scară. Pacientul este, de asemenea, tratat pentru bronşiectazie asociată cu fibroză chistică.

Coduri:	S82.28	*Altă fractură a diafizei tibiei*
	W11	*Cădere pe sau de pe scară (mobilă)*
	Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) şi un cod de activitate (U50–U73)	
	E84.0	*Fibroza chistică cu manifestări pulmonare*
	J47	*Bronşiectazie*

0403 HIPERGLICEMIA

Înainte ca acestei observații să i se aloce un cod R73 *Nivelul ridicat al glucozei în sânge*, clinicianul ar trebui să fie întrebat pentru a exclude un diagnostic posibil de diabet mellitus sau IGR.

Hiperglicemia tranzitorie poate fi evidentă în timpul stressului bolii incluzând infecții, dar nu reflectă în mod necesar diabetul sau IGR, aşa cum OMS precizează că acestea creează condiții pentru efectuarea testelor de diagnostic în diabet/IGR, ale căror rezultate pot fi invalidate prin asemenea boli intercurente .[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Boli endocrine, nutriționale şi metabolice.

5 TULBURĂRI MENTALE ŞI DE COMPORTAMENT

0503 TULBURĂRI ALE CONSUMULUI DE MEDICAMENTE, ALCOOL ŞI TUTUN

Definiție

Termenul 'tulburare de consum' poate fi folosit pentru a descrie oricare dintre următoarele tulburări de consum:

- intoxicații acute
- utilizare nocivă **sau**
- dependență

Blocul F10–F19 *Tulburări mentale şi de comportament datorite folosirii substanțelor psihoactive* are al patrulea caracter care specifică starea clinică a pacientului.

Notați **că nu toate codurile cu al patrulea caracter se aplică la toate substanțele. Codificatorul clinic ar trebui să se ghideze după documentarea clinică atunci când alocă al patrulea caracter.**

Următoarele definiții din *ICD-10-AM* şi *ICD-10 Clasificația Tulburărilor Mentale şi de Comportament – Descriere clinică şi Ghiduri de Diagnostic* OMS (1992) sunt recomandate pentru a veni în ajutorul unei înțelegeri mai bune a următoarelor afecțiuni:

Intoxicația acută

"O afecțiune care urmează administrării unei substanțe psihoactive concretizată în tulburări la nivelul conştienței, cunoaşterii, percepției, afectelor ori comportamentului, sau alte funcții şi răspunsuri psihofiziologice. Tulburările se datorează direct efectelor farmacologice acute ale substanței şi sunt înlăturate în timp, cu recuperare completă, exceptând distrugerea țesutului sau alte complicații care au intervenit ."

Utilizare nocivă

"Un tipar de folosire a substanței psihoactive care provoacă deteriorarea sănătății. Deteriorarea poate fi fizică (ca în cazul hepatitelor datorite auto-administrării de substanțe psihoactive) sau mentală (de ex.: episoade de tulburări depresive care urmează unui consum mare de alcool). … Utilizarea nocivă nu ar trebui să fie diagnosticată dacă sindromul de dependență (F1–.2), o tulburare psihică (F1–.5), sau o altă formă specifică de tulburare relativ la medicamente sau alcool este prezentă pentru aceeaşi substanță în aceeaşi perioadă de timp."

Sindrom de dependență

"Un grup fenomene comportamentale, cognitive şi fiziologice dezvoltate după un consum repetat de substanțe şi care include tipic o dorință puternică de a lua medicamente, dificultăți în controlul folosirii acestora, persistența în folosirea lor în ciuda consecințelor dăunătoare, o prioritate mai mare acordată folosirii medicamentelor decât altor activități şi obligații, toleranță crescută şi unori o stare de sevraj fizic."

Clasificare

Intoxicația acută

'Intoxicația acută' (0) poate fi alocată ÎMPREUNĂ CU alte coduri cu patru caractere de la F10–F19. De exemplu, persoanele care au mai multe probleme persistente legate de alcool sau medicament, cum ar fi folosirea dăunătoare, (F1–.1), sindromul de dependență (F1–.2) sau tulburări psihotice, (F1–.5) pot avea de asemenea episoade de intoxicații acute.

Utilizare nocivă

Alocați al patrulea caracter la 1 dacă clinicianul s-a documentat clar asupra relației dintre condiția(ile) particulare şi consumul de alcool/medicamente.

Asemenea documentaţie include declaraţii calificante aşa cum este 'indus de alcool' sau 'legat de medicamente' indicând o dovadă că folosirea substanţei a fost responsabilă pentru (sau contribuie în mod substanţial la) deteriorarea fizică şi psihologică.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Un pacient este diagnosticat cu pancreatită acută datorită alcoolului.

Coduri:	K85	*Pancreatita acută*
	F10.1	*Tulburări mentale şi de comportament datorite consumului de alcool, utilizare nocivă*

Notaţi referitor la definiţia de mai sus că **al patrulea caracter de la '1' nu poate fi alocat** dacă o tulburare specifică datorită medicamentelor/alcoolului este prezentă, mai ales sindromul de dependenţă sau o tulburare psihotică.

Reguli generale de clasificare

- Descrierile cum ar fi 'băutor social' sau 'băutor înrăit' n-ar trebui să fie codificate.

- Când mai mult decât una dintre tulburările 'intoxicaţia acută', 'dependenţa' sau 'utilizarea nocivă' sunt documentate, alocaţi codurile potrivite cu descrierile lor.

EXEMPLUL 2:
Un pacient este tratat de intoxicaţie acută suprapusă pe sindromul dependenţei de alcool. Alocaţi mai întâi codul pentru intoxicaţia acută (F10.0 *Tulburări mentale şi de comportament datorite consumului de alcool, intoxicaţie acută*) cu un cod de diagnostic adiţional F10.2 *Tulburări mentale şi de comportament datorite consumului de alcool, sindromul de dependenţă.*

- Categoriile F10–F19 exclud pacienţii care folosesc nivele neautorizate de medicamente prescrise sau neprescrise când sunt documentate ca 'supradoză'. Cazurile de 'supradoză' ar trebui să fie codificate la codul potrivit de otrăvire din lista cu medicamente şi substanţe chimice. Vezi de asemenea SC 0530 *Supradoza de medicamente* la pag. 112.

- *Când nu sunt disponibile o documentaţie clară şi acordul clinic şi de aceea culegerea informaţiilor vitale privind alcoolul/medicamentele clasificabile la al patrulea caracter specific de la F10–F19 pot fi pierdute, alocaţi al patrulea caracter la '1' (utilizare nocivă)* ***CA O ULTIMĂ RESURSĂ*** *pentru terminologia nespecifică cum ar fi 'abuzul' sau 'tulburare de utilizare'.*

Tulburări ale consumului de tutun

Aceste coduri ar trebui să fie alocate ca diagnostice adiţionale pentru toate cazurile în care este prevăzută documentaţia **corespunzătoare** privind consumul de tutun.

Consumul de tutun poate fi clasificat la unul dintre următoarele coduri:

Z86.43 Istoric personal faţă de tulburările datorite consumului de tutun

Alocaţi codul dacă se ştie că pacientul a fumat (orice cantitate) în trecut, dar excluzând ultima lună.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Un pacient în vârstă de 40 de ani diagnosticat cu bronşită cronică are un istoric de renunţare la fumat cu 3 luni înainte de internare, după ce a fumat de la vârsta de 15 ani.

Coduri:	J42	*Bronşită cronică nespecificată*
	Z86.43	*Istoric personal de tulburări datorite consumului de tutun*

Z72.0 Tabagism

Alocaţi acest cod dacă documentaţia cuprinde următoarele:

1. Pacientul a fumat (orice cantitate) în ultima lună.

2. Există o documentație a 'folosirii cu un risc' a tutunului. Folosirea cu un risc este definită ca un tipar de folosire a substanței care creşte riscul consecințelor dăunătoare pentru utilizator. În acelaşi timp, în contrast cu folosirea dăunătoare, folosirea cu un risc se referă şi la o utilizare a fumatului care are şi semnificație de sănătate publică în ciuda absenței oricărei tulburări curente la utilizator.

   Z72.0 include documentația de 'fumător'. Acest cod ar trebui să fie alocat numai când nu există suficientă informație disponibilă pentru a aloca F17.2 (Sindromul de dependență față de tutun) sau F17.1 (Utilizarea nocivă a tutunului).

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Un fumător în vârstă de 40 de ani este diagnosticat cu sindromul canalului carpian.

Coduri:	G56.0	*Sindromul canalului carpian*
	Z72.0	*Tabagism*

F17.1 Utilizarea nocivă a tutunului

Alocați acest cod dacă clinicianul s-a documentat **în mod clar** asupra relației dintre o condiție(i) specială şi fumat.

Asemenea documentație include condiții calificate ca 'legate de tutun' indicând dovada că folosirea substanței a fost responsabilă pentru (sau contribuie în mod substanțial la) deteriorarea fizică sau psihologică.

Acest cod nu ar trebui să fie alocat dacă sindromul de dependență de tutun este documentat.

EXEMPLUL 5:
Diagnostic: Un pacient în vârstă de 65 de ani are un istoric de 40 de țigări fumate pe zi de la vârsta de 15 ani până la 51 de ani când a renunțat. Pacientul este diagnosticat la internare cu emfizem legat de fumat.

Coduri:	J43.9	*Emfizem, nespecificat*
	F17.1	*Tulburări mentale şi de comportament datorite folosirii tutunului, utilizare nocivă*
	X	**Z86.43 nu ar trebui să fie alocat**

EXEMPLUL 6:
Diagnostic: Bronşită cronică datorită fumatului la o persoană de 29 de ani.

Coduri:	J42	*Bronşită cronică nespecificată*
	F17.1	*Tulburări mentale şi de comportament datorite folosirii tutunului, utilizare nocivă*
	X	**Z72.0 nu ar trebui să fie alocat**

F17.2 Sindromul dependenței de tutun

Alocați acest cod dacă pacientul este diagnosticat ca având 'sindromul dependenței de tutun'.

EXEMPLUL 7:
Diagnostic: Un pacient internat pentru tratamentul limitării cronice a căilor respiratorii şi vene varicoase la piciorul stâng. Pacientul are un sindrom de dependență de tutun şi nu a fumat în ultima săptămână. Această dependență este evidențiată de către starea de sevraj curentă, o dorință puternică de a continua fumatul şi continuarea fumatului în ultimele şase luni în ciuda faptului că a fost avertizat că fumatul are efecte dăunătoare asupra sănătății lui.

Coduri:	J44.9	*Boală pulmonară obstructivă cronică, nespecificată*
	I83.9	*Vene varicoase ale membrelor inferioare fără mențiunea de ulcer sau inflamație*

F17.2	*Tulburări mentale şi de comportament datorite folosirii tutunului, sindromul de dependență*
F17.3	*Tulburări mentale şi de comportament datorite folosirii tutunului, stare de sevraj*

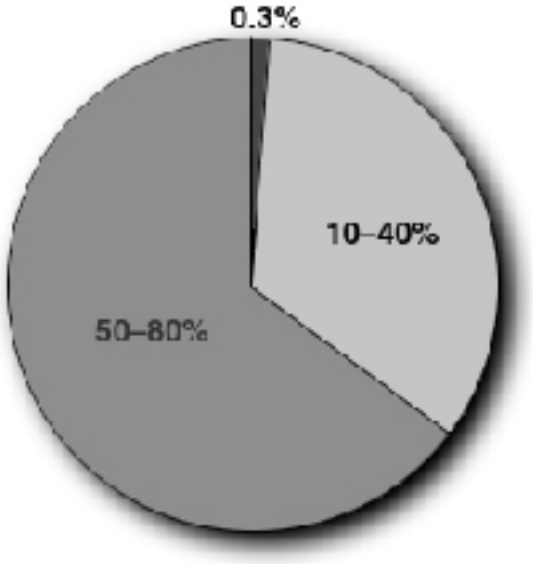
0505 BOALA MENTALĂ CARE COMPLICĂ SARCINA

Alocați O99.3 *Tulburări mentale şi bolile sistemului nervos complicând sarcina, naşterea şi lăuzia* cu un cod de boală mentală specific ordonat ca un diagnostic. **Notați că acest cod exclude depresia postnatală.**

Depresia postnatală

Depresia postnatală este un diagnostic nespecific care se referă la orice depresie ce apare în perioada de 42 de zile după lăuzie (perioada postnatală).

"Starea postnatală cuprinde o varietate de tulburări de comportament şi stări pe care o mamă le poate experimenta la începutul perioadei de postpartum. Acestea includ un spectru de probleme de la cele uşoare la cele severe, de la 'baby blues' către boala psihotică floridă. Între ele se găseşte depresia postnatală care nu este în mod strict un termen medical. … De asemenea, este definită în mod diferit de către diverşi profesionişti provocând uneori controverse considerabile. Unele dintre denumirele de diagnostic oferite de către clinicieni le includ pe cele listate în tabelul 1 şi, din cauza punctelor de vedere diferite, ratele prevalenței citate variază de asemenea mult…



Tabel 1

Prevalența problemelor postnatale de sănătate mintală

- Psihoze **(0.3%)**

- Depresie postnatală (PND) care include **(10–40%)**:
  - anxietate şi neuroză depresivă (sau mixtă)
  - depresie majoră
  - depresie minoră
  - distimia
  - tulburări de ajustare
  - tulburări de stress posttraumatic
  - tulburări de personalitate

- 'Blues'… **(50–80%)**

Depresia postnatală trebuie să fie diferențiată de reacțiile normale la procesele şi tribulațiile noii maternități."
Barnett, B. and Fowler, C. (1995) *Caring for the family's future*. Haymarket. Norman Swan Medical Communications.

Clasificare

Dacă tipul de depresie este specificat şi clasificabil la capitolul sănătății mentale, codul adecvat ar trebui să fie alocat de preferință la F53.0.

Dacă un cod pentru specificarea tipului de depresie este alocat de la categoria F32 *Episod depresiv*, un al cincilea caracter va indica dacă depresia s-a produs în perioada postnatală.

F53.0 *Tulburări mentale şi de comportament uşoare, asociate cu puerperium neclasificate altundeva* ar trebui să fie alocat **numai când tipul de depresie nu este documentat sau nu poate fi clasificat altundeva**. Depresia postnatală documentată cu debutul după perioada postnatală ar trebui să fie discutată cu clinicianul.

Nota de la categoria F53 *Tulburări mentale şi de comportament, asociate cu puerperium neclasificate altundeva* arată că "Această categorie include numai tulburările mentale asociate cu puerperium (începute în primele şase săptămâni de la naştere)…". Dacă, totuşi, un diagnostic de *depresie postnatală* este documentat fără altă calificare, în orice episod până la un an după naştere, codul F53.0 poate fi încă alocat.

A. Naştere sau episod de îngrijire puerperal

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacientă cu un nou-născut viu prin naştere vaginală spontană. Diagnosticul a fost depresie postnatală. S-a căutat o altă calificare a acestui termen, dar nu a putut fi găsită.

Coduri:	O80	*Naştere unică spontană*
	F53.0	*Tulburări mentale şi de comportament uşoare, asociate cu puerperium neclasificate altundeva*
	Z37.0	*Naştere unică a unui născut viu*
	90467-00 [1336]	*Naşterea spontană în prezentație craniană (cod opțional)*

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Pacientă cu nou-născuți gemeni vii prin cezariană electivă segmento-transversală cu anestezie intravenoasă generală pentru prezentație anormală. În timpul următoarei săptămâni s-a simțit deprimată şi a plâns. Un consult psihiatric a diagnosticat postpartum blues.

Coduri:	O32.5	*Îngrijiri acordate mamei pentru o sarcină multiplă cu prezentație anormală a unuia sau mai multor fețI*
	F53.8	*Alte ulburări mentale şi de comportament uşoare, asociate cu puerperium neclasificate altundeva*
	Z37.2	*Naştere gemelară, gemeni născuți vii*
	16520-02 [1340]	*Cezariană electivă segmento-transversală*
	92514-XX [1910]	*Anestezie generală*

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Pacientă internată la 36 de săptămâni pentru odihnă la pat şi antidepresive pentru exacerbarea depresiei ei majore. În timpul aceluiaşi episod pacienta a născut prin naştere vaginală spontană un nou-născut viu la 39 de săptămâni.

Coduri:	O99.3	*Tulburări mentale şi bolile sistemului nervos, complicând sarcina, naşterea şi lăuzia*
	F32.20	*Episod depresiv sever fără simptome psihotice, nespecificat ca producându-se în perioada postnatală*
	Z37.0	*Naştere unică a unui născut viu*
	90467-00 [1336]	*Naşterea spontană în prezentație craniană (cod opțional)*

B. Episoade de îngrijiri (după naştere şi episoade puerperale) până la un an după naştere

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Pacientă internată la 6 luni după naştere cu depresie postnatală. Externată 4 săptămâni mai târziu. Nu a putut fi obținută altă calificare privind tipul de depresie.
Cod: F53.0 *Tulburări mentale şi de comportament uşoare, asociate cu puerperium neclasificate altundeva*

EXEMPLUL 5:
Diagnostic: Pacientă internată la 6 luni după naştere cu un diagnostic provizoriu de depresie postnatală şi este diagnosticată cu depresie majoră. Externată 4 săptămâni mai târziu.
Cod: F32.21 *Episod depresiv sever fără simptome psihotice, producându-se în perioada postnatală*

0506 ADAPTARE/REACȚIE DEPRESIVĂ

Depresia NOS

Înaintea alocării codului F32.9 *Episod depresiv, nespecificat* codificatorii clinici ar trebui să discute cu clinicienii pentru clarificare şi o specificitate mai mare.

Acolo unde 'depresia' este fie diagnostic principal, fie este tratată cu terapie electroconvulsivă, clinicianul ar trebui să fie întrebat pentru a clarifica dacă depresia este **majoră**:

F32.- *Episod depresiv*
sau
F33.- *Tulburare depresivă recurentă*

Depresie majoră

Pentru depresia majoră caracterizată printr-un singur episod major depresiv, alocați F32.- *Episod depresiv.*

Pentru depresia majoră caracterizată prin mai mult decât un singur episod depresiv major, alocați F33.- *Tulburare depresivă recurentă.*

0511 ATACURI DE PANICĂ CU FOBIE

Atât atacurile de panică (F41.0 *Tulburare de panică [anxietate episodică paroxistică]*) cât şi fobia ar trebui codificate cu fobia (F40.-) ordonată prima.

Notă: Acest standard exclude categoria F40.0 *Agorafobia* care are al cincilea caracter şi care denotă tulburare cu panică (F40.01 *Agorafobia cu tulburare de panică*) şi fără tulburare de panică (F40.00 *Agorafobia fără menționarea tulburării de panică*). Toate celelalte fobii cu atacuri de panică ar trebui să primească cele două coduri de mai sus.

0512 TULBURARE DE PERSONALITATE/TRĂSĂTURI

Acolo unde se pune un diagnostic al trăsăturii personalității (de ex.: trăsătură paranoică) clinicianul ar trebui să fie întrebat pentru a confirma dacă diagnosticul este cu adevărat o tulburare sau o trăsătură. Dacă este o tulburare, atunci ar trebui să fie codificată.

Acolo unde se pune un diagnostic care include un număr de termeni clasificabili la al patrulea caracter care poate fi diferit la F60 *Tulburări specifice ale personalității*, atunci fiecare tulburare este codificată. De exemplu, grupa B a tulburărilor de personalitate se referă la un grup de tulburări de personalitate: antisocială, la limită, histrionică,

sau narcisistică (mai comune, tulburările de personalitate antisociale sau la limită). Tulburarea de personalitate predominantă ar trebui să fie codificată prima, împreună cu orice alte tulburări de personalitate documentate. Acolo unde un diagnostic este pus fără identificarea tulburării de personalitate predominante, clarificați împreună cu clinicianul.

0516 CODURI SOCIALE

Când cazurile de codificare unde diagnosticul principal este o tulburare mentală, codificatorii clinici ar trebui să fie conştienți de coduri după cum urmează:

Z59 *Dificultăți legate de locuință şi de condițiile economice*
Z60 *Dificultăți legate de mediul social*
Z63 *Alte dificultăți legate de anturajul imediat, inclusiv situația familială*
Z64 *Dificultăți legate de unele motive psihosociale*
Z65 *Dificultăți legate de alte motive psihosociale*

Şi alocați aceste coduri drept diagnostice adiționale dacă aceste circumstanțe afectează monitorizarea pacientului în episodul de îngrijire curent în conformitate cu SC 0002 *Diagnostice adiționale*.

0517 NONCOMPLIANȚA LA TRATAMENT

Z91.1 *Antecedente personale de noncomplianță la un tratament medical sau la un regim* ar trebui să fie folosit acolo unde noncomplianța este un factor care precipită o internare. Nu ar trebui să fie folosit ca diagnostic principal.

0520 ISTORIC FAMILIAL AL BOLII MENTALE

Z81.- *Antecedente familiale sau de comportament* nu este niciodată alocat deoarece:

- Este dificil de a constata dacă există de fapt un istoric familial.
- Înregistrarea unui istoric familial de boală mentală ca parte a unei clasificări de diagnostic este considerată a contribui la stigmatizare asociată cu boala mentală.
- Acolo unde un pacient are o tulburare nepsihiatrică, faptul că familia are un istoric de boală mentală nu este relevant.
- Acolo unde un pacient are o tulburare psihiatrică, nu este necesar să se înregistreze dacă familia are sau nu un istoric de boală mentală.
- Acolo unde datele despre familie sunt cerute pentru cercetarea sănătății mentale sau pentru studii epidemiologice, un eşantion reprezentativ ar fi mai adecvat decât colectarea obişnuită de informații care ar fi dificilă.

0521 PACIENT INTERNAT FĂRĂ SEMN DE BOALĂ MENTALĂ

Un pacient involuntar, găsit la examinare a nu avea nici o boală mentală sau alt diagnostic, ar trebui să aibă ca diagnostic principal Z04.6 *Examinare psihiatrică generală la cererea autorităților*. Pentru pacienții voluntari, internați fără semne de boală mentală, codurile Z00.4 *Examinare psihiatrică generală, neclasificată altundeva* şi Z71.1 *Persoană suferind de teama unei boli la care nu s-a pus nici un diagnostic* ar trebui să fie folosite în mod adecvat.

0525 REABILITAREA ŞI DEZINTOXICAREA DE SUBSTANȚE

Folosiți codurile listate la blocul [1872] *Reabilitarea şi dezintoxicarea dependenților de alcool şi droguri* pentru tratamente adecvate cu un cod de diagnostic legat de afecțiune. Codurile Z50.2 *Reabilitarea alcoolicilor* şi Z50.3 *Reabilitarea dependenților de droguri* nu ar trebui să fie alocate pentru episoadele de îngrijire ale pacienților internați.

0526 SINDROMUL MÜNCHAUSEN

Definiție

Sindromul Münchausen se referă la fabricarea repetată a bolii, de obicei acută, dramatică şi convingătoare. Sindromul Münchausen prin mandat este o variantă bizară a sindromului când un copil poate fi folosit ca un pacient surogat. Părintele falsifică istoricul şi poate să facă rău copilului cu droguri, să adauge sânge sau contaminanți bacterieni în specimenele de urină etc. (Berkow, R. (Ed.). (1999). *Manualul Merk de Diagnostic şi Terapie, (a17-a ed.)*

Clasificare

Alocarea codului pentru sindromul Münchausen (F68.1 *Producerea intențională şi simularea simptomelor sau incapacității, fie fizice, fie psihologice [tulburare artificială]*) nu ar fi adecvată în cazul Münchausen prin mandat din moment ce este **părintele pacientului**, nu pacientul care are această afecțiune. Codificarea corectă este:

T74.1 *Sindromul de rele tratamente, abuz fizic*
Y07.01 *Alte sindoame de rele tratamente, de către părinte*

Un cod adecvat al locului producerii (Y92.-) şi cod de activitate (U73.-).

0528 BOALA ALZHEIMER

Când este numai 'boala Alzheimer' documentată mai degrabă decât 'demența Alzheimer', componenta de demență poate fi luată în considerație şi astfel două coduri ar trebui să fie întotdeauna alocate G30.- *Boala Alzheimer* şi F00.-* *Demența în boala Alzheimer.*

0530 SUPRADOZĂ DE MEDICAMENTE

Când o internare este efectuată pentru tratamentul unei supradoze de medicamente şi pacientul urmează să primească tratament pentru o afecțiune psihiatrică asociată în acelaşi episod de îngrijiri[1], supradoza ar trebui să fie ordonată ca diagnostic princopal..

[1]*Notați că în cele mai multe state episodul de îngrijire va continua să fie considerat ca un tip de îngrijire 'acut' (ne referim la Comitetul Național de Date privind Sănătatea*. (2001) *Dicționarul Național de Date de Sănătate*, Versiunea 10, AIHW) *şi de aceea va fi codificat ca un episod de îngrijiri.*

0531 DEFICIENȚA INTELECTUALĂ/INCAPACITATE INTELECTUALĂ

Incapacitate intelectuală

Clinicienii ne-au sfătuit că termenul **incapacitate intelectuală** este folosit ca sinonim al termenului **'retardare mintală'** şi de aceea atunci când acest termen este documentat, ar trebui să fie alocat un cod adecvat de la categoriile F70–F79 *Retardare mentală.* Țineți minte că F79.9 *Întârziere mentală nespecificată, fără menționarea deficienței comportamentului* ar trebui să fie folosit în ultimă instanță. Mai multe informații ar trebui să fie aflate de la medicul curant, pentru a determina întinderea deficienței.

Deficiență intelectuală

În legătură cu termenul **deficiență intelectuală**:

- Dacă afecțiunea este **congenitală**, atunci poate fi alocat un cod de la categoria F70–F79 *Retardare mentală* (încercați să obțineți întinderea deficienței de la medicul curant).
- Dacă afecțiunea este **dobândită**, încercați să găsiți un diagnostic mai definit (adică demență) de la clinician.

0532 DEFICIENȚĂ COGNITIVĂ

Dacă **deficiența cognitivă** este înregistrată, iar alte clarificări ar trebui cerute clinicianului în ceea ce priveşte întinderea deficienței (adică tulburare uşoară de memorie sau pierderea ei ca urmare a unei deteriorări organice a creierului, demență). Dacă aceasta nu este posibilă atunci ar trebui alocat R41.8 *Simptome şi semne referitoare la funcțiile cognitive şi conştiență, alte şi nespecificate*.

F06.7 *Tulburări cognitive uşoare* ar trebui alocat numai când termenii care sprijină diagnosticul sunt documentați. Căile de căutare în index pentru F06.7 sunt:

- **Schimbare**, cognitiv, datorită sau ca urmare a unei afecțiuni medicale generale
- **Tulburare**, cognitiv, uşor
- **Tulburare**, uşor, cognitiv
- **Tulburare**, memorie, uşor, urmând deteriorării organice a creierului
- **Lipsă de**, memorie, uşor, urmând deteriorării organice a creierului
- **Pierdere** (de), memorie, uşor, urmând deteriorării organice a creierului
- **Tulburare de memorie**, lipsă sau pierdere, uşor, urmând deteriorării organice a creierului.

Vă rugăm să notați că aceste sfaturi înlocuiesc pe cel dat de Casemix, DRG şi cartea de codificare clinică pe specialități: Sănătatea Mentală, Medicamente şi Alcool (pag. 19).[1]

0532 (BIS) TULBURĂRI DE DEZVOLTARE PSIHOLOGICĂ PRIVIND VORBIREA ŞI LIMBAJUL

Se codifică la blocul F80 **după ce sunt infirmate diagnosticele care sunt notate cu Exclus** la fiecare cod al acestui bloc şi numai după ce se face o evaluare de către psihiatru sau psiholog specializat în patologia mintală care se înscrie în Foaia de Observație

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Tulburări Mentale şi de Comportament.

6 SISTEMUL NERVOS

0604 ATAC VASCULAR CEREBRAL

1. Obişnuit

'Atacul cerebral vascular' este un termen nespecific. Înainte de a aloca acest cod, încercați să obțineți un diagnostic mai specific, (de ex.: *hemoragie subarahnoidă* (I60), *hemoragie intracerebrală* (I61), *infarct cerebral* (I63)).

Sechela (efect întârziat)

În mod obişnuit, se consideră o sechelă atunci când o deficiență se produce ca rezultat al unei afecțiuni şi, deseori, se produce mai târziu decât afecțiunea inițială (de ex.: scolioza ca urmare a rahitismului). Atacul vascular cerebral diferă prin aceea că deficiențele sunt un rezultat imediat al atacului. De aceea, ar trebui aplicat următorul standard.

EXEMPLUL 1:
Un pacient suferă de infarct cerebral la data de 1/1/00 şi este transferat la o unitate de reabilitare la data de 7/1/00 pentru continuarea reabilitării.

Primului episod (1/1–7/1) îi este alocat codul I63.- (*infarct cerebral*), plus coduri pentru orice deficiență.

Pacient transferat pentru reabilitare ca urmare a unei internări anterioare pentru infarct cerebral. Pacientul suferă de hemipareză şi afazie.

Al doilea apisod:

Coduri:	Z50.-	(*reabilitare*)
	I63.-	(*infarct cerebral*)
	G81.-	(*hemipareză*) **şi**
	R47.0	(*afazie*)

Atunci când pacientul primeşte tratament continuu, indiferent de perioada de timp care a trecut de la atacul vascular cerebral, alocați un cod de la categoriile I60–I64 (boli cerebrovasculare) cu orice coduri aplicabile pentru deficiență (de ex.: hemiplegia).

Codurile I69.- *Sechele ale bolii cerebrovasculare* ar trebui să fie folosite numai când perioada de tratament este completă, dar deficiențele reziduale încă se manifestă şi întrunesc criteriile pentru un diagnostic adițional.

EXEMPLUL 2:
Pacient internat pentru hemicolectomie. Mobilitate afectată de hemipareză reziduală de un atac vascular cerebral anterior. Nu s-a acordat nici un tratament pentru hemipareza reziduală în perioada episodului de îngrijire.

Acordați un cod de diagnostic adițional pentru hemipareză şi I69.- *Sechele ale bolii cerebrovasculare, indicând că nici atacul vascular cerebral, nici hemipareza nu au primit tratament.*

2. Severitate

Ştiințele neurologice CCCG au elaborat o listă a codurilor de diagnostic adițional, care dau unele indicații privind severitatea episodului de atac vascular cerebral. Este interesant de notat că nu deficiențele, cum ar fi hemiplegia, indică în mod necesar dacă un atac este 'sever'. Acest tabel, fiind interesant, este dat aici pentru prima dată, din moment ce afecțiunile listate aici ar fi codificate în mod obişnuit în timpul unui proces teoretic. Totuşi **notați că pentru cazul de atac vascular cerebral, disfagie, incontinență urinară şi incontinență fecală ar trebui să fie alocate coduri numai când se întâlnesc anumite criterii.**

CODURI ADIȚIONALE – ATACUL VASCULAR CEREBRAL	
DIAGNOSTICE ADIȚIONALE	**COD(URI) *ICD-10-AM***
Infecția tractului urinar, localizare nespecificată	N39.0
Pneumopatia prin aspirație	J69.0
Pneumonie	J12.0, J12.1, J12.2, J12.8, J12.9, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8, J18.9
Ulcerații de decubitus şi ale membrului inferior	L89, L97
Embolism pulmonar şi tromboză venoasă	I26.0, I26.8, I26.9, I80.2
Disfagia – *codificată numai când necesită hrănire prin tub naso-gastrică/enterală, sau încă necesită tratament pe mai mult de 7 zile după ce s-a produs atacul vascular cerebral*	R13
Incontinență urinară – *ar trebui să fie alocat numai când incontinența este prezentă la externare sau persistă pentru cel puțin 7 zile*	R32, N39.3, N39.4
Incontinență fecală – *ar trebui să fie alocat numai când incontinența este prezentă la externare sau persistă pentru cel puțin 7 zile*	R15
Retenție urinară	R33
Afazie	R47.0
Septicemie	A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.50, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8, A41.9
Alte boli bacteriene (de ex.: gangrenă)	A30.0, A30.1, A30.2, A30.3, A30.4, A30.5, A30.8, A30.9, A31.0, A31.1, A31.8, A31.9, A32.0, A32.1, A32.7, A32.8, A32.9, A33, A34, A35, A36.0, A36.1, A36.2, A36.3, A36.8, A36.9, A37.0, A37.1, A37.8, A37.9, A38, A39.0, A39.1, A39.2, A39.3, A39.4, A39.5, A39.8, A40.0, A40.1,A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.50, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8, A41.9, A42.0, A42.1, A42.2, A42.7, A42.8, A42.9, A43.0, A43.1, A43.8, A43.9, A44.0, A44.1, A44.8, A44.9, A46, A48.0, A48.1, A48.2, A48.3, A48.4, A48.8, A49.0, A49.1, A49.2, A49.3, A49.8, A49.9, B96.88, R02

3. 'Atac cerebrovascular vechi'

'Atac cerebrovascular vechi' – atenție ar trebui să fie acordată atunci când se codifică acest diagnostic care este neadecvat şi eronat, putând să însemne fie că:

1. Pacientul are un istoric de accident vascular cerebral fără deficiențe neurologice acum prezente, **fie că**
2. Este încă prezent un istoric al atacului vascular cerebral **cu** deficiențe neurologice.

În (2), deficitul neurologic este codificat ca şi I69.- *Sechelă a bolii cerebrovasculare* atunci când deficiențele întrunesc criteriile pentru diagnostice adiționale *(vezi* SC 0002 *Diagnostice adiționale*, pag. 9*).*

Nu alocați un cod I69.- singur, adică ar trebui întotdeauna să fie precedat de un cod care să indice un efect târziu al manifestării (de ex.: hemipareza, afazia).

0605 ÎNTINDEREA ATACULUI VASCULAR CEREBRAL

Codificați întinderea atacului vascular cerebral ca un alt infarct cerebral sau atac vascular cerebral (I60–I64 *Bolile cerebrovasculare*) dacă nu este furnizată specificitatea.

0606 AFAZIA/DISFAZIA

Afazia nu ar trebui să fie alocată ca şi cod de diagnostic principal într-un episod acut de îngrijiri. 'Disfazia' ar trebui să fie discutată împreună cu clinicianul dacă această terminomogie este inacceptabilă.

0612 CHIRURGIA BAZEI CRANIULUI

Managementul chirurgical al leziunilor (aşa cum sunt glomus jugular, menangiom, fibrosarcom, displazia fibroasă) implicând chirurgia bazei craniului (baza fosei anterioare, de mijloc şi posterioare), de cele mai multe ori necesită îndemânarea a mai multor neurochirurgi sau un număr de chirurgi de diferite specialități, care să lucreze împreună sau în tandem în timpul sesiunii de operație.

Aceste proceduri implică craniotomia, retracția creierului, izolarea sau rezecția tumorii şi, deseori, reconstrucția osoasă.

Pentru a evita infecțiile serioase aşa cum este osteomielita şi/sau meningita, aceste proceduri nu sunt de obicei stadializate din cauza necesității pentru închiderea definitivă a durei, țesutului subcutanat şi pielii.

ICD-10-AM are două blocuri pentru chirurgia bazei craniului:
[17] *Chirurgia bazei craniului pentru tumoră* **şi**
[18] *Chirurgia bazei craniului pentru leziune vasculară*

0624 DISREFLEXIA AUTONOMĂ

Acesta este un sindrom caracterizat prin debutul subit al hipertensiunii, durere de cap oscilantă, bradicardie, diaforeză, erecție piloasă, pupile dilatate, nas înfundat şi vedere în ceață ca urmare a leziunii măduvei spinării deasupra vertebrei toracice T6. De obicei se produce după ce un şoc spinal a avut loc după (adică la mai multe luni după leziune) şi înainte ca 3 ani să treacă de la leziune. Este de asemenea cunoscută ca hiperreflexia autonomă şi hiperreflexia simpatică. Codul pentru disreflexia autonomă este G90.8 *Alte afecțiuni ale sistemului nervos autonom*.

0625 CVADRIPLEGIA ŞI PARAPLEGIA NETRAUMATICE

Pentru codificarea cvadriplegiei/paraplegiei, vezi SC 1915 *Leziunea măduvei spinării*, pag. 250.

Definiție

Paraplegia

"Paraplegia este leziunea sau pierderea funcțiilor motorii şi/sau senzoriale în segmentele neurologice toracice, lombare sau sacrale secundară leziunii elementelor neurale, din interiorul măduvei spinale. Paraplegia cruță brațele, dar depinzând de nivelul leziunii, ea poate implica trunchiul, picioarele sau organele pelvine. Acest termen este folosit corect pentru a descrie leziunile cauda equina şi conus medullaris, dar nu ar trebui să fie folosite atunci când se referă la leziunile plexului lombosacral sau la vătămarea nervilor periferici situați în afara canalului neural."
(*Miller-Keane (1997). Enciclopedia & Dicționar de Medicina Îngrijirilor şi altor Domenii Înrudite din Sănătate (a 6-a ed.*).

Cvadriplegia

"Cvadriplegia este paralizia tuturor celor patru membre. Funcția motorie şi/sau senzorială din segmentele cervicale spinale este deficitară sau pierdută datorită distrugerii acelei părți a măduvei spinării, care are drept rezultat deficiența funcționării mâinilor, ca şi a picioarelor, trunchiului şi organelor pelvine. Acest termen nu include condițiile datorite leziunilor plexului brahial sau vătămărilor nervilor periferici situați în afara canalului neural."
(*Miller-Keane (1997). Enciclopedia & Dicționar de Medicina Îngrijirilor şi altor Domenii Înrudite din Sănătate (a 6-a ed.*).

Clasificare

Faza inițială [acută] a paraplegiei/cvadriplegiei

Faza 'acută' a paraplegiei/cvadriplegiei netraumatice include:

Internări pentru prima dată ca rezultat al unei afecțiuni medicale netraumatice, cum ar fi mielita transversă sau infarct al măduvei spinării. Pot fi incluse câteva afecțiuni medicale şi chirurgicale care au fost în remisie dar s-au înrăutățit şi necesită acelaşi grad de tratament ca la prima internare într-un episod de boală ca la pacienții internați prima data după traumă.

Dacă pacientul se prezintă cu o afecțiune care a cauzat o leziune a măduvei spinării (ex.: mielita), alocați următoarele coduri:

1. Afecțiunea (mielita) drept diagnostic principal.
2. Un cod de la G82.- *Paraplegia şi tetraplegia* cu al cincilea caracter de la 1 (nespecificat, acut), 3 (complet, acut) sau 5 (incomplet, acut).

Faza ulterioară [cronică] a paraplegiei/cvadriplegiei

Faza ulterioară a paraplegiei/tetraplegiei/cvadriplegiei include:

Un pacient cu paraplegie/cvadriplegie internat în spital/unitate (incluzând reabilitare) după o perioadă de internare într-un spital de acuți pentru faza inițială de tratament.

Un pacient cu paraplegie/cvadriplegie internat cu diagnostic principal al afecțiunilor cum ar fi infecția tractului urinar, fractură de femur, etc, unde paraplegia/cvadriplegia este în acord cu definiția unui diagnostic adițional.

În cazurile de mai sus, alocați codul G82.- *Paraplegia şi tetraplegia*, ca şi alte afecțiuni, după cum este cazul. Secvența acestor diagnostice ar trebui să fie stabilite în raport cu definiția diagnosticului principal.

0627 TULBURĂRI MITOCHONDRIALE

Tulburările mitochondriale sunt variabile în trăsăturile lor (heterogenitate). Variabilitatea rezultă din faptul că diferite sisteme de organe pot conține diferite proporții de mitochondrii cu leziuni şi numai acele țesuturi cu un procentaj mare de asemenea mitochondrii vor avea deficiențe funcționale. Tulburările mitochondriale se pot manifesta în moduri diferite la persoane diferite, de ex.: leziunea creierului (encefalopatii), leziunea nervilor (neuropatii), leziunea muşchilor (miopatii mitochondriale), boala cardiacă (cardiomiopatie), boala endocrină, renală sau a osului medular sau o mixtură a acestora şi alte caracteristici. Recent s-a descoperit că multe dintre bolile mai comune, cum ar fi diabetul sau boala ischemică a inimii au, în unele cazuri, o bază mitochondrială. De asemenea, bolile bătrâneții, cum ar fi boala Parkinson şi boala Alzheimer, pot rezulta, în parte, din insuficiența mitochondrială.

Unele tulburări mitochondriale pentru care există alocări specifice de cod în *ICD-10-AM* sunt:

Episod de encefalopatie mitocondrială datorită acidozei lactice cu alură de atac cerebral (MELAS)

G71.3 ***Miopatia mitochondrială, neclasată la alte locuri*** este un sindrom care de obicei afectează tinerii cu toate că vârsta debutului este variabilă. Simptomele antecedente pot include surditatea pe termen lung sau migrenă severă. Prezentarea este tipică cu episoade de accident vascular cerebral fulminante, deseori cu o emfază cerebrală posterioară. Diagnosticul ar trebui să fie confirmat atât prin găsirea unor anormalități morfologice tipice în biopsia musculară, cât şi prin demonstrarea unei caracteristici a mutației mitochondriale ADN.

Epilepsie mioclonică cu fibre roşii zdrențuite (MERRF)

G40.4- ***Alte epilepsii şi sindroame epileptice generalizate*** este o afecțiune caracterizată prin epilepsie mioclonică, deseori în asociere cu alte trăsături incluzând surditatea, ataxia cerebeloasă şi evenimente epileptice generalizate. Diagnosticul ar trebui să fie confirmat prin identificarea caracteristicilor anormale în biopsia musculară (fibre roşii zdrențuite) sau prin identificarea unei mutații mitochondriale ADN patognomonice.

Oftalmoplegia progresivă cronică externă

G31.8 ***Alte afecțiuni degenerative precizate ale sistemului nervos*** este o afecțiune caracterizată prin slăbiciunea progresivă a muşchilor extraoculari. Poate fi asociată cu slăbiciunea membrelor şi, în unele cazuri, asociată sistemului central nervos, afecțiunilor retinale sau cardiace. Diagnosticul ar trebui să fie confirmat prin anomalii ale biopsiei muşchilor sau prin găsirea unui diagnostic de mutație mitochondrială ADN.

Sindromul Kearns-Sayre sau sindromul oculocraniosomatic

H49.8 ***Alte strabisme paralitice*** este o boală mitochondrială caracterizată prin debut în copilărie, oftalmoplegie externă progresivă cronică, blocarea inimii, pigmentosa retinitis, şi degenerarea sistemului nervos central (CNS).

Miopatia mitochondrială

G71.3 ***Miopatie mitochondrială, neclasată la alte locuri***. Unor pacienți cu slăbiciunea progresivă a membrelor sau oboseală legată de insuficiența mitochondrială le lipseşte implicarea extraoculară. Asemenea cazuri ar trebui să fie clasificate ca miopatie mitochondrială iar diagnosticul depinde de anormalitățile histologice caracteristice ale biopsiei musculare sau identificarea diagnosticului mutațiilor mitochondriale ADN.

Un diagnostic de 'tulburare mitochondrială', 'boală mitochondrială' sau 'citopatia mitochondrială' ar trebui să fie alocat la E88.8 *Alte tulburări de metabolism specificate* atunci când nu sunt disponibile alte informații despre natura exactă a afecțiunii.

0629 RADIOCHIRURGIE STEREOTAXICĂ, RADIOTERAPIE ŞI LOCALIZARE

Radiochirurgia stereotaxică (SRS) şi radioterapia stereotaxică (SRT) sunt proceduri efectuate pentru tratamentul leziunilor creierului (în general tumori) şi necesită îndemânarea, atât a neurochirurgilor, cât şi a radioterapeuților. Tipuri de tumori de creier sau leziuni tratate prin SRS şi SRT:

Benign	**Malign**
Malformații arteriovenoase	Glioame
Meningioame	Metastaze (în cazuri rare)
Neuroame acustice	
Tumori pituitare	

Localizarea intracraniană stereotaxică (40803-00 [1] *Localizare intracraniană stereotaxică*) face posibilă determinarea poziției precise pentru brahiterapie, radioterapie sau chirurgie intracraniană şi este întotdeauna efectuată înainte de a se face radioterapia stereotaxică sau radiochirurgia stereotaxică. Localizarea intracraniană stereotaxică implică multiple componente procedurale, al căror sprijin este un aparat de fixare stereotaxică. Procedurile imagistice de diagnostic sunt efectuate (CT, MRI, angiografie, mielografie, ventriculografie) împreună cu determinarea coordonatei asistate de calculator, localizare şi țintire.

Notați că aceste componente procedurale ale localizării intracraniene stereotaxice sunt incluse la codurile localizării intracraniene stereotaxice şi nu sunt codificate separat.

Diferențierea dintre cei doi termeni radioterapia stereotaxică şi radiochirurgia stereotaxică, este în general bazată pe tipul aparatului de fixare stereotaxică folosit şi de dimensiunea leziunii tratate.

Radiochirurgie stereotaxică:

- doză unică mare de raze X
- folosită pentru tumori mai mici, în general mai puțin de 3 cm în diametru
- localizarea intracraniană stereotaxică implică un cerc înşurubat în jurul capului

Alocați codurile: 15600-00 [1789] *Radioterapie stereotaxică, doză unică*
40803-00 [1] *Localizare intracraniană stereotaxică*

Radioterapie stereotaxică:

- tratament fracționat (folosind cuțit Gamma sau LINAC)
- folosită pentru tumori mari sau când este apropiată de o structură critică cum ar fi trunchi cerebral, chiasma optică sau nervii optici
- localizarea intracraniană stereotaxică implică un cerc înşurubat în jurul capului în scopul localizării radioterapiei

Alocați codurile: 15600-01 [1789] *Radioterapie stereotaxică, fracționată*
40803-00 [1] *Localizare intracraniană stereotaxică*

Localizarea intracraniană stereotaxică poate fi, de asemenea, efectuată înainte de chirurgia intracraniană care să îndepărteze, să aspire sau să facă biopsia unei tumori de creier. Alte exemple ale procedurilor chirurgicale stereotaxice intracraniane sunt implantarea de electrozi pentru epilepsie, inserția rezervorului Rickham şi clipping al anevrismelor. În asemenea cazuri, localizarea stereotaxică intracraniană va fi alocată ca un cod adițional la codul relevant pentru chirurgia intracraniană.

EXEMPLUL 1:
Biopsia creierului ghidată stereotaxic

39703-00 [12] *Biopsie de țesut cerebral prin gaura de trepan*
40803-00 [1] *Localizare intracraniană stereotaxică*

Localizarea stereotaxică spinală (90011-05 [29] *Localizare spinală stereotaxică*) se efectuează acum cu chirurgie spinală, cum ar fi biopsia ghidată sterotaxic, aspirația sau îndepărtarea leziunii spinale şi fuziunea spinală. Cât despre procedurile intracraniene, localizarea stereotaxică spinală precede chirurgia spinală şi implică procedurile imagistice de diagnostic (CT, MRI, mielografie) împreună cu determinarea coordonatei asistată pe calculator, localizare şi țintire. În timp ce aparatele de localizare stereotaxică au fost proiectate pentru coloana vertebrală, ele sunt foarte rar folosite.

90011-05 [29] *Localizare stereotaxică spinală* ar trebui să fie alocat după codul procedurii spinale de care este legat.

EXEMPLUL 2:
Îndepărtarea ghidată stereotaxică a meningiomului spinal

40312-00 [53] *Îndepărtare de leziune intraduralăspinală*
90011-05 [29] *Localizare stereotaxică spinală*

0630 CHIRURGIA MÂINII CVADRIPLEGICE

Aceste proceduri sunt efectuate pe bază de trial în unități speciale. Ele implică utilizarea miotomilor activi pentru reconstrucția antebrațului. Cea mai obişnuită reconstrucție este transferul muşchilor deltoizi-tricepşi, implicând folosirea unei grefe Dacron. Implantarea unor stimulatori motorizați de nerv poate, de asemenea, să fie efectuată. Alocați coduri pentru fiecare procedură individual efectuată, următoarele coduri fiind un ghid general:

47966-01 [1573] *Transfer de mușchi, neclasificat în altă parte*
90012-00 [67] *Implantarea unui neurostimulator periferic*

0631 ATAC DE TREMURĂTURI BENIGN

Aceste atacuri sunt o afecțiune bine cunoscută neurologic, observată la copii şi sunt cel mai bine descrise ca o tulburare de mişcare. Atacul este o tulburare neepileptică, care nu implică convulsii şi se poate produce de mai multe ori pe zi, dar tind să descrească ca frecvență cu cât copilul creşte în vârstă. Etiologia este necunoscută şi tinde să se rezolve spontan fără nici un efect rezidual. În timpul unui atac nu există schimbări electroencefalografice (EEG) iar tratamentul nu este de obicei garantat. Atacul de tremurături benign este codificat la G25.8 *Alte tulburări specifice extrapiramidale şi tulburări de motricitate.*

0632 BRAHITERAPIA STEREOTAXICĂ

Leziunile intracraniene sau tumorile pot fi distruse prin brahiterapia stereotaxică. Cât despre radiochirurgia stereotaxică sau radioterapia, localizarea stereotaxică (vezi SC 0629 *Radiochirurgie stereotaxică, radioterapie şi localizare*, pag. 121) precede procedura de brahiterapie.

Alocați codul adecvat pentru brahiterapia stereotaxică împreună cu codul localizării stereotaxice, diferențierea depinzând de mărimea dozei.

90764-00 [1791] *Brahiterapia intracavitară cu doză mică* **sau**
90764-01 [1791] *Brahiterapia intracavitară cu doză mare* **cu**
40803-00 [1] *Localizare intracraniană stereotaxică*

Accesul la creier este necesar pentru brahiterapia stereotaxică. Aceasta se poate face prin găuri de trepan sau un lambou de craniotomie existent care a fost lăsat ca urmare a unei chirurgii anterioare pentru rezecție parțială sau biopsia de tumoră. Dacă găurile de trepan sunt necesare pentru brahiterapia stereotaxică, alocați 39012-00 [7] *Găuri de trepan* ca un cod adițional.

0633 NEUROCHIRURGIA STEREOTAXICĂ

Neurochirurgia stereotaxică intracraniană

Acesta este un termen folosit pentru proceduri cum ar fi paliodotomia stereotaxică (în mod curent, tratament preferat), thalamotomia stereotaxică şi cingulotomia stereotaxică. Aceste proceduri sunt folosite în tratamentul simptomelor bolii Parkinson (*vezi exemplul de mai jos*).

Simptomele bolii Parkinson:

Hiperkinetic	**Hipokinetic**
tremurături	bradikinesia
rigiditate	mers încet
dischinezia indusă de medicamente	instabilitate posturală

L-dopa (levodopa) a fost pentru mult timp prescris în tratamentul simptomelor bolii Parkinson. La asemenea pacienți totuşi, în timp ce răspunsul inițial la medicament a fost bun şi simptomele controlate, efectele levodopa au dispărut în mod gradat şi simptomele, cum ar fi hiperkinezia, au reizbucnit. Neurochirurgia stereotaxică creează sau stimulează o leziune în creier (de obicei 4–5 mm lungime şi 3–4 mm lățime) folosind electrozi stimulatori, electrocauter, frecvență radio sau criochirurgie. Dacă intervenția chirurgicală are succes, neurochirurgia stereotaxică permite pacientului să tolereze încă o dată medicația şi să îmbunătățească calitatea vieții legată de boala Parkinson.

Neurochirurgia stereotaxică implică localizarea stereotaxică intracraniană care precede procedura neurochirurgicală stereotaxică şi implică aplicarea aparatului stereotaxic pentru cap, proceduri diagnostice cum ar MRI, CT, angiografia sau ventriculografia, determinarea coordonatei asistată de calculator, localizarea şi țintirea. Procedura neurochirurgicală stereotaxică (pallidotomia, thalamotomia sau cingulotomia) este apoi efectuată şi de obicei administrată sub un anestezic local, pentru a permite pacientului să răspundă la întrebări privind mişcarea şi ghidarea mai departe a chirurgului în localizarea țintei.

Notați că acele componente procedurale ale localizării stereotaxice intracraniene şi neurochirurgia stereotaxică (pallidotomia, thalamotomia sau cingulotomia) sunt cuprinse în codul pentru neurochirurgia stereotaxică şi nu sunt codificate separat.

EXEMPLUL 1:
Pallidotomie stereotaxică pentru tratarea bolii Parkinson

40801-00 [27] *Procedura stereotaxică intracraniană funcțională*

Chirurgia stereotaxică spinală

Chirurgia spinală stereotaxică, cum ar fi cordotomia percutană stereotaxică, este folosită în tratamentul durerii intractabile. Ca şi în neurochirurgia stereotaxică, chirurgia spinală stereotaxică implică localizarea stereotaxică spinală urmată de procedura funcțională stereotaxică spinală (crearea sau stimularea unei leziuni în coloana vertebrală).

Notați că localizarea stereotaxică spinală nu este codificată separat în chirurgia spinală stereotaxică, ea este inclusă în codul procedurii stereotaxice.

EXEMPLUL 2:
Cordotomia percutană stereotaxică pentru durere intractabilă

39121-00 [58] *Procedura funcțională stereotaxică spinală*

0634 DRENAREA FLUIDULUI CEFALORAHIDIAN, SHUNT ŞI VENTRICULOSTOMIA

Drenarea ventriculară externă

Un dren ventricular extern este inserarea unui ventricul în creier pentru a drena un exces temporar de fluid cefalorahidian, prin aceasta reducându-se presiunea intracraniană. Tubul de dren este conectat la o pungă externă. Această procedură poate fi efectuată în secție. Alocați codul 39015-00 [3] *Inserția drenului ventricular extern*. Codul pentru îndepărtare este 90001-00 [4] *Îndepărtarea drenului ventricular extern*.

Un dren ventricular extern este deseori inserat în timpul chirurgiei intracraniene şi poate fi reținut după chirurgie pentru a elibera presiunea sau edemul cerebral. În asemenea cazuri inserția drenului nu ar trebui să fie codificată.

Un tub de dren poate fi inserat în canalul spinal lombar pentru a drena fluidul cefalorahidian către punga externă. Calea de abordare este printr-o puncție lombară, cale ce nu ar trebui să fie codificată. Alocați codul 40018-00 [41] *Inserția tubului de dren lombar pentru lichidul cefalorahidian*. Codul pentru îndepărtare este 90008-00 [41] *Îndepărtarea tubului de dren lombar pentru lichidul cefalorahidian.*

Shunturile lichidului cefalorahidian

Un shunt al lichidului cefalorahidian este inserat pentru a deturna excesul de lichid cefalorahidian ca în hidrocefalie, de la ventriculele creierului către o cavitate extracraniană, cum ar fi cavitatea peritoneală unde el poate fi reabsorbit.

Shuntul constă într-un cateter al cărui capăt proximal care este plasat în ventriculul lateral dilatat printr-o gaură de trepan. Gaura de trepan este calea de abordare şi nu ar trebui să fie codificată. Tubul de cateter este apoi inserat subcutanat către localizarea distală, unde este ancorat. O valvă este incorporată în shunt pentru a regla presiunea şi a asigura un circuit unic.

Alocați codurile:	40003-00 [5]	*Inserția shuntului ventriculo-atrial* **sau**
	40003-01 [5]	*Inserția shuntului ventriculopleural* **sau**
	40003-02 [5]	*Inserția shuntului ventriculoperitoneal* **sau**
	40003-03 [5]	*Inserția shuntului ventricular în altă poziție extracraniană*

depinzând de destinația shuntului.

În mod alternativ shuntul lichidului cefalorahidian poate fi inserat în cisterna magna care, de asemenea, derivă lichidul către o cavitate extracraniană. Alocați 40003-04 [5] *Inserția shuntului cisternal* pentru *inserția unui shunt cisternal* care să devieze lichidul către o localizare extracraniană.

Un shunt al lichidului cefalorahidian poate fi inserat endoscopic. Pe lângă codul pentru inserția shuntului alocați 40903-00 [1] *Neuroendoscopia*.

Un shunt al lichidului cefalorahidian poate necesita revizie la o localizare proximală sau distală pentru a uşura o obstrucție sau a corecta o rea funcționare.

Pentru revizia la localizarea **proximală**

Alocați codul: 40009-00 [24] *Revizia shuntului ventricular* **sau**
40009-01 [24] *Revizia shuntului cisternal*

Pentru revizia la localizarea **distală**

Alocați codul: 90330-00 [1001] *Revizia shuntului LCR la nivel peritoneal*
90174-00 [557] *Revizia shuntului LCR la nivel pleural*
90200-00 [605] *Revizia shuntului LCR la nivel atrial*

Îndepărtarea shuntului lichidului cefalorahidian din ambele localizări intracraniană şi distală, primeşte un singur cod sau două:
40009-03 [5] *Îndepărtarea shuntului ventricular* **sau**
40009-04 [5] *Îndepărtarea shuntului cisternal*

Ocazional un shunt al fluidului cefalorahidian este inserat în spațiul subarahnoid lombar, aproape întotdeauna derivând lichidul către cavitatea peritoneală. Alocați codul 40006-00 [42] *Inserția unui shunt spinal*.

Pentru revizia unui **shunt spinal**
Alocați codul: 40009-02 [56] *Revizia shuntului spinal (pentru revizia localizării proximale)* **sau**
90330-00 [1001] *Revizia shuntului LCR la nivel peritoneal (pentru revizia localizării proximale distale)*

Îndepărtarea shuntului fluidului cefalorahidian cerebrospinal primeşte codul 40009-05 [42] *Îndepărtarea shuntului spinal*.

Ventriculostomia

Ventriculocisternostomia şi ventriculostomia celui de-al treilea ventricul sunt proceduri efectuate pentru tratarea hidrocefaliei. Amândouă procedurile lasă posibilitatea lichidului cefalorahidian să ocolească o obstrucție intracraniană cu drenajul lichidului de la un ventricul către altă localizare intracraniană.

Ventriculocisternostomia (procedura Torkildsen) implică găuri de trepan occipitale bilaterale, dând posibilitatea plasării valvelor de cateter care pornesc din fiecare ventricul lateral către magna cisterna, de obicei deschisă prin abordarea fosei posterioare. Alocați codul 40000-00 [19] *Ventriculocisternostomie*.

Ventriculostomia celui de-al treilea ventricul implică crearea unei deschideri în peretele anterior al celui de-al treilea ventricul pentru a permite trecerea lichidului cefalorahidian în măduva spinării unde poate fi absorbit. Alocați codul 40012-00 [19] *Ventriculostomia endoscopică a ventriculului III* sau 40012-01 [19] *Ventriculostomia ventriculului III*.

0635 APNEEA DE SOMN ŞI TULBURĂRILE ÎNRUDITE

Sforăitul

Definiție

Sforăitul este cauzat de un circuit de aer turbulent în căile respiratorii superioare când structuri cum ar fi uvula şi palatul moale vibrează în circuitul de aer turbulent. Sforăitul se poate produce în absența obstrucției, dar este aproape întotdeauna prezent în cadrul sindromului apneei de somn obstructive (OSAS).

De aceea, sforăitul **nu poate fi considerat** a se datora sindromului apneei de somn obstructive numai dacă este documentat ca atare de către medicul curant.

Clasificare

Alocați R06.5 *Respirația pe gură* dacă nu există documentație despre OSAS. Dacă OSAS este documentat cu sforăit, alocați numai G47.32 *Sindromul apneei de somn obstructive.*

Sindromul apneei de somn obstructive (G47.32)

Definiție

Sindromul apneei-hipoapneei de somn obstructive (OSAHS) se caracterizează prin episoade recurente ale obstrucției complete sau parțiale a căilor respiratorii superioare în timpul somnului. Aceasta se manifestă ca o reducere în circuitul aerului (hipoapnee) sau încetarea completă a circuitului de aer (apnee) în ciuda eforturilor de respirație în curs. Aceste evenimente se termină de obicei prin trezire. Simptomele din timpul zilei, cel predominant fiind somnolență excesivă, sunt considerate a fi legate de întreruperea somnului (trezire recurentă) şi, de asemenea, de hipoxemia recurentă. Notați că nu toți pacienții cu OSAS au somnolență în timpul zilei.

Cauza de bază cea mai obişnuită a OSAS este că pacientul s-a născut cu un orofaringe îngust. Această problemă tinde să se agraveze odată cu înaintarea în vârstă deoarece țesuturile îşi pierd elasticitatea, creşte greutatea, femei care ajung la menopauză şi prin folosirea alcoolului şi alte medicații sedative care cresc relaxarea musculară în căile respiratorii superioare.

Alți factori de predispunere sunt:
- Obezitatea
- Anormalități craniofaciale – deficiență mandibulară – boli congenitale cum ar fi Trisomia 21, Sindromul fragil X, sindromul Prader-Willi, sindromul Pierre-Robin
- Anormalități anatomice intrafaringiene – îmbătrânirea (îngustarea) lumenului fariagian, de exemplu hipertrofia amigdalelor, mucoasă faringiană redundantă, edem faringian, tumori
- Alte tulburări, cum ar fi hipotiroidism, sindromul Marfan, acromegalia, afecțiuni neuromusculare (de ex.: paralizie bulbară) care afectează dilatatorii căilor respiratorii superioare.

Notați că sindromul apneei de somn obstructive include documentație, cum ar fi apneea de somn obstructivă (OSA) şi sindromul apneei-hipoapneei de somn obstructive (OSAHS).

Sindromul central al apneei de somn (G47.31)

Definiție

Sindromul central al apneei de somn (CSAS) se caracterizează prin episoade apneice recurente în absența obstrucției căilor respiratorii superioare în timpul somnului, care de obicei rezultă în desaturări de oxigen, treziri recurente şi simptoame de zi.

Există trei tipuri de CSAS bazate pe etiologie:
- CSAS datorită unei anormalități neurologice
- CSAS în asociere cu insuficiența cardiacă
- Idiopatic

Notați că sindromul central al apneei de somn include documentația privind apneea de somn centrală (CSA) şi sindromul central al apneei-hipoapneei de somn (CSAHS).

Clasificare

Alocați codul adecvat pentru OSAS/CSAS ca diagnostic principal cu unul adițional pentru cauza de bază atunci când este specificată.

Notați că două sau mai multe forme ale tulburărilor de somn legate de respirație pot fi prezente în acelaşi timp. De exemplu, OSAS poate fi acompaniat de sindromul hipoventilării în timpul somnului. În asemenea cazuri, alocați codurile potrivite pentru diferitele afecțiuni, folosind SC 0001 *Diagnostic principal* pentru a le ordona în mod adecvat.

Sindromul hipoventilației în timpul somnului (G47.33)

Trăsătura centrală a sindromului hipoventilației în timpul somnului (SHVS) este o creştere anormală în dioxidul de carbon arterial ($PaCO_2$) pe durata somnului care rezultă într-o severă hipoxemie. Hipoxemia duce la sechele clinice cum ar fi eritrocitoza, hipertensiunea pulmonară, cordul pulmonar sau insuficiență respiratorie.

Sindromul rezistenței căilor respiratorii superioare a fost exclus din *ICD-10-AM* din cauza recomandării recente din Raportul Asociației Americane de Tulburări de Somn, Societății Respiratorii Europene, Asociației Australiene a Somnului şi Societății Americane de Torace, care au descoperit că nu există suficiente dovezi în literatura disponibilă pentru a susține 'sindromul rezistenței căilor respiratorii superioare' ca un sindrom distinct cu patofiziologie unică.

Investigații

O investigație obişnuită pentru apneea de somn este polisomnografia care este efectuată în general în timpul nopții. Polisomnografia include electroencefalografia, electro-oculografia, electromiografia, electrocardiografia, oximetria, înregistrarea circuitului de aer oral şi nazal şi mişcările toracice şi abdominale.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sistemul Nervos.

7 OCHIUL ŞI ANEXELE

0701 CATARACTA

Definiție

Cataractele sunt opacitatea sau pierderea clarității cristalinului. Ele sunt clasificate după un număr de criterii incluzând etiologia, morfologia, vârsta debutului, maturitatea etc.

Clasificare

Dacă aceasta nu se specifică a fi senilă, traumatică, indusă medicamentos etc. alocați H26.9 *Cataracte, nespecificate*. Încercați să obțineți mai multă specificitate dacă este posibil.

Liniile directoare de mai jos sunt date pentru clasificarea următoarelor afecțiuni specifice de cataractă:

- **Cataracta secundară**

  'Cataracta secundară' (H26.4) este o afecțiune care apare după extragerea cataractei, cu îndepărtarea incompletă a cortexului şi inserția unei lentile intraoculare. Materia moale se amestecă în membrana reziduală şi formează o 'pseudo-cataractă' sau capsula posterioară fibroasă care este tratată prin disecția laser Yag.

- **Diabetică**

  Cataractale la un pacient diabetic nu ar trebui să fie considerate ca fiind diabetice numai dacă se precizează ca atare.

  O cataractă cu 'adevărat' diabetică primeşte codul E1-.36 *Diabet mellitus cu cataractă diabetică* în timp ce cataracta timpurie cu debut legat de vârstă la diabetici primeşte E1-.39 *Diabet mellitus cu altă complicație oftalmică* şi un cod adecvat pentru tipul de cataractă. (Vezi de asemenea ACS 0401 *Diabet mellitus şi intoleranța la glucoză*, pag. 87).

- **Matură**
  - Cataracta imatură este una în care opacitățile răspândite sunt separate prin zone clare.
  - Cataracta matură este una în care cortexul este complet opac.
  - Cataracta intumescentă este una în care lentilele au fost umflate prin înmuiere în apă. Ea nu poate fi matură sau imatură.
  - Cataracta hipermatură este o cataractă matură care a devenit mai mică şi are o capsulă încrețită datorită scăpărilor apei din lentile.
  - Cataracta morgagniană este o cataractă hipermatură în care lichefierea totală a cortexului a permis nucleului să se scufunde la un nivel inferior.

- **Cu glaucom**

  Dacă tratamentul pentru glaucom şi cataractă se primeşte în perioada aceluiaşi episod de îngrijiri, ordonați glaucomul înaintea cataractei pentru codurile de diagnostic şi procedură.

- **Cu inserția lentilei secundare**

  Inserția unei lentile secundare ar trebui să aibă un diagnostic la codul H27.0 *Aphachia*. În aceste cazuri lentila a fost fie îndepărtată în timpul unei intervenții chirurgicale anterioare, fie că a fost dislocată sau subluxată şi incorect poziționată.

0709 PTERIGIUM

Iradierea beta pentru pterigium sau ca urmare a îndepărtării pterigiumului ar trebui să primească un cod adecvat de la blocul [1786] *Tratament cu radiații superficile*.

0710 STRABISM

'Repararea strabismului' n-ar trebui să fie codificată fără alte specificații deoarece un număr de muşchi implicați în operație trebuie să fie documentat.

0719 INTOLERANTA LA LENTILELE DE CONTACT

Intoleranța la lentilele de contact ar trebui să fie codificată la H18.8 *Alte tulburări specificate ale corneei* dacă nu este specificată una dintre cele care urmează:

H16.8 *Keratită*
H10.4 *Conjunctivita cronică*
H18.2 *Edemul cornean*

0723 INELUL RUGINIU CORNEAN

Inelul ruginiu cornean ar trebui să fie codificat la H18.0 *Pigmentație şi depunere corneană* şi T90.4 *Sechelele leziunilor traumatice ale ochiului şi orbitei*, împreună cu un cod adecvat pentru cauza externă de la (Y85–Y89).

0724 CHELAREA CALCIULUI CORNEAN

Chelarea calciului cornean pentru banda de cheratopatie este o îndepărtare chimică a calciului din cornee şi ar trebuie să fie codificat la 42647-00 [170] *Keratectomie parțială.*

0731 REJECTAREA SAU INSUFICIENȚA GREFEI CORNEENE

Grefele corneene sunt proceduri chirurgicale unde o cornee rănită sau cu leziuni este înlocuită cu un țesut corneea clar de la un donator sau de la pacient. Termenii alternativi sunt transplant corneean şi keratoplastie. În mod tipic insuficiența grefei corneene implică prezența edemului cornean (H18.2) şi aceasta se poate produce într-un ochi care este phakic (cristalinul este încă prezent), aphakic sau pseudophakic. Corneea poate fi respinsă din cauza inflamației, de exemplu uveita intraoculară (H20.-), endofthalmită (H44.-) sau suprafața oculară sau inflamația corneeană keratita (H16). Grefele corneene pot de asemenea să eşueze numai din cauza prezenței lentilelor intraoculare (Z96.1).

Grefele de cornee care eşuează (celule nu funcționează adecvat) sau sunt rejectate (o pierdere imună mediată a celulelor) din orice motiv altul decât inflamația sau infecția ar trebui să fie codificat la T85.3 *Complicația mecanică a altor proteze, implante şi grefe oculare*. Insuficiența grefelor corneene datorită inflamației sau infecției ar trebui să primească codul T85.78 *Infecția şi reacția inflamatorie datorită altor prosteze interne, implanturi şi grefe*.

Diagnosticele adiționale asociate cu rejectarea sau insuficiența grefei corneene ar trebui să fie codificate în plus la T85.3 şi T85.78, de exemplu:

H44.(0,1) *Endoftalmia*
H20.- *Iridociclita*
H16.- *Keratita*
H18.- *Alte tulburări ale corneei*
Z96.1 *Prezența lentilelor intraoculare*

0732 HIPHEMA POSTPROCEDURALĂ

Hiphema se produce în cele mai multe cazuri din cauza traumei, totuşi ea poate să se producă şi post-operator. Alocați H21.0 *Hiphema* pentru toate cazurile de hipheme postprocedurale, împreună cu un cod adecvat pentru cauza externă.

0733 HEMODILUTIA

Pacienții cu ocluzia venei retinale centrale (H34.8 *Alte ocluzii vasculare retiniene*), ocluzia venei retiniene de ramură (H34.8) sau neuropatia optică ischemică (H47.0 *Afecțiuni ale nervului optic neclasificate altundeva*) pot avea efectuată procedura de hemodiluție. Când se produce un blocaj al sistemului venos, pacienții suferă o venesecție şi sunt infuzați cu un volum de înlocuitori (de ex.: Rheomacrodex) care îmbunătățeşte microcirculația. Alocați 92063-00 [1893] *Transfuzia de înlocuitori de sânge*.

0740 TRABECULECTOMIA

Trabeculectomia este o procedură de fistularizare sclerală şi o iridectomie periferică este întotdeauna efectuată împreună cu trabeculectomia. Este necesar numai un cod din moment ce fistularizarea sclerală şi iridectomia periferică sunt inerente în descrierea procedurii de trabeculectomie. Alocați 42746-04 [191] *Trabeculectomie*.

0741 ECTROPION/ENTROPION

Definiție

- "Entropionul este întoarcerea în interior a pleoapei superioare sau inferioare astfel încât marginea să se sprijine de globul ocular şi să şteargă ochiul.
- Ectropionul este întoarcerea în afară a pleoapei inferioare sau superioare astfel încât marginea să nu se sprijine în mod normal de globul ocular, dar cade sau este trasă în afară."

(Cassin, B. şi Solomon, S. (1990). *Dicționar de terminologie a ochiului* (a 2-a ed.))

Clasificare

Blocul [239] *Proceduri pentru ectropion sau entropion* grupează la un loc proceduri efectuate exclusiv pentru repararea ectropionului sau entropionului.

42581-00 [239] *Cauterizarea ectropionului*
42581-01 [239] *Cauterizarea entropionului*
Cauterul s-a folosit pentru micşorarea marginii pleoapei în vederea tratamentului pleoapei invertite/extravertite.

42866-00 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului prin strângerea sau scurtarea retractorilor inferiori*
42866-01 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului prin alte corecții ale retractorilor inferiori*
Corecția entropionului se realizează prin repararea 'retractorilor' inferiori (un termen aplicat în mod obişnuit mecanismului de mişcare a pleoapei).

45626-00 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului prin tehnici de sutură*
Tehnicile absorbabile sunt folosite pentru a corecta poziția greşită a pleoapei. Nu este necesară nici o incizie.

45626-01 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului cu rezecție sub formă de pană (triunghi)*
O margine a tarsusului şi conjunctivei este excizată (în general în configurarea unui triunghi, diamant sau romb) pentru a elimina ectropionul sau entropionul. Incizia este reparată cu suturi în straturi .

EXEMPLUL 1:
Raport de operație:
Diagnostic: Ectropion al (L) pleoapei superioare
Procedură: Rezecția marginii (L) pleoapei superioare

Alocați un cod de procedură:	45626-01 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului cu rezecție a marginii în L a pleoapei superioare*

Notă: Alte proceduri clasificate altundeva în *ICD-10-AM* Volumul 3 pot fi efectuate pentru a repara ectropionul sau entropionul, cum ar fi grefe, cantoplastie şi procedura prin strip tarsal.

EXEMPLUL 2:
Raport de operație:
Diagnostic: (R) LL Ectropion cicatricial
Procedură: Strângerea cantoplastiei laterale cu 4/0 nylon
PAWG (grefă post-auriculară Wolfe) (L) ureche la (R) pleoapa inferioară securizată cu 6/0 BSS cu legătură peste 4/0 nylon către ureche.

Alocați un cod de procedură: 42590-00 [235] *Cantoplastia laterală*
45451-00 [1649]*Grefa de piele pe toată grosimea pleoapei*

În exemplul de mai sus, cantul lateral a fost strâns cu suturi şi o grefă post-auriculară Wolfe a fost efectuată pentru a repara ectropionul. Notați distincția anatomică dintre 45626-00 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului prin tehnici de sutură* în care *pleoapa* este înțepată şi la 42590-00 [235] *Cantoplastia laterală* în care *cantul* (unghi format prin joncțiunea înăuntrul şi înafara pleoapelor superioară şi inferioară) este cusut.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Ochiul şi Anexele.

8 URECHE, NAS, GURA SI GAT

0801 SURDITATE

Surditatea (categoriile H90 *Surditatea de transmisie şi neurosenzorială* şi H91 *Alte pierderi ale auzului*) poate fi un diagnostic principal acceptabil în situațiile următoare:

- Investigația la copii când scanarea CT sau testul de auz este efectuat prin sedare.
- Pierderea auzului subită senzorineurală.

0802 URECHE CU MUCOZITĂȚI

Numai dacă diagnosticul documentat este 'ureche cu mucozități', alocați codul H65.3 *Otita medie mucoidă cronică.* Totuşi, dacă 'otita medie seroasă' este documentată de asemenea alocați **numai** codul H65.9 *Otita medie nesupurată, nespecificată.*

Dacă urechea este uscată în momentul intervenției chirurgicale, ar trebui să fie totuşi alocat unul dintre aceste coduri.

0803 INTERNARE PENTRU ÎNDEPĂRTAREA TUBURILOR DE TIMPANOSTOMIE

Tuburile de timpanostomie (grommets) sunt folosite pentru infecțiile recurente ale urechii mijlocii cum ar fi urechea cu mucozități şi pentru infecții cronice, blocaje sau rănirea tubului Eustache. Scopul tubului este de a crea o cale de drenaj în aşa fel încât perforația membranei timpanice să persiste din cauza prezenței tubului.

Cele mai multe tuburi de timpanostomie sunt proiectate pentru a ieşi din ureche în mod natural, permițând membranei timpanice să se vindece fără altă asistență. Totuşi, unele tuburi de timpanostomie sunt proiectate pentru a fi reținute de obicei pe o perioadă de doi ani. Când un tub de timpanostomie este reținut, el poate fi îndepărtat prin intervenție chirurgicală. Procedura implică împrospătarea marginilor perforației şi îndepărtarea tubului, fiind codificată la 41644-00 [312] *Excizia marginii membranei timpanice perforate*. Alocați H72.9 *Perforația membranei timpanului, nespecificată* ca diagnostic principal la pacienții care sunt internați pentru îndepărtarea unui tub de timpanostomie reținut.

0804 TONSILITA

Tonsilita nespecificată ca acută sau cronică ar trebui să fie codificată ca fiind acută (J03.- *Tonsilita acută*) dacă nu este efectuată o tonsilectomie, în care caz tonsilita este codificată drept cronică (J35.0 *Tonsilita cronică*). Cronic = acut recurent.

0807 CHIRURGIA FUNCȚIONALĂ ENDOSCOPICĂ A SINUSULUI (FESS)

Chirurgia funcțională endoscopică a sinusului (FESS) este un termen care descrie un şir de proceduri efectuate pentru tratamentul chirurgical al bolii sinusului.

'FESS' poate include o varietate de proceduri efectuată în orice combinație, de aceea codificatorii clinici ar trebui să verifice raportul de operație şi să aloce numai codurile adecvate.

Aceste proceduri pot include:

41716-01 [387] *Antrostomia maxilară intranazală unilateral* (include formarea ferestrei meatului antral)
41716-02 [387] *Antrostomia maxilară intranazală bilateral* (include formarea ferestrei meatului antral)
41716-00 [383] *Extragerea intranazală de corpi străini din antrum-ul maxilar*
41737-02 [386] *Etmoidectomia, unilaterală*
41737-03 [386] *Etmoidectomia, bilaterală*
41731-00 [386] *Etmoidectomia prin abord frontonazal*
41731-01 [386] *Etmoidectomia cu sfenoidectomie prin abord frontonazal*
41737-09 [386] *Sinusectomia frontală*
41746-00 [386] *Obliterarea radicală a sinusului frontal*
41752-01 [386] *Sfenoidetcomia*
41716-05 [384] *Biopsia antrumului maxilar*
41752-04 [384] *Biopsia sinusului sfenoidal*
41737-07 [384] *Biopsia sinusului frontal*
41737-08 [384] *Biopsia sinusului etmoidal*

Acolo unde 'FESS' este documentat, alocați de asemenea 41764-01 [370] *Sinoscopia* pentru a indica natura endoscopică a intervenției chirurgicale.

0809 IMPLANTURI INTRAORALE CU OSTEOINTEGRARE

Inserția implantului intraoral cu osteointegrare este o procedură în două etape care implică implantul rădăcinilor de dinți artificiali, care pot fi apoi folosiți pentru sprijinarea protezelor sau coroanelor de dinți artificiali. Implanturile sunt construite din titan medical.

Prima etapă a implantului (sau fixării) este plasată ca o procedură superiostală meticuloasă în sălile de chirurgie sub anestezie locală sau generală. Numărul implanturilor pentru oricare dintre pacienții individuali poate varia de la unul până la zece sau mai mult. Alocați 52627-00 [400] *Implantul dentar intra-oral cu osteointegrare, prima etapă.*

A doua etapă este efectuată de la 3 la 6 luni mai târziu şi implică aplicarea unei suprastructuri pe implantul introdus anterior. A doua etapă este mai simplă şi mai rapidă decât prima etapă şi furnizează o structură proieminentă prin gingie pe care mai târziu se ataşează coroana dentară sau proteza. Alocați 52630-00 [400] *Implantul dentar intra-oral cu osteointegrare, a doua etapă.*[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Ureche, Nas, Gură şi Gât.

9 SISTEMUL CIRCULATOR

0904 STOP CARDIAC

Stopul cardiac sau cardiorespirator (I46.- *Stop cardiac*) ar trebui codificat numai dacă s-a întreprins o intervenție de resuscitare, fără să se țină seama de rezultatul obținut .
Codurile la îndemână sunt:

I46.0 *Stop cardiac cu resuscitare cu succes*
I46.1 *Moarte cardiacă subită, altfel descrisă*
I46.9 *Stop cardiac, nespecificat*

Stopul cardiac (I46.- *Stop cardiac*) nu ar trebui să fie pus ca diagnostic principal dacă este cunoscută cauza de bază.

0907 ÎNREGISTRAREA ELECTROCARDIOGRAFICĂ

Ceea ce se găseşte în urma investigației electrocardiografice trebuie codificat numai dacă se constată anomalii clinice semnificative.

0909 GREFE PRIN BYPASS AL ARTERELOR CORONARE

Definiție

Pacienții care cer grefarea unui bypass al arterelor coronare (CABGs) au ca problemă primară o leziune aterosclerotică ocluzivă sau stenozantă pe ramurile arterelor coronare. Când o leziunea este mai mare de 50% din diametrul arterei, apare o reducere însemnată a fluxului de sânge coronarian, care produce o perfuzie insuficientă a miocardului în zona de distribuție a arterei. Principalul obiectiv al CABGs este să îmbunătățească fluxul de sânge coronar în miocardul distal în punctele care prezintă stenoze sau ocluzii. Acest lucru este realizat prin ocolirea leziunii şi prin aprovizionarea directă cu surplusul de sânge necesar.

Indicațiile pentru CABGs includ îmbunătățirea prognozei mai degrabă prin tratament chirugical decât prin tratament medical şi astfel, prin controlul durerii ischemice (de ex.: angina cronică necontrolată, angina instabilă necontrolată sau angina postinfarct). Un cod pentru tipul de angină trebuie să fie secvențializat ca diagnostic principal, urmat de codul cel mai apropiat al arterei coronare afectate (*vezi* SC 0940 *Boala ischemică a inimii*).

Circulația coronariană constă în două principale artere, cea dreaptă şi cea stângă. Acestea au câteva ramuri. Ramurile arterei coronare drepte (RCA) sunt ramura marginală dreaptă şi descendenta posterioară dreaptă (PDA). Artera principală coronară stângă dă ramuri ca descendenta anterioară stângă (LAD), diagonala, septala, circumflexa stângă (LCX), obtuza marginală (OM) şi arterele descendente posterioare şi posterolaterale. *ICD-10-AM* consideră cele două principale artere şi ramurile lor a fi arterele coronare.

Tipuri de grefe pentru bypass-ul arterelor coronare

Sunt două tipuri de grefe care se pot practica; aortocoronare (de la aortă către arterele coronare) şi grefa plecând de la mamara internă către arterele coronare.

Grefa aortocoronară este cea mai obişnuită. Aceasta aduce circulația de la aortă înspre artera coronară obstrucționată depăşind secțiunea blocată a vasului. Pentru a utiliza acest bypass, un segment al vasului de sânge se ia în general de la pacient (un grefon autolog).

Un bypass de la **mamara internă către artera coronară** utilizează în general artera mamară internă pentru a aduce sângele de la artera subclaviculară la artera coronară blocată. Artera mamară internă dreaptă este uneori disecată la ambele capete şi astfel se obține o grefă 'liberă' (FRIMA), care poate fi utilizată să aducă sângele de la orice alt vas. Arterele mamare pot să fie, de asemenea, denumite 'artere toracice' şi, mai precis, denumite ca artera toracică internă dreaptă (RITA) şi artera toracică internă stângă (LITA).

Intervenție chirurgicală invazivă minimă

Intervenția chirurgicală uzuală pentru CABGs se face via sternotomie, deşi unii pacienți pot să suporte intervenții chirurgicale care sunt mai puțin invazive. Aceşti pacienți au de obicei o blocare pe descendenta anterioară stângă (LAD), care poate fi depăşită utilizând artera mamară internă stângă (LIMA). Printr-o toracotomie redusă, intervenția chirurgicală este adesea realizată pe inima în funcțiune, fără ca să fie necesară utilizarea bypass-ului cardiopulmonar (CPB). O canulare periferică (mai degrabă decât una centrală) este în mod obişnuit utilizată dacă pacientul cere bypass cardiopulmonar (CPB) în cazul unei intervenții chirurgicale minim invazive.

Clasificare

Baza pentru codificarea unei proceduri privind un bypass arterial coronarian este numărul de artere coronare grefate şi tipul de material al grefei (de ex.: venă safenă, arteră mamară internă sau alt material). Nu este necesar să se codifice vasul recoltat pentru grefă, deoarece acesta intră în mod inerent în codul de procedură.

Înregistrarea operației ar trebui să dea detalii pentru numărul exact al vaselor pe care s-a practicat bypass-ul şi asupra tipului de grefă sau materialului utilizat. Descrierea procedurii se notează 'CABGx4' ceea ce poate include diferite tipuri de grefoane sau materiale (de ex.: grefon de venă safenă (SVG) x 3 şi arteră mamară internă stângă (LIMA) x 1). Detaliile asupra procedurii realizate pot fi descrise utilizând prescurtări ca cele de mai sus.

Bypass utilizând arterele mamare interne au alocate codurile de la blocurile:

[674] *Bypass de arteră coronară cu grefon de arteră mamară internă stângă [LIMA]*
[675] *Bypass de arteră coronară cu grefon de arteră mamară internă dreaptă [RIMA]*

O arteră mamară internă dreaptă liberă (RIMA) este de asemenea clasificată la blocul 675.

Bypass utilizând alte materiale decât arterele mamare interne au alocate codurile de la blocurile:

[672] *Bypass de arteră coronară cu grefon safen*
Vena safenă mare sau scurtă a piciorului
[673] *Bypass de arteră coronară cu alte grefoane venoase*
Poate include vena cefalică sau bazilică de la braț
[676] *Bypass de arteră coronară cu grefon de arteră radială*
Artera radială de la braț
[677] *Bypass de arteră coronară cu grefon de arteră epigastrică*
Aceasta include arterele gastroepiploică şi epigastrică inferioară
[678] *Bypass de arteră coronară cu alte grefoane arteriale*
Poate include artere cum ar fi: subscapulara, splenica, ulnara şi arterele intercostale
[679] *Bypass de arteră coronară prin bypass cu alt tip de grefon (altul decât arterial sau venos)*
Include Goretex (sintetic) şi artere experimentale provenind de la bovine

Grefe secvențiale (salt). Acestea implică utilizarea secțiunii de grefon cu care se poate face anastomoza la mai mult decât un vas.

EXEMPLUL 1:
Vascularizarea arterei coronare a fost realizată prin grefarea a patru vene safene; de la aortă către ramura diagonală a arterei coronare stângi, şi într-un mod secvențial către marginala obtuză ramură a circumflexei şi către artera coronară dreaptă şi artera descendentă anterioară stângă.

Această procedură poate fi, de asemenea documentată, ca şi:

CABGx4
SVG → D1
SVG → OM1 → RCA → LAD

Alocați: 38497-03 [672] *Bypass de arteră coronară prin bypss folosind 4 sau mai multe grefoane safene*

EXEMPLUL 2:
Artera mamară internă stângă a fost utilizată pentru LAD (descendenta anterioară stângă) şi grefoanele de venă safenă au fost utilizate ca să aducă sânge de la aortă către marginala obtuză ramură a arterei circumflexe şi către artera diagonală.

CABGx3
LIMA → LAD
SVG: Ao → OM1
Ao → D1

Alocați:	38500-00 [674]	*Bypass de arteră coronară prin bypass folosind 1 grefon de arteră mamară internă stângă*
	38497-01 [672]	*Bypass de arteră coronară prin bypass folosind 2 grefoane safene*

Proceduri adiționale realizate în asociație cu CABGs

Bypass-ul cardiopulmonar (CPB)

CPB-ul este dirijarea sângelui de la inimă şi plămân către maşina externă inimă-plămân via o canulă plasată central sau periferic. Această maşină asigură ventilarea şi funcțiile de pompare ale acestor organe. Locul canulei trebuie să fie documentat în foaia clinică.

Canularea centrală (via aortă, vena cavă sau atrium) este cea mai obişnuită metodă, în principal când se practică CABGs printr-o abordare deschisă.

Alocați: 38600-00 [642] *Bypass cardiopulmonar cu canulare centrală*

Canularea periferică se poate realiza via arteră femurală sau arteră subclaviculară.

Alocați: 38603-00 [642] *Bypass cardiopulmonar cu canulare periferică*

Cardioplegia

Inima este protejată şi păstrată în asistolă prin injectarea unui fluid rece cardioplegic la rădăcina aortei, producând o oprire cardiacă datorită hipertermiei şi hipercalemiei. Deoarece cardioplegia este o procedură de rutină în bypass-ul CABG, nu este necesar un cod pentru această componentă tehnică.

Hipotermia

Cardioplegia este completată printr-o răcire a suprafeței inimii cu ajutorul irigării continui a unei soluții răcite . Deoarece şi hipotermia este o procedură de rutină în CABG nu este necesar un cod nici pentru această componentă.

Fire pentru impuls electric (pacemaker temporar) (electrozi temporari)

Firele temporare pentru impulsul electric pot fi plasate pe suprafața epicardică a atriului şi/sau ventriculului şi aduse în afara peretelui pieptului înainte de închiderea plăgii operatorii. Firele electrice pentru impuls pot fi utilizate post-operator pentru a stimula inima în cazul aparițiilor unor aritmii sau unor blocuri. Deoarece inserția firelor este o procedură de rutină, nu se acordă cod nici pentru acestă procedură (*Vezi de asemenea* SC 0936 *Pacemaker*, pag. 147).

Complicațiile

Complicațiile CABG apar în general în intervalul unei luni de la practicarea intervenției chirurgicale şi pot include hipertensiune post-chirurgicală, aritmii cardiace, hemoragii şi infecții ale plăgii (sau alte plăgi privind sternul sau regiunile de unde s-a procurat grefonul, de ex.: picior sau braț). Pot surveni, de asemenea, unele accidente cerebrovasculare.
(*Vezi, de asemenea,* SC 1904 *Complicațiile procedurale*, pag. 237 şi SC 0934 *Revederea/proceduri de reintervenție chirurgicală cardiacă*, pag. 147)

CABG realizat fără bypass cardiopulmonar

Unii pacienți suferă intervenții de bypass coronarian fără a fi necesar un bypass cardiopulmonar. De obicei, în acest caz pacienții necesită numai un singur bypass. Intervenția chirurgicală este realizată via sternotomie, dar în loc de plasarea pacientului la o maşină de (pompare) bypass cardiopulmonar pentru a face posibilă intervenția pe o inimă oprită, se utilizează un stabilizator al inimii. Asemenea unei octopus, stabilizatorul inimii o cuprinde şi o păstrează liniştită suficient timp pentru a permite intervenției chirurgicale să fie realizată pe inima în funcțiune. Aceste proceduri pot fi documentate ca 'bypass artero-coronarian fără bypass cardiopulmonar', 'CABGs fără bypass', 'CABGs cu ajutorul unui stabilizator de inimă (sau octopus)', 'Octopus CABGs' sau 'OP (fără pompă) CABGs'.

Nu alocați un cod pentru bypass-ul cardiopulmonar pentru CABGs realizat fără CPB.

Re-operarea (re-facerea) CABGs

Clasificarea bolilor

Re-operarea CABGs realizată după o lună de la intervenția chirurgicală inițială, va indica în mod obişnuit un proces natural al bolii. Acest proces natural este considerat mai degrabă o afecțiune a arterei grefate datorită stenozei ori blocării de către un aterom, decât o complicație a grefei. Boala cardiacă sau afecțiunea cerând refacerea intervenției este raportată ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 3:
Pacient internat cu angină instabilă, care a survenit 3 ani după o procedură anterioară de bypass arterial. Cateterismul cardiac demonstrează boala arterei coronare pe vasele sale grefate (SVG).

Diagnostic principal:	I20.0	*Angina instabilă*
Diagnostic adițional:	I25.12	*Boală cardiacă aterosclerotică a bypass-ului autolog grefat*

Codurile I25.12 *Boală cardiacă aterosclerotică a bypass-ului autolog grefat* sau I25.13 *Boală cardiacă aterosclerotică a bypass-ului nonautolog grefat* ar trebui să fie folosite numai când bypass-ul grefat anterior a fost compromis. În această situație nu este necesar să se aloce codul Z95.1 *Prezența unui bypass aorto-coronar* ca un diagnostic adițional.

Dacă grefoanele bypass-urilor anterioare sunt deschise şi viabile şi intervenția chirurgicală s-a exercitat pe bypass-urile vaselor native bolnave, se alocă I25.11 *Boală cardică aterosclerotică a arterelor coronare native* împreună cu Z95.1 *Prezența unui bypass aorto-coronar*.

Clasificarea procedurilor

Procedurile de reintervenție chirurgicală sunt mai complexe şi prezintă o dificultate tehnică mai mare decât procedura cardiacă inițială având ca rezultat o creştere semnificantă a consumului de resurse. Planurile țesuturilor sunt adesea absente, fibrozele, cicatricele şi numeroase adeziuni sunt prezente. Acolo unde grefonul anterior este încă deschis, trebuie ca îngrijirile care se acordă să nu disloce sau să nu piardă nici un material liber sau fiabil care este, în general, conținut în aceste vase, ce pot cauza embolii trimise către inimă sau să rezulte în ischemii potențiale sau infarct.

Raportul operator trebuie să producă detalii ale procedurilor reoperatorii. Procedura poate include reconstrucția unui bypass anterior. Reconstrucția implică separarea ori împărțirea şi/sau coaserea pe margine a capătului grefei unui bypass anterior. Reconstrucția unui bypass anterior este, de obicei, realizată împreună cu o nouă grefă de bypass. Împărțirea aderențelor poate fi de asemenea efectuată.

Când se realizează o reintervenție CABG şi se reconstruieşte un bypass anterior, alocați:

Cod(urile) CABG, adecvate de la blocurile 672–679 ŞI
38637-00 [680] *Reintervenție pentru ocluzia unui grefon de revascularizare coronariană*

Dacă **separarea aderențelor** este realizată, alocați:
38647-00 [644] *Separarea aderențelor toracice*

Dacă **bypass-ul cardiopulmonar** este realizat, alocați ca adecvat:
38600-00 [642] *Bypass cardiopulmonar cu canulare centrală*
38603-00 [642] *Bypass cardiopulmonar cu canulare periferică*

**** Când se realizează o reintervenție CABG şi nu se reconstruieşte un bypass anterior, alocați:***

Cod(urile) CABG, adecvate de la blocurile 672–679 ŞI
38640-00 [664] *Reintervenții pe cord neclasificate*

Dacă **separarea aderențelor** este realizată, alocați:
38647-00 [644] *Separarea aderențelor toracice*

Dacă **bypass-ul cardiopulmonar** este realizat, alocați ca adecvat:
38600-00 [642] *Bypass cardiopulmonar cu canulare centrală*
38603-00 [642] *Bypass cardiopulmonar cu canulare periferică*

0913 NEFROPATIA HIPERTENSIVĂ (I12)

Anumite afecțiuni renale:

N18.- *Insuficiență renală cronică*
N19.- *Insuficiență renală, fără precizare* **sau**
N26.- *Rinichi scleros, fără precizare*

primesc coduri de la categoria I12 *Nefropatia hipertensivă*, când se observă o relație cauzală (de ex.: 'datorită hipertensiunii' sau 'hipertensivă'). În asemenea cazuri, alocați numai un cod de la I12.

Aceleaşi afecțiuni renale cu hipertensiune, dar fără o relație cauzală declarată, se codifică separat. Ordonați ținând cont de circumstanțele episodului de îngrijiri.

0915 DISFUNCȚIA VENTRICULARĂ STÂNGĂ (LVD)

Aceasta nu ar trebui să fie ordonată ca un diagnostic principal. Codul pentru LVD este I51.8 *Alte boli cardiace rău-definite.*

0920 EDEM ACUT PULMONAR

Când 'edemul acut pulmonar' este documentat fără altă calificare privind cauza de bază, alocați codul I50.1 *Insuficiență ventriculară stângă.*

0925 HIPERTENSIUNE

Când se codifică combinații ale hipertensiunii, tulburărilor de inimă şi renale, este important să se facă distincția dacă şi cum sunt ele în legătură.

- Hipertensiunea poate cauza boala de inimă şi/sau renală.
- Hipertensiunea poate fi cauzată de alte afecțiuni, incluzând unele tulburări renale.
- Hipertensiunea şi boala de inimă şi renală pot să nu fie în legătură, cu toate că ele sunt prezente în acelaşi timp.

0926 BOALA HIPERTENSIVĂ DE INIMĂ (I11)

Anumite afecțiuni ale inimii:
I50.- *Insuficiență cardiacă*
I51.4 *Miocardită, nespecificată*
I51.5 *Degenerescența miocardului*
I51.6 *Boala cardio-vasculară, nespecificată*
I51.7 *Cardiomegalie*
I51.8 *Alte boli cardiace rău-definite* **şi**
I51.9 *Cardiopatia, nespecificată*

sunt clasificate la categoria I11 *Cardiopatia hipertensivă*, când se observă o relație cauzală (de ex.: 'datorită hipertensiunii' sau 'hipertensivă'). În asemenea cazuri, alocați numai un cod de la categoria I11.

Aceleaşi afecțiuni ale inimii cu hipertensiune, dar fără o relație cauzală declarată, sunt codificate separat. Ordonați având în vedere circumstanțele episodului de îngrijiri.

0927 CARDIO-NEFROPATIA HIPERTENSIVĂ (I13)

Alocați coduri de la combinația categoriei I13 *Cardio-nefropatia hipertensivă*, unde atât boala hipertensivă de inimă (I11), cât şi boala hipertensivă renală (I12) sunt prezente.

0928 HIPERTENSIUNEA SECUNDARĂ (I15)

Alocați aceste coduri când hipertensiunea este declarată a fi 'datorită' sau 'secundară' altei afecțiuni, cum ar fi stenoza arterială renală (I15.0 *Hipertensiunea reno-vasculară*) sau feocromocitomul (I15.2 *Hipertensiunea secundară tulburărilor endocrine*).

0933 CATETERISM CARDIAC

Cateterismul cardiac diagnosticat este o procedură de diagnostic invazivă care poate fi efectuată pe partea dreaptă a inimii:

(38200-00 [667] *Cateterism cardiac drept*), partea stângă
(38203-00 [667] *Cateterism cardiac stâng),* sau ca o combinație de proceduri pe partea stângă şi dreaptă a inimii
(38206-00 [667] *Cateterism cardiac drept şi stâng)*.

Cateterismul cardiac diagnosticat se efectuează pentru diagnosticarea şi evaluarea severității bolii cardiovasculare. Codul include înregistrarea presiunilor intracardiace şi intravasculare, înregistrarea tracing, obținerea sângelui pentru analiza gazului din sânge şi măsurarea fracției de ejecție cardiacă. În mod obişnuit angiograma coronariană (angiocardiografia) (arteriografia coronară) este, de asemenea, efectuată, în care caz este alocat un cod adecvat de la blocul [668] *Angiografia coronariană*:

38218-00 [668] *Angiografia coronariană cu cateterizarea inimii stângi*
38218-01 [668] *Angiografia coronariană cu cateterizarea inimii drepte*
38218-02 [668] *Angiografia coronariană cu cateterizarea inimii drepte şi stângi*

Este, de asemenea, alocat un cod adițional dacă este efectuată o ventriculogramă împreună cu cateterismul cardiac şi angiograma coronară:

59900-00 [607] *Ventriculografie stângă*
59900-01 [607] *Ventriculografie dreaptă*
59900-02 [607] *Ventriculografie dreaptă şi stângă*

Cateterismele inimii stângi sunt mult mai obişnuite decât cateterismele combinate cu examinarea arterelor coronariene stângi şi drepte cu o ventriculogramă stângă (via cateter răsucit):

38218-00 [668] *Angiografia coronariană cu cateterizarea inimii stângi*
59900-00 [607] *Ventriculografie stângă*

Când nu este disponibilă nici o informație privind care parte a inimii a fost cateterizată, folosiți următoarele criterii:

Regula ar trebui să fie 'stânga' la pacienții în vârstă de 10 sau mai mulți ani şi 'stânga şi dreapta' la pacienții vârsta mai mică de 10 ani.

0934 PROCEDURILE DE REVIZIE CARDIACĂ/REOPERARE

Procedurile de revizie sau reoperare sunt mai complexe decât procedurile inițiale cardiace şi au ca rezultat o creştere semnificativă în consumul de resurse. Ele sunt efectuate cel mai adesea pentru înlocuirile de valvă CABGs (*vezi* SC 0909 *Bypass al arterei coronare*, pag. 141) şi în procedurile pediatrice cum ar fi înlocuirea conductului în boala congenitală de inimă. O procedură de revizie sau reoperare poate să urmeze în mod firesc, de exemplu, angina unui pacient este recurentă sau pacientul este în insuficiență cardiacă ; aceasta se întâmplă de obicei deoarece artera grefată s-a blocat (mai degrabă un proces natural al bolii, decât o complicație a grefei). O procedură de revizie sau reoperare poate fi, de asemenea, efectuată datorită unei complicații a grefei.

Ca o regulă generală, procedurile de revizie sau reoperare efectuate la o lună de la intervenția chirurgicală originală, ar indica de obicei o complicație a procedurii inițiale. Procedurile de revizie sau reoperare efectuate la o lună după intervenția chirurgicală originală, ar indica de obicei un proces natural al bolii.

1. Pacienții internați în timp de o lună de la intervenția chirurgicală originală pentru o revizie sau reoperare datorită unei complicații a procedurii inițiale, ar trebui să aibă un diagnostic principal legat de complicație.

2. Pacienții internați la mai mult de o lună după intervenția chirurgicală originală pentru o procedură de revizie sau reoperare care nu este legată de o complicație operatorie, ar trebui să aibă afecțiunea cardiacă necesitând intervenția chirurgicală raportată ca diagnostic principal.

   Acolo unde nu există nici un cod de revizie sau reoperare în *ICD-10-AM* Volumul 3 pentru o procedură cardiacă specială, alocați codul pentru tipul de procedură urmat de 38640-00 [664] *Reoperarea pentru altă procedură cardiacă, neclasificată în altă parte.*

EXEMPLUL 1:
Exemple de coduri de procedură a reviziei cardiace sunt:

38637-00 [680]	*Reintervenție pentru ocluzia unui grefon de revascularizare coronariană*
38760-00 [613]	*Înlocuirea comunicării extracardiace dintre ventriculul drept şi artera pulmonară*
38760-01 [613]	*Înlocuirea comunicării extracardiace dintre ventriculul stâng şi aortă*

0936 PACEMAKER

Definiție

Sistemul de conducere cardiac

Într-o inimă normală, fiecare bătaie sau contracție este inițiată de către un impuls electric care îşi are originea în nodulul sinoatrial (SA) şi care trece prin sistemul de conducere a inimii. Impulsul de la nodulul SA se răspândeşte în atriu, producând acestuia o contractură care pompează sângele în ventricolul de sub el. Impulsul trece apoi prin nodulul atrioventricular (AV) (o joncțiune între atriu şi ventricul) către ventricul, producând acestora o contracție şi pompând sângele în plămân, de la ventriculul drept şi în restul organismului de la ventricolul stâng.

Anomaliile în sistemul de conducere (de ex.: blocul AV) ori boala nodului SA (cunoscută ca sindromul sinusului bolnav) are ca rezultat o rată neregulată sau excesiv de înceată a inimii, conducând la o fracție de ejecție cardiacă diminuată. Alte disritmii cu rată rapidă au, de asemenea, un rezultat nefavorabil al fracției de ejecție cardiace deoarece ventriculele sunt incapabile să se umple complet înainte de contracție. Pacemaker-urile stimulează artificial inima pentru a-i corecta tulburările acestor ritmuri.

Funcțiile pacemaker-ului

Pacemaker-ul are două funcții de bază: detectarea şi impulsul. Pacemaker-urile de astăzi au capacitatea de a monitoriza (detecta) sistemul de conducere al propriei inimi şi de a elibera un impuls electric (pacing) numai când sistemul de conducere eşuează. Astfel, în timpul unei bătăi normale pacemaker-ul nu este activat. Dacă, totuşi, sistemul detectează că o bătaie normală nu a survenit, atunci pacemaker-ul activează şi stimulează inima să producă o contracție normală.

Sistemul de pacemaker permanent

Un pacemaker permanent este compus dintr-un sistem format din două părți, şi anume un generator de pulsație (pacemaker) şi unul sau doi electrozi (conductori).

Generatorul de puls (pacemaker-ul) – un generator de puls adăpostește o baterie, un circuit electronic şi un conector, care este implantat într-un 'buzunar' subcutanat, creeat fie în regiunea subclaviculară, fie în regiunea intra-abdominală.

Electrodul (conductorul) – conductorii sunt fire izolate care transportă impulsul de la pacemaker la inimă şi care comută semnalele de la inimă către pacemaker. Conductorul include unul sau mai mulți electrozi şi, când nu pot fi separați, se definesc ca un singur electrod. Conductorii pacemaker-ului pot fi plasați fie transvenos (via subclavie, vena cefalică ori jugulara externă), în interiorul inimii sau epicardic (via sternotomie, toracotomie sau cale subxifoidă) în afara inimii. Electrozii sunt capabili să îndeplinească atât detectarea cât şi transmiterea impulsurilor.

Există două tipuri de sisteme permanente de pacemaker: cu o singură cameră şi cu o cameră dual㠠. Aceasta se referă la capacitatea sistemului de a trimite impulsuri sau a detecta tulburările într-o singură sau în ambele camere ale inimii.

Sistemul cu o singură cameră utilizează un singur conductor plasat fie în atriul drept, fie în ventriculul drept. Acest sistem este capabil să trimită impulsuri sau să detecteze tulburările numai în atrium sau în ventricul.

Un sistem cu două camere are conductori inserați atât în atrium, cât şi în ventricul. Acest sistem este capabil să trimită impulsuri şi/sau să detecteze tulburările atât în atrium cât şi în ventricul. Sistemele cu două camere sunt complexe şi costisitoare, dar acum sunt utilizate mai frecvent decât sistemele cu o singură cameră. Ele permit sincronizarea impulsurilor trimise către atrium şi ventricul, crescând fracția de ejecție cardiacă. Sistemele cu două camere utilizează un singur conductor, care conține electrozi pentru depistarea tulburărilor atriale în plus față electrozii pentru detectarea şi trimiterea impulsurilor ventriculare.

Clasificarea permanentă a pacemaker-ului

Cele trei caractere de codificare a pacemaker-ului (descrierea în detalierea codurilor de la blocurile 650 la 651), corespund Clasificației Internaționale cu cinci caractere ale pacemaker-ului.

Poziția 1	Poziția 2	Poziția 3
Camera de impuls	**Camera de monitorizare**	**Mod de răspuns**
V = Ventricul	V = Ventricule	I = Inhibare
A = Atrium	A = Atrium	T = Declanşare
D = Dual㠠(atrium şi ventricul)	D = Dual (atrium şi ventricul)	D = Dual (declanşare atrială şi inhibiție ventriculară)
O = nici unul	O = nici unul	O = nici unul

Pozițiile finale ale celor două coduri în Clasificarea Pacemaker-ului se leagă cu programabilitaea ori cu rata răspunsurilor şi funcțiilor antitahidisritmitice. Acest detaliu nu este reflectat în codul de procedură a pacemaker-ului din *ICD-10-AM*.

Pacemakeri temporari (electrozi)

Pacemaker-ii temporari sunt conductori cu electrozi, de obicei inserați transvenos, dintre care un fir conducător este inserat prin piele şi trecut printr-o venă mare din partea dreaptă a inimii. Alternativ transcutan (transdermal) impulsul temporar implică utilizarea unor fire conducătoare, atașate pe suporți așezați pe pieptul pacientului şi sprijină conducerea impulsurile electrice. Pielea nu este pătrunsă.

Electrozii temporari sunt conectați cu o sursă de putere externă şi, în consecință, nu cer implantarea unui generator pulsatil. Pacemaker-urile temporare sunt utilizate să mențină rata inimii pacientului, până în momentul în care un pacemaker permanent poate fi implantat, sau pentru a monitoriza pacientul ca urmare a unei intervenții chirurgicale cardiace. (*Vezi, de asemenea,* SC 0909 *Bypass-ul arterei coronare,* pag. 141).

Clasificare

Pacemakeri permanenți

Codurile pentru **inserția** unui pacemaker sunt la blocurile:

[650] *Montarea unui stimulator cardiac monocameral*
[651] *Montarea unui stimulator cardiac bicameral* **şi**
[652] *Montarea unui alt tip de stimulator cardiac*

Codificați, de asemenea, inserare de electrozi la blocurile:

[648] *Inserția transvenoasă a unui electrod permanent pentru pacemaker* **sau**
[649] *Inserția unui electrod epicardic sau transcutanat pentru pacemaker*

Când un **electrod temporar este îndepărtat şi un pacemaker permanent este implantat**, pacemaker-ul permanent este codificat ca o inserție inițială, nu ca o înlocuire.

Inserția unui conductor într-un timp (conținând electrozi pentru monitorizarea atrială şi monitorizarea ventriculară şi impuls) are alocat codul 38284-00 [648] *Inserția transvenoasă la nivel atrial şi ventricular a unor electrozi permanenți.*

Testarea unui pacemaker permanent poate implica ECG (electrocardiografie) sau telemetria (transmiterea de semnale din interiorul pacemaker-ului). Telemetria procură informații despre viața bateriei, funcțiile programabile (de ex.: mod, rata de ieşire, amplitudinea sau durata şi numărul pulsațiilor) şi frecvența utilizării pacemaker-ului. Testarea este realizată de rutină în timpul episodului de îngrijiri când este inserat pacemaker-ul şi, în consecință, un cod de procedură nu este necesar în acest caz. Pentru testarea în timpul unui alt episod de îngrijire se dă codul de la [1856] *Testarea pacemaker-ului cardiac implantat.*

Reprogramarea unui pacemaker permanent (ajustarea ratei, schimbarea modului) este inclusă la blocul [1856] *Testarea pacemaker-ului cardiac implantat.*

Înlocuirea unui pacemaker permanent cere coduri pentru inserția unui nou pacemaker şi îndepărtarea celui vechi. Depinzând de motivul înlocuirii, aceasta se face fie prin înlocuirea pacemaker-ului, ori a electrodului, ori a amândorura. Notele procedurale trebuie să producă această informație. Dacă electrodul a fost înlocuit, codificați, de asemenea, inserția electrodului(lor) şi îndepărtarea electrodului(lor) permanent.

Sfârşirea vieții unei baterii este o indicație prioritară pentru înlocuirea pacemaker-ului. Nu este o complicație a mecanismului. Internarea pentru înlocuirea prioritară a pacemaker-ului este notată la codul:

Z45.0 *Adaptarea şi întreținerea unui stimulator cardiac* împreună cu procedurile adecvate codificate.

Complicațiile pacemaker-ului au alocate codurile:

T82.1 *Complicația mecanică a unui aparat electronic cardiac* include proasta funcționare a pacemaker-ului sau a conductorilor, ruptura sau dislocarea unui conductor.

T82.7 *Infecția şi reacția inflamatorie datorită altor proteze, implante şi grefe cardiace şi vasculare* include infecția buzunarului pacemaker-ului sau infecția datorită conductorului.

T82.8 *Alte complicații şi proteze, implante şi grefe cardiace şi vasculare* include hematomul buzunarului pacemaker-ului sau erodarea pecemaker-ului datorită locului buzunarului.

Sindromul de pacemaker poate să apară la pacienții cu un pacemaker ventricular. Sindromul desfăşoară un rang de tulburări funcționale, incluzând descreşterea fracțiunii de ejecție cardiace, cardiomegalia, pierdierea sincronizării atrio-ventriculare şi bloc de ramură stângă. Sindromul este produs de prezența pacemaker-ului şi nu este o complicație a aparatului. Sindromul pacemaker-ului se codifică la I97.1 *Alte tulburări funcționale după chirurgia cardiacă.*

Starea pacemaker-ului ar trebui să fie repartizată la codul Z95.0 *Prezența unui stimulator cardiac* cu excepția cazurilor în care pacemaker-ul cere unele ajustări sau managementul lui în timpul episoadelor de îngrijire. Pacienții cu un pacemaker in-situ cer îngrijiri suplimentare în timpul intervenției chirurgicale şi, în consecință, vor trebui codificate pentru toate cazurile chirurgicale.

Pacemaker temporar

Codurile pentru **inserția** unui electrod temporar al pacemaker-ului sunt:

90202-00 [649] *Inserția unui electrod epicard temporar*
90202-01 [649] *Fixarea transcutanată a unui electrod temporar*
38256-00 [647] *Inserția transvenoasă la nivel atrial a unui electrod temporar*
38256-01 [647] *Inserția transvenoasă la nivel ventricular a unui electrod temporar*
38256-02 [647] *Inserția transvenoasă la nivel atrial şi ventricular a unor electrozi temporari*

Când inserția electrozilor temporari ai pacemaker-ului (firele de impuls) sunt instalate în conjunctură cu chirurgia cardiacă, nu se acordă cod. Similar, procedurile pentru ajustare, repoziționare, manipulare sau îndepărtare a electrozilor temporari ai pacemaker-ului nu se codifică.

0938 OXIGENAREA CU MEMBRANĂ EXTRACORPOREALĂ PERMEABILĂ (ECMO)

ECMO (90225-00 [642] *Oxigenarea cu membrană extracorporală permeabilă [ECMO]*) este o tehnică care acordă suport respirator şi în care sângele este circulat printr-un plămân artificial, care este alcătuită din două compartimente separate printr-o membrană permeabilă la gaze, cu sângele de o parte şi gazele care sunt ventilate de cealaltă parte.

ECMO se aplică pentru insuficiența pulmonară datorită unei varietăți de cauze, care includ diagnostice atât respiratorii, cât şi non-respiratorii, ca şi cauze datorite unor traumatisme multiple, înec, infecții, boli pulmonare neonatale etc. Procedurile implică costuri mari şi internări prelungite.

ECMO ar trebui să fie codificată când este notată în fişa clinică a pacientului. Este de specificat că ECMO nu este acelaşi lucru cu circulația extracorporeală şi de aici nota de excludere *(Exclude: circulația extracorporală pentru chirurgie pe inimă deschisă…)* de care va trebui să se țină seamă.

0939 CHIRURGIA FISTULEI/SHUNTULUI ARTERIOVENOS

Fistula arteriovenoasă (AV): o anormalitate, asemenea unui tub ce face trecerea între o arteră şi o venă. Unele sunt creeate chirurgical, cum ar fi pentru dializa renală, în timp ce altele apar ca o rezultantă a unor accidente ori a unor anormalități congenitale. Fistulele arteriovenoase pentru dializa renală sunt creeate prin anastomoză cu un grefon venos ori o prosteză (de ex.: Goretex, Thoratec). Pentru crearea fistulei venoase alocați un cod de la blocul [765] *Proceduri pentru fistula arterio-venoasă chirurgicală.*

Shuntul arteriovenos (AV): un tub de plastic în formă de U inserat între o arteră şi o venă, de obicei efectuat pentru a permite un acces repetat în sistemul arterial, în scopul realizării unor hemodialize. Partea tubului de plastic este exterioară la piele. Pentru inserția shuntului arteriovenos se alocă codul 34500-00 [764] *Proceduri pentru shuntul arterio-venos extern*.

Înlăturarea unui tromb al fistulelor sau shunturilor AV

Înlăturarea unui tromb al fistulelor şi shunturilor AV se poate face printr-o abordare chirurgicală sau angiografică.

Abordarea chirurgicală implică deschiderea fistulei sau shuntului şi înlăturarea trombului (trombectomie). Alocați:

13106-00 [764] *Trombectomie la nivelul unui shunt extern arterio-venos* **sau**
34515-00 [765] *Trombectomie la nivelul unei fistule arterio-venoase*

Abordarea angiografică implică canularea fluxului arterial al fistulei (sau tubului) şi administrarea unui agent trombolitic (făcut sub anestezie locală) sau utilizând un balon pentru efectuarea unei angioplastii transluminale, unde balonul este utilizat pentru a 'extrage' trombusul din fistulă (angioplastia cu balon nu se practică pentru shunturile AV).

Pentru înlăturarea unui tromb al fistulei sau shuntului AV prin administrarea unui agent trombolitic, alocați :

35317-00 [741] *Cateterizarea percutanată venoasă sau arterială pentru administrarea unor substanțe trombolitice sau chimioterapice prin perfuzie continuă* **sau**
35319-00 [741] *Cateterizarea percutanată venoasă sau arterială pentru administrarea unor substanțe trombolitice sau chimioterapice prin tehnica "puls spray"* **sau**
35320-00 [741] *Cateterizarea venoasă sau arterială intraoperatorie pentru administrarea unor substanțe trombolitice sau chimioterapice*

Pentru înlăturarea unui tromb al fistulei AV prin angioplastie cu balon, alocați:

35303-06 [754] *Angioplastie transluminală percutană cu balon* **sau**
35303-07 [754] *Angioplastie intraoperatorie transluminală cu balon*

Corectarea stenozei fistulei AV

Corectarea stenozei unei fistule AV se realizează fie prin:

Dilatare a stenozei prin angioplastie cu balon, pentru care se alocă:

35303-06 [754] *Angioplastie transluminală percutană cu balon* **sau**
35303-07 [754] *Angioplastie intraoperatorie transluminală cu balon*

SAU

Punerea în evidență a stenozei prin incizie, legătură şi reanastomoza fistulei, pentru care se alocă:

34518-00 [765] *Corecția unei stenoze la nivelul unei fistule arterio-venoase* **sau**
34518-01 [765] *Corecția unei stenoze la nivelul unei fistule arterio-venoase cu interpoziție de grefon*

Internare pentru închiderea unei fistule AV sau îndepărtarea unui shunt AV

Internarea pentru închiderea unei fistule AV sau îndepărtarea unui shunt AV se notează ca diagnostic principal acordând codul Z48.8 *Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală* cu un cod de procedură de la blocurile:

34130-00 [765] *Închiderea unei fistule arterio-venoase la nivelul membrelor* **sau**
34506-00 [764] *Excizia unui shunt extern arterio-venos*

0940 BOALA ISCHEMICĂ A INIMII (vezi, de asemenea, SC 0941 *Boala arterială,* pag. 156)

Definiție

Boala ischemică de inimă este termenul general pentru un număr de tulburări care afectează miocardul datorită insuficienței coronariene, care este o scădere a cantității de sânge către inimă. Este provocată **de obicei** de depozite de material ateromatos care obstrucționează în mod progresiv arterele coronariene şi ramurile lor.

Clasificare

Boala ischemică a inimii este clasificată la categoriile I20–I25 după cum urmează:

Angina pectorală	(I20)
Infarct miocardic acut	(I21)
Infarct miocardic ulterior	(I22)
Unele complicații curente consecutive infarctului miocardic acut	(I23)
Alte boli ischemice acute cardiace	(I24)
Cardiopatia ischemică cronică	(I25)

ANGINA PECTORALĂ (I20)

Definiție

Mecanism = tranzitoriu, ischemie miocardiacă localizată.

Este o discrepanță între cererile miocardului pentru oxigen şi cantitatea eliberată prin arterele coronariene. Angina este definită clar ca un atac de scurtă durată care încetează complet fără disconfort rezidual. Se datorează, în mod obişnuit, bolii de inimă arteriosclerotice, dar se poate produce în absența bolii semnificative a arterelor coronariene ca un rezultat al spasmului coronarian, stenozei sau insuficienței aortice severe, cererilor metabolice crescute, cum ar fi în hipertiroidism sau după terapie tiroidă, anemie marcată, tahicardii paroxistice cu bătăi ventriculare rapide sau în tulburările țesutului conjunctiv, cum ar fi lupus eritematos sistemic care afectează arterele mici coronariene.

Tipurile specifice de angină sunt:

*Angina instabilă (I20.0)

Definiție

Codul I20.0 *Angina instabilă* include afecțiunile descrise ca sindrom coronarian intermediar, sindrom de preinfarct şi infarct de miocard prematur sau infarct de miocard cu deficiență. Angina care se produce la mai mult de 24 de ore după infarct şi în cadrul episodului de îngrijire pentru infarct este cunoscută ca angină postinfarct şi este clasificată, de asemenea, la I20.0 *Angina instabilă.*

Angina instabilă este un sindrom intermediar între angina pectorală la efort şi infarct acut de miocard în spectrul bolii coronariene de inimă. Este recunoscută prin apariția durerii care are diferite caractere privind durata, radierea şi severitatea sau care, după o perioadă de ore sau zile, prezintă caracteristica producerii cu uşurință şi în crescendo a crizelor ori care apare în repaus sau în timpul nopții.

Clasificare

Dacă un pacient este internat cu angină instabilă şi evoluează către infarct de miocard în acelaşi episod de îngrijiri, alocați un cod numai pentru infarctul de miocard.

Totuşi, dacă pacientul dezvoltă angină postinfarct, I20.0 *Angina instabilă* poate fi ordonat ca un cod adițional.

*Angina pectorală cu spasm înregistrat (I20.1)

Definiție

Spasmul arterei coronariene rezultă în circulația scăzută a fluxului sanguin coronarian şi se poate produce spontan sau poate fi indus prin iritația mecanică a cateterului coronar, prin expunerea la frig sau prin anumite medicamente. Spasmul se poate produce atât în arterele coronariene normale cât şi în cele stenozate. Aritmiile, angina pectorală şi chiar infarctul de miocard se pot produce ca rezultat al spasmului în absența stenozei coronariene obstructive.

Varianta anginei Prinzmetal se produce mai sigur în repaus decât la efort şi se poate produce în momente diferite în timpul zilei sau nopții.

Clasificare

Codul pentru orice tip de angină ar trebui să fie ordonat înaintea aterosclerozei coronariene, dacă se observă că pacientul ar avea această afecțiune.

Pacienții pot avea boala arterei coronariene fără vreun alt simptom de angină. În acest caz angina nu este codificată.

Mulți codificatori au considerat în mod tradițional angina ca un 'simptom' al aterosclerozei şi au ordonat incorect ateroscleroza ca diagnostic principal, adică o cauză de bază a anginei. Cu toate că angina poate fi descrisă ca un simptom, ea constituie unul din grupul de 'simptoame' care sunt semnificative prin ele însele.

Pacienții diagnosticați ca având în mod curent atât boala ischemică a inimii, cât şi angina, pot avea alocate atât codul I25.9 *Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată,* cât şi codul I20.9 *Angina pectorală, nespecificată.* Angina poate fi codificată ca o afecțiune asociată.

INFARCT MIOCARDIC ACUT (I21)

Definiție

Mecanism = ocluzie arterială.

Infarctul miocardic acut este o afecțiune ischemică acută, de obicei cauzată de ocluzia arterei coronariene printr-un tromb acolo unde există o îngustare ateromatoasă. Ocluzia întrerupe aprovizionarea cu sânge a zonei miocardului aprovizionat de către artera afectată, provocând moartea celulelor din acea zonă. Severitatea afecțiunii depinde de cât de mare este porțiunea implicată a miocardului şi poate varia de la boală severă moderată la deces subit.

Clasificare

Un infarct de miocard descris ca acut sau cu o durată de 4 săptămâni (28 zile) sau mai puțin de la debut este clasificat la categoria I21 *Infarct miocardic acut*. Codurile I21.0–I21.3 identifică infarctele transmurale.

Codul I21.4 identifică infarctul subendocardic, cunoscut, de asemenea, ca non Q-wave sau non-transmural. Infarctele subendocardiale nu se extind în întreaga grosime a peretelui miocardic. La ECG, ele creează un model de schimbare a lungimii segmentului ST şi acestea sunt greu de localizat. I21.4 ar trebui să fie alocat singur pentru un infarct subendocardial. Localizarea sau peretele afectat nu este codificată.

Codurile de la categoria I21 *Infarct miocardic acut* ar trebui să fie alocate pentru un infarct atât în primul spital în care pacientul este internat pentru tratament, cât şi în orice altă unitate de asistență acută la care pacientul este transferat în cadrul a 4 săptămâni (28 de zile) sau mai puțin de la debutul infarctului.

EXEMPLUL 1:

Spitalul A – pacient internat pentru un episod inițial de îngrijiri pentru un infarct miocardic acut anteroseptal şi apoi transferat la un alt spital în ziua a doua.
Alocați codul I21.0 *Infarct miocardic acut, transmural al peretelui anterior*

Spitalul B – pacient transferat pentru continuarea diagnosticării sau chirurgie şi transferat înapoi la spitalul A în ziua a 20-a.
Alocați codul I21.0 *Infarct miocardic acut, transmural al peretelui anterior*

Spitalul A – pacient transferat înapoi, fără să fi fost externat din secția respectivă de acuți, şi externat acasă în ziua a 24-a.
Alocați codul I21.0 *Infarct miocardic acut, transmural al peretelui anterior*

INFARCT MIOCARDIC ULTERIOR (I22)

Această categorie ar trebui să fie alocată pentru infarct al oricărei localizări a miocardului, produs în cadrul a 4 săptămâni (28 zile) de la debutul unui infarct anterior.

ALTE BOLI ISCHEMICE ACUTE CARDIACE (I24)

Definiție

Mecanism = ischemie miocardică prelungită, cu sau fără necroză miocardică.

*Tromboza coronară nerezultând din infarctul miocardic acut (I24.0)

Terapia trombolitică promptă şi/sau chirurgia pot preveni o ocluzie sau tromboză a arterei care pot duce la infarct.

*Sindromul Dressler (I24.1)

De asemenea cunoscut ca sindromul postinfarct. Acesta este considerat a fi o reacție hipersensibilă la infarctul de miocard şi rareori este observat din moment ce tratamentul infarctului de miocard s-a îmbunătățit. El se poate produce la 4-6 săptămâni în urma unui infarct de miocard şi se caracterizează prin pericardită, frecătură pericardică şi febră cu sau fără pneumonie.

CARDIOPATIA ISCHEMICĂ CRONICĂ (I25)

Această categorie include asemenea afecțiuni cum ar fi ateroscleroza coronară, insuficiența coronară cronică, ischemia miocardică, anevrismul inimii.

*Cardiopatia aterosclerotică (I25.1-)

Definiție

Aceste coduri includ condițiile descrise ca boală arteriosclerotică a inimii, arterioscleroză coronară, boală arterială coronară, strictură coronară şi scleroză coronară sau aterom.

Mecanism = plăci formate din depozite de grăsime pe stratul interior (intima) al arterelor.

Formarea acestor plăci ori aterome face ca peretele interior al arterei să devină aspru şi, astfel, pereții musculari să devină rigizi şi inelastici. Îngustarea lumenului şi pierderea elesticității peretelui muscular descreşte rata cu care fluxul de sânge poate circula prin vas, ceea ce poate conduce la ischemia țesuturilor, care sunt irigate de către vas, şi la dezvoltarea de cheaguri în interiorul vaselor.

Clasificare

Subdiviziunea cu al cincilea caracter indică natura arterei coronariene implicate. Dacă este clar din documentație că nu există o intervenție chirurgicală pentru bypass pentru arteră coronariană anterioară alocați codul I25.11 *Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native*.

Ateroscleroza unei grefe de bypass se clasifică la I25.12 *Cardiopatia aterosclerotică a grefei de bypass autologe* sau I25.13 *Cardiopatia aterosclerotică a grefei de bypass neautologe*.

Embolismul sau ocluzia unei grefe de bypass se clasifică la T82.8 *Alte complicații și proteze, implante și grefe cardiace și vasculare*.

*Infarct miocardic vechi (vindecat) (I25.2)

I25.2 *Infarct miocardic vechi* este esențial un 'istoric al' codului, chiar dacă nu este inclus în capitolul de coduri Z. Ar trebui să fie alocat ca un cod adițional, numai dacă se aplică următoarele criterii :

- infarctul de miocard 'vechi' s-a produs cu mai mult de 4 săptămâni în urmă (28 zile);
- pacientul **nu** primește îngrijiri în mod curent (observare, evaluare sau tratament) pentru infarctul de miocard 'vechi'; și
- infarctul de miocard 'vechi' întrunește criteriile pentru diagnostic adițional (vezi SC 0002 *Diagnostice adiționale*, pag. 9).

*Anevrismul inimii (I25.3) sau al vaselor coronare (I25.4)

Un anevrism este un sac format prin dilatarea peretelui inimii sau vaselor coronariene. Un anevrism poate fi cauzat de ateriosclerozã din moment ce ea deformează și vătămează peretele muscular într-o asemenea măsură încât slăbește și se dezvoltă un anevrism.

*Cardiomiopatie ischemică (I25.5)

Cardiomiopatia ischemică este un termen care este folosit uneori pentru a desemna afecțiunea în care boala ischemică de inimă provoacă fibrozã difuză sau infarcte multiple și duce la insuficiență cardiacă cu dilatarea ventriculului stâng.

Notă: Toate celelalte tipuri de cardiomiopatie sunt codificate la I42 *Cardiomiopatia* și I43* *Cardiomiopatia în bolile clasate la alte locuri*.

*Alte forme de cardiopatie ischemică cronică (I25.8)

Infarctul de miocard descris ca fiind 'cronic' sau cu o durată mai mare de 4 săptămâni (28 zile) de la debut și pentru care pacientul primește îngrijiri acute în mod curent (observare, evaluare sau tratament) este clasificat la I25.8 *Alte forme de cardiopatie ischemică cronică.* Următoarele afecțiuni cardiace sunt de asemenea incluse în acest cod:

- Anevrism al venei coronare
- Arterita arterei coronare
- Deformarea arterei coronare (dobândită)
- Boală, inimă, formă specificată neclasificată altundeva
- Insuficiență coronariană, cronică sau cu durată declarată de peste 4 săptămâni.

*Cardiopatie ischemică cronică, fără altă specificare (I25.9)

Acest cod ar trebui să fie folosit în ultimă instanță. Dacă boala ischemică de inimă (IHD) este documentată ca o problemă în episodul de îngrjiri curent și nu au existat intervenții, cum ar fi CABGs sau PTCAs, cu sau fără inserția stentului, atunci este acceptabilă codificarea la specificitatea bolii (adică ateroscleroza coronariană, I25.1-) așa cum a fost documentată într-un raport anterior privind angiograma, atunci când este disponibil.

Totuşi, acolo unde IHD este documentată ca o problemă dar a existat intervenție este posibil să se aloce atât I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică* cât şi Z95.1 *Prezența unei proteze aorto-coronare* sau Z95.5 *Prezența de implant și de grefă de angioplastie coronară* dacă există detalii suficiente despre afecțiune atât a grefelor tratate anterior cât şi a vaselor native. Dacă detaliile nu sunt disponibile, dar IHD este încă considerată a fi o problemă, ambele coduri I25.9 *Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată* şi Z95.1 *Prezența unei proteze aorto-coronare* pot fi alocate.

Dacă există un istoric anterior al unei intervenții chirurgicale de bypass al arterei coronariene sau angioplastie coronariană, alocați codurile Z95.1 *Prezența unei proteze aorto-coronare* sau Z95.5 *Prezența de implant și de grefă de angioplastie coronară* numai când o asemenea stare este semnificativă pentru episodul curent de îngrijiri.

0941 BOALA ARTERIALĂ

Arterioscleroza

Arterioscleroza este un termen general pentru mai multe boli în care pereții arteriali se îngroaşă şi îşi pierd elasticitatea.

Sunt trei forme principale de arterioscleroză:

- ateriosclerоza (cea mai obişnuită)
- arterioscleroza Mönckeberg (calcifierea arterelor mici, de obicei la persoanele în vârstă, denumită de asemenea scleroza prin calcificarea mediei)
- scleroza arteriolară (arteriolosclerоza, de cele mai multe ori provocată de hipertensiunea în arteriole, mai ales la rinichi, splină şi pancreas).

Clasificare

Dacă arterioscleroza nespecificată altminteri, care afectează o arteră mare (de ex.: carotidă, coronară, renală, aorta abdominală, iliacă, femurală sau altă arteră a extremităților), este documentată, ar trebui alocat codul de ateroscleroză adecvat.

EXEMPLUL 1:
I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică*;
I70.2- *Ateroscleroza arterelor extremităților*.

Atât pentru ateriosclerоza Mönckeberg cât şi pentru scleroza arteriolară, consultați indexul şi alocați codul adecvat.

Ateroscleroza

Ateroscleroza este cea mai obişnuită formă de arterioscleroză şi se caracterizează prin dezvoltarea de plăci de grăsime (aterome) în cadrul arterelor, cum ar fi arterele coronară, cerebrovasculară şi renală.

Ateroscleroza este o entitate patologică, al cărei diagnostic este dependent mai degrabă de dovada unei boli clare (de ex.: simptoame ale bolii de piept, claudicația intermitentă a piciorului, atac ischemic tranzitoriu [TIA]) decât de procentajul în care vasele sunt blocate.

Pe angiograme, diagnosticul 'obstrucție' sau 'placă arterială' înseamnă ateroscleroză.

Proceduri efectuate pentru ateroscleroză

Angioplastia (PTA/PTCA – angioplastia coronariană transluminală percutană [balon]), grefe de bypass şi stent intraarterial (CABG, femuro-popliteal etc.) sunt efectuate de obicei pentru a uşura simptomele de ateroscleroză (de ex.: angina, claudicația intermitentă). De aceea, în absența unei documentări complete sau a unei recomandări clinice, dacă una din aceste proceduri este efectuată, ateroscleroza poate fi considerată diagnostic.

Clasificare

Dacă ateroscleroza care afectează o arteră este documentată, ar trebui să fie alocat codul adecvat de ateroscleroză. În cazul aterosclerozei coronariene (boala arterei coronare [CAD] sau boala vasului triplu [TVD]), unde angina este prezentă, angina este ordonată ca diagnostic principal iar codul pentru ateroscleroză este alocat ca un cod adițional (vezi SC 0940 *Boala ischemică a inimii*, pag. 152).

Boala arterei coronariene (CAD)

'CAD' se referă la ateroscleroză în 99% din cazuri. Procentul de 1% din cazuri care rămâne se datorează spasmului, embolismului şi altor cauze specifice.

Clasificare

În cazul în care 'CAD' este documentată fără menționarea spasmului, embolismului, şi altor cauze specifice (cu excluderea aterosclerozei), ar trebui să fie alocat un cod de la categoria I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică.*

Embolism

Embolismul este un cheag din material străin, cel mai adesea un cheag de sânge (de ex.: din atrium), care s-a rupt şi s-a depus într-un vas mai mic. Embolismul se poate produce fără ateroscleroză. De aceea, dacă diagnosticul documentat este 'embolism' nu poate fi considerat că ateroscleroza este prezentă. Totuşi, ateroembolismul este o piesă (cheag) al plăcii ateromatoase sau material trombotic, de obicei aderent la placă, care s-a rupt şi s-a depus într-un vas, provocând obstrucția. De aceea, ateroembolismul implică prezența aterosclerozei, cu o obstrucție acută provocată de piesa liberă a plăcii.

Clasificare

Dacă embolismul unei artere coronariene este documentat (iar pacientul nu a evoluat către infarctul miocardic) alocați I24.0 *Tromboza coronară nerezultând din infarctul miocardic acut*. Într-un caz mai recent în care pacientul progresează către infarct de miocard, alocați un cod adecvat de la categoria I21 *Infarct miocardic acut*. Prezența aterosclerozei (de ex.: în ateroembolism) acolo unde este documentată ar trebui să fie de asemenea indicată printr-un cod de diagnostic adițional de la categoria I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică.*

Embolismul altor locuri este codificat aşa cum se arată în Indexul Alfabetic al Bolilor, de ex.: femural, iliac – la categoria I74 *Embolia şi tromboza arterială*; renal – N28.0 *Ischemia şi infarctul renal* ; vertebral, carotid – categoria I65 *Ocluzia şi stenoza arterelor precerebrale* fără a rezulta infarct cerebral.

Ischemia

Termenul 'ischemie' se referă la procesul fiziologic de reducere a fluxului sângelui. Cauza ischemiei ar trebui să fie constatată (traumă, embolus, tromb).

Documentarea unui 'picior ischemic' se referă la PVD (vezi mai jos *Boala vasculară periferică*). Boala ischemică a inimii (IHD) se poate referi la ateroscleroza coronariană, insuficiența coronară cronică, ischemia miocardică sau anevrismul inimii. De aceea ateroscleroza nu ar trebui să fie presupusă a fi cauză.

Clasificare

Un cod specific ar trebui să fie alocat pentru cauza ischemiei (de ex.: traumă, embolus, tromb) dacă este posibil.

Dacă numai 'piciorul ischemic' este documentat, alocați un cod de la categoria I70.2- *Ateroscleroza arterelor extremităților*.

Dacă numai 'boala ischemică a inimii' este documentată şi nici o altă informație nu este disponibilă, alocați I25.9 *Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată.* (Vezi, de asemenea, SC 0940 *Boala ischemică a inimii*, pag. 155-156.)

Obstrucția

Diagnosticarea 'obstrucției' se referă la ateroscleroză în majoritatea cazurilor (vezi mai sus *Ateroscleroza*). Termenii obstrucție şi stenoză sunt folosiți ca sinonime (vezi *Stenoză* mai jos).

Clasificare

Dacă este diagnosticată peste 50% din obstrucția unei artere, aceasta ar trebui să fie codificată ca ateroscleroză (dacă nu se declară altă cauză pentru obstrucție). Notați că instrucțiunea de index 'vezi, de asemenea, *Embolism*' ar trebui să fie urmată numai atunci când un 'embolism' sau 'ateroembolism' sunt documentate drept cauza obstrucției (vezi, de asemenea, *Embolism* mai sus).

Ocluzia

Termenul de 'ocluzie' este folosit pentru a descrie blocajul complet sau obstrucția unui vas, de obicei datorit aterosclerozei.

Clasificare

Dacă 'ocluzia' unei artere coronariene este documentată fără alte informații, ar trebui să fie alocat un cod de la categoria I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică*. Dacă este evident din rezultatele cateterismului cardiac sau angiogramei că ocluzia se datorează unui trombus sau embolus (iar pacientul nu a evoluat către un AMI) alocați I24.0 *Tromboza coronară nerezultând din infarctul miocardic acut*. În cazurile mai recente, unde pacientul evoluează către un infarct de miocard, alocați un cod de la categoria I21 *Infarct miocardic acut*. (Notați că lipsa index a descrierii codului I21.9 care se găseşte sub 'ocluzie, coronariană' şi instrucțiunea '*vezi, de asemenea, Infarctul de miocard*' trebuie să fie urmate numai dacă există o documentare a infarctului).

Similar, 'ocluzia' altor artere care nu este documentată ca datorită altei cauze ar trebui să fie alocat codul adecvat de ateroscleroză. Notați că instrucțiunea de index 'vezi, de asemenea, *Embolism*' ar trebui să fie urmată numai atunci când un 'embolism' este documentat drept cauză a ocluziei (vezi, de asemenea, *Embolism* de mai sus).

Boala Vasculară Periferică (PVD)

În majoritatea cazurilor PVD este datorită aterosclerozei.

PVD poate fi, de asemenea, cauzată de un embolus or microembolus (de ex.: din inimă datorit fibrilației atriale), tromboză, trauma arterială, spasm al peretelui arterial sau defect structural congenital. Dacă 'PVD' sau ' piciorul ischemic (cronic)' este documentat, dar alte infomații despre cauza PVD nu sunt disponibile, se poate presupune că se datorează aterosclerozei.

Clasificare

Dacă PVD este specificată mai departe în documentație (de ex.: Sindromul Raynaud – I73.0 *Sindromul Raynaud*; embolismul arterei femurale – I74.3 *Embolia şi tromboza arterelor membrelor inferioare*), codificați boala specifică.

Dacă 'PVD' sau 'piciorul ischemic cronic' sunt documentate fără alte specificări, alocați I70.2- *Ateroscleroza arterelor extremităților*. (I73.9 *Boala vasculară periferică, fără altă specificare* nu este nevoie să fie alocat.)

Stenoza

Stenoza este un termen anatomic cantitativ şi deseori se referă la ateroscleroză.

Termenii 'stenoză' şi 'obstrucție' sunt echivalenți (de ex.: 60% stenoză = 60% obstrucție). Stenoza completă produce ocluzia. (Vezi, de asemenea, *Obstrucție* de mai sus.)

Clasificare

Dacă peste 50% din stenoza arterei coronariene este documentată fără alte informații ar trebui să fie alocat un cod din categoria I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică.* Dacă este evident din rezultatele cateterismului cardiac sau angiogramei că stenoza se datorează unui trombus (iar pacientul nu a evoluat către un AMI) alocați I24.0 *Tromboza coronară nerezultând din infarctul miocardic acut.* În caz mai recent, unde pacientul evoluează către infarct de miocard, alocați un cod de la categoria I21 *Infarct miocardic acut.*

Similar, peste 50% din stenoza altor artere care nu este documentată ca datorită altei cauze, urmează să i se aloce un cod adecvat de ateroscleroză. (Notați că instrucțiunea din index după 'Stenoză' la '*vezi, de asemenea, Strictura*' codurile lipsă pentru 'Stenoză, arteră neclasificată altundeva' la I77.1 *Stenoza arterelor* ar trebui să fie urmate numai când 'strictura' este documentată fără altă specificare. Vezi, de asemenea, *Strictura* de mai jos.)

Strictura

Strictura este definită ca o îngustare anormală în interiorul unui tub deschis, cum ar fi un vas.

Clasificare

Fără alte informații în documentația clinică, nu considerați că strictura se datorează aterosclerozei. De aceea, dacă 'strictura arterei' este documentată fără altă specificație, alocați I77.1 *Strictura arterelor*. Totuşi, dacă est evident (de ex.: din rezultatele catateriSmului cardiac sau angiogramei) că strictura unei artere se datorează unui trombus sau aterom, alocați un cod mai specific cum ar fi, pentru o arteră coronariană – I24.0 *Tromboză coronară nerezultând din infarctul miocardic acut* sau un cod de la categoria I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică.* În caz mai recent unde pacientul evoluează către infarct de miocard, alocați un cod de la categoria I21 *Infarct miocardic acut*.

Tromboza

Tromboza este, de obicei, punctul terminal în evoluția aterosclerozei atunci când un cheag de sânge (trombus) se formează pe suprafața plăcii provocând obstrucția.

Clasificare

Dacă troboza unei artere coronare este documentată (şi pacinetul nu a evoluat către un infarct miocardic) alocați I24.0 *Tromboză coronară nerezultând din infarctul miocardic acut*. În acelaşi caz ca mai sus, dar acolo unde pacientul evoluează către un infarct miocardic, alocați un cod de la categoria I21 *Infarct miocardic acut.*

Tromboza altor artere ar trebui să primească coduri în conformitate cu Indexul Alfabetic de Boli.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sistemul Circulator.

10 SISTEMUL RESPIRATOR

1002 ASTMUL

Definiție

Pacienții cu astm sever acut (status asthmaticus) suferă de deteriorarea afecțiunilor de bază şi nu răspund la medicație obişnuită. Această definiție s-ar aplica deseori pacienților care sunt internați în spital cu un diagnostic principal de 'astm'. Totuşi, practicile diferite de internare din țară pot însemna că astmul ca diagnostic principal nu poate fi considerat a fi 'astm acut sever'. Pacienții astmatici pot fi internați pentru alte motive (de exemplu nici unul nu poate fi îngrijit acasă, educația în managementul astmului, imposibilitatea medicului generalist de a ajunge în zonele rurale).

Clasificare

J45.- *Astmul* ar trebui să fie alocat pentru diagnostice cum ar fi 'astmul', 'astmul sever', 'astmul acut' sau orice altă variație a acestei terminologii care nu este inclusă în J46 *Status asthmaticus*.

J46 *Status asthmaticus* ar trebui să fie alocat numai dacă astmul este documentat ca fiind 'acut sever' sau 'refractar'.

Astmul descris ca **obstructiv cronic** sau astmul documentat cu boală pulmonară obstructivă cronică COPD ar trebui să primească numai un cod de la J44.- . Un cod de la J45.- *Astmul* nu este adecvat în asemenea cazuri, aşa după cum este evidențiat din excluderile de la J45 şi din index după cum urmează:

J45 Astm

Exclude: Bronşita cronică astmatică (obstructivă) (J44.-)
Astmul cronic obstructiv (J44.-)

Index: **Boală, bolnav**
- plămân J98.4
- - obstructiv (cronic) J44.9
- - - cu
- - - - astm J44.-

J44.- *Altă boală pulmonară obstructivă cronică* nu ar trebui să fie alocată pentru diagnostic de 'astm cronic'. Astmul cronic ar trebui să fie codificat la J45.- *Astmul*. (*Vezi* SC 1008 *Boala pulmonară obstructivă cronică (COPD),* pag. 168).

1004 PNEUMONIA

Pneumonia este inflamarea alveolelor. Această inflamare se datorează în general unei infecții. Numărul posibil de organisme care pot produce pneumonia este mare. Organismul cauzativ nu este identificat într-un număr semnificativ de cazuri.

Organismele care provoacă pneumonia la un pacient din afara spitalului (adică pneumonia dobândită în comunitate) pot diferi de pneumonia dobândită în interiorul spitalului (adică pneumonia nosocomială sau dobândită în spital). Când pacientul este imunosupresat, organismele pot fi diferite din nou.

Procesul inflamatoriu poate implica întregul lob sau numai o parte din el; tot sau numai părți din mai multe decât un lob ; şi lobii diferiților plămâni. Notați că pneumonia descrisă ca 'lob inferior' nu înseamnă în mod necesar că pneumonia este 'lobară'. Pneumonia lobară înseamnă consolidarea **întregului** lob şi este **rareori** observată. Totuşi, termenul 'lobar' poate fi folosit în mod larg, înțelegându-se implicarea unei părți a lobului(lor). De aceea, când acest termen este folosit, ar trebui să fie clarificat împreună cu clinicianul înainte de acordarea codului J18.1 *Pneumonie lobară, nespecificată.*

Singurul mod sigur de a diagnostica pneumonia este prin radiografie a pieptului. Radiografia pieptului va descrie localizarea şi extinderea pneumoniei. Numai când 'pneumonia' este documentată, fără dovada radiografiei, adică un diagnostic clinic de pneumonie este determinat, alocați codul adecvat pentru pneumonie. Rapoartele microbiologice, mai ales culturile de spută şi sânge, vor descrie organismul (dacă există vreunul) care este considerat a fi cauza.

1006 SUPORT PENTRU RESPIRAȚIE

SUPORT VENTILATOR CONTINUU (CVS)

Definiție

Suportul ventilator continuu (cunoscut de asemenea ca ventilație mecanică) este un proces prin care gazele sunt mişcate în plămân cu ajutorul unui instrument mecanic care asistă respirația prin creşterea sau înlocuirea efortului propriu de respirație al pacientului. Cu suport ventilator, un pacient este intubat sau suportă o traheostomie sau primeşte grade variabile continue de asistență pentru a întruni necesitățile de respirație într-un mod continuu, neîntrerupt.

Clasificare

1. **Codificați mai întâi** suportul ventilator continuu:

   13882-00 [569] *Suport ventilator continuu, ≤ 24 ore* (vezi punctul 5 de mai jos)

   13882-01 [569] *Suport ventilator continuu, > 24 şi < 96 ore*

   13882-02 [569] *Suport ventilator continuu, ≥ 96 ore*

2. **Alocați un cod adițional** pentru a indica unde a fost inițiat suportul ventilator continuu:

   13857-00 [569] *Suport ventilator continuu, inițiat în afara secției de terapie intensivă*
   SAU
   13879-00 [569] *Suport ventilator continuu, inițiat în secția de terapie intensivă*

   În secția de terapie intensivă este definită ca CVS inițiat într-o unitate de terapie intensivă în timpul unui episod de îngrijiri, fiind codificat. **Aceasta include unitățile de terapie intensivă neonatale.**

   În afara secției de terapie intensivă este definit din moment ce CVS a fost inițiat în timpul unei internări fiind codificat, dar nu inițiat în secția de terapie intensivă (de ex.: CVS inițiat în secția de gardă, în sala de travaliu, în sala de naşteri, sau în sala de operații).

   Notați: Inițierea înaintea episodului de îngrijiri fiind codificată (de ex.: în alt spital) nu este inclusă 'în afara secției de terapie intensivă'. (Vezi '*Pacienți transferați*' mai jos.)

3. **Acordați un cod adițional dacă traheostomia** este efectuată cu suport ventilator continuu:

   41880-00 [536] *Traheostomie percutanată*
   41883-00 [536] *Traheostomia deschisă, temporară*
   41883-01 [536] *Traheostomia deschisă, definitivă*

4. **Acordați codul adecvat pentru intubație sau monitorizare** de la blocul [568] *Monitorizarea căilor respiratorii* PE LÂNGĂ codul(rile) pentru CVS (bloc 569) pentru **pacienții mai tineri de 16 ani**.

5. **Alocați un cod pentru suport ventilator continuu ≤ 24 ore** NUMAI când ventilația nu este efectuată în timpul unei proceduri. De exemplu, ar trebui să fie codificată ventilația pentru ≤ 24 ore în secția de terapie intensivă după o leziune a capului sau arsuri.

   Suportul ventilator, care este dat unui pacient în timpul unei intervenții chirurgicale, este asociat cu anestezia şi se consideră o parte integrală a procedurii chirurgicale şi deci ventilația de ≤ 24 ore nu ar trebui să fie codificată în aceste cazuri. Totuşi, CVS inițiat în timpul chirurgiei şi, care continuă pentru mai mult de 24 de ore, ar trebui să fie codificat cu durata începând din momentul intubației intraoperatorii.

6. **Nu codificați metodele de dezobişnuire** (de ex.: CPAP, IMV, PSV) de suportul ventilator continuu.

   Dezobişnuirea unui pacient intubat este inclusă în calcularea duratei de timp pe care un pacient o are când primeşte suport ventilator continuu. Există mai multe încercări de a dezobişnui pacientul de ventilator înaintea extubării.

Calcularea duratei de CVS

Orele de suport ventilator continuu ar trebui să fie interpretate ca **ore complete cumulative**.
În scopurile calculării duratei suportului ventilator continuu:

ÎNCEPEȚI calcularea duratei CVS cu una din următoarele:

- ***Intubația endotraheală*** (şi inițierea următoare a suportului ventilator continuu). Pentru acei pacienți care sunt intubați pentru suport ventilator continuu, începeți numărătoarea duratei de timp a intubației. Un tub endotraheal poate fi plasat oral sau nazal. Localizarea nazală este preferată, când se evită hiperextensia spinală cervicală, cum ar fi cu leziuni ale gâtului, sau când este planificată o intervenție chirurgicală orală. Totuşi, tuburile nazale pot fi extrase din trahee mai greu deoarece ele sunt de obicei mai înguste şi mai lungi decât tuburile orale.

  Ocazional, medicul va trebui să înlocuiască tubul endotraheal din cauza problemelor mecanice, cum ar fi o scurgere în manşetă. Îndepărtarea şi înlocuierea imediată a tuburilor endotraheale ar trebui să fie considerate ca parte a duratei inițiale. Continuați numărătoarea duratei. Pentru pacienții care încep să primească CVS prin intubație endotraheală şi au ulterior efectuată o traheostomie, începeți numărătoarea duratei la intubație. Măsurarea duratei continuă pe tot parcursul în care traheostomia este folosită.

  Tubul endotraheal necesită înlocuire nechirurgicală. Este folosit, de obicei, înaintea plasării chirurgicale a tubului de traheostomie. Totuşi, cu ventilație prelungită sau când se aşteaptă o ventilație prelungită, un tub de traheostomie este plasat chirurgical în traheea cervicală anterioară pentru a preveni dăunarea laringelui şi pentru o eliminare îmbunătățită a secrețiilor. O traheostomie poate fi de asemenea folosită în mod inițial pentru a furniza căi respiratorii accesibile şi pentru asistență ventilatorie posibilă când sunt afectate căile respiratorii superioare, cum ar fi trauma facială, arsuri, tumori faringiene sau epiglotită.

- ***Traheostomia*** (sau inițierea ulterioară a suportului ventilator continuu printr-o traheostomie)
  Pacienții cu traheostomie au deseori un tub traheal inserat, care păstrează trahesotomia deschisă şi permite ataşarea unui instrument ventilator mecanic. Începeți numărătoarea duratei CVS din momentul când acesta este pornit.

- ***Internare pentru pacienții ventilați***
  Pentru acei pacienți care sunt internați cu suport ventilator continuu deja introdus, începeți numărătoarea duratei din momentul internării. (*vezi de asemenea 'Pacienți transferați'* mai jos.)

ÎNCHEIAȚI cu:

- ***Extubarea*** (de ex.: endotraheală, nazofaringiană), **sau**

- ***Încetarea CVS după orice perioadă de dezobişnuire***, **sau**

- ***Încetarea CVS pentru pacienții cu o traheostomie*** (după orice perioadă de dezobişnuire)
  Tubul traheal folosit la pacienții care au suferit o traheostomie nu poate fi scos pentru câteva zile după oprirea suportului ventilator continuu pentru a asigura competența respiratorie sau în vederea eliminării secrețiilor pulmonare. În unele circumstanțe (de ex.: boli neuromusculare), tubul traheal poate fi lăsat în locul respectiv pe perioadă nedefinită după ce a fost întrerupt suportul ventilator continuu. De aceea durata s-ar încheia odată cu încetarea suportului ventilator continuu, **sau**

- ***Externare, deces sau transfer*** al unui pacient cu suport ventilator continuu (*vezi, de asemenea, 'Pacienții transferați'* din pagina următoare) **sau**

- ***Schimbarea tipului de episod*** (vezi următoarea pagină)

Schimbarea 'tipului' episodului de îngrijiri

În cazurile în care 'tipul' episodului de îngrijiri se schimbă (de ex.: de la acut la reabilitare), numărarea duratei ar trebui să înceteze atunci când episodul se încheie iar numărătoarea a reînceput pentru perioada de ventilație ulterioară în timpul noului tip de episod.

Perioade ulterioare de suport ventilator continuu

După ce s-a încheiat suportul ventilator continuu, starea pacientului se poate deteriora şi poate necesita o perioadă următoare de ventilație în timpul aceleiaşi spitalizări. Pentru a încadra această perioadă următoare de suport ventilator continuu folosind aceleaşi linii directoare de mai sus.

Intubație fără ventilație continuă

Intubația poate fi efectuată fără un sistem ventilator asociat atunci când este necesar de a fi păstrate căile respiratorii deschise. De exemplu, copiii pot fi intubați, dar nu ventilați, pentru diagnostice cum ar fi astmul, laringită difterică sau epilepsia şi adulții pot fi intubați în cazuri de arsuri sau alte traume severe.

În cazul de intubație fără ventilație, indiferent de vârsta pacientului, ar trebui să fie alocat un cod sau coduri din lista de mai jos:

90179-00 [568] *Intubația endotraheală cu lumen simplu*
90179-01 [568] *Intubația endotraheală cu dublu lumen*
90179-02 [568] *Intubația nasofaringiană*
92035-00 [568] *Alte tipuri de intubație ale tractului respirator*
90179-03 [568] *Monitorizarea intubației endotraheale cu lumen simplu*
90179-04 [568] *Monitorizarea intubației endotraheale cu lumen dublu*
90179-05 [568] *Monitorizarea intubației nasofaringiene*
90179-06 [568] *Monitorizarea traheostomiei*
92035-01 [568] *Monitorizarea altor tipuri de intubații ale tractului respirator*

Pacienți transferați

Pacienți ventilați şi intubați

Când un pacient ventilat (prin intubație sau traheostomie) este transferat, aplicați următoarele linii directoare:

1. Spitalul care transferă alocă un cod adecvat pentru ventilație (bloc 569) (şi un cod pentru intubație (bloc 568) dacă pacientul are mai puțin de 16 ani sau traheostomie (bloc 536) – dacă aceste proceduri au fost efectuate de unitatea care transferă).

2. Spitalul care primeşte alocă un cod adecvat pentru monitorizarea ventilației (bloc 569) (şi un cod pentru monitorizarea intubației (bloc 568) dacă pacientul are mai puțin de 16 ani). Nu se alocă un cod pentru inițierea CVS deoarece această procedură a fost efectuată la spitalul care a transferat.

Pacienți intubați

Când un pacient intubat (prin intubație sau traheostomie) este transferat, aplicați următoarele linii directoare:

1. Spitalul care transferă alocă un cod adecvat pentru intubație (bloc 568) sau traheostomie (bloc 536), dacă aceste proceduri sunt efectuate la unitatea care transferă.

2. Spitalul care primeşte alocă un cod adecvat pentru monitorizarea intubației (bloc 568).

Precizări privind procedurile de la Blocurile 568, 569:

a) Procedurile de la blocul ***568 Monitorizarea cailor aeriene*** nu se folosesc împreună cu procedurile de tip 92514-XX „Anestezie generală”.

b) Procedurile de la blocul ***569 – Suport ventilator continuu*** se asociază cu codificarea anesteziei generale numai dacă acesta continuă să fie acordat peste 24 de ore de la începutul intubării, timpul (durata) începând să se aprecieze din acel moment.

d) ***569 – Suport ventilator continuu*** pentru cazurile asistate la reanimare, care nu au avut o anestezie generală – se poate asocia cu codul unei proceduri de la blocul ***568 Monitorizarea cailor aeriene*** numai pentru pacienții sub vârsta de

16 ani, obligatoriu trebuind să se găsească în Foaia de Observație a pacientului timpul (durata) ventilației şi motivația medicală ca diagnostic asociat."

ALTE TIPURI DE SUPORTURI RESPIRATORII

1. Presiunea pozitivă continuă (CPAP)

CPAP este folosită la pacienții care respiră spontan şi pentru menținerea artificială a presiunii pozitive după ce exhalarea pasivă este completă. CPAP poate fi aplicat printr-o mască de față aplicată strâns, tub endotraheal sau tub traheal. Ea funcționează ca o respirație printr-un tub ce este scufundat în apă pentru a crea o presiune pozitivă a aerului în vederea păstrării alveolelor deschise pe întreg parcursul expirației.

CPAP (92038-00[568] Folosirea presiunii pozitive continue [CPAP])

a**r trebui** să fie alocat pentru **orice** durată atunci când este necesară pentru

- nou-născuți (vârsta <28 zile) **sau**
- adulți care au un tratament pentru tulburări, cum ar fi apneea de somn

nu ar trebui să fie alocat când :

- este o metodă de dezobişnuire de suportul ventilator continuu **sau**
- este efectuat prin intubație sau traheostomie. În aceste cazuri alocați coduri adecvate de la blocul [569] *Suport ventilator continuu.*

CPAP prin intubație nazofaringială

Unii pacienți pot primii CPAP prin intubație nazofarinagiană atașată la un ventilator mecanic cu circuit continuu, proiectat pentru nou-născuți sau un aparat ventilator echipat pentru mai multe scopuri de tipul CPAP. În aceste cazuri alocați codul(urile) adecvat pentru CVS de la blocul [569] şi 90179-02 **[568]** *Intubație nasofaringială.*

2. Presiunea pozitivă între două niveluri presionale (BiPAP) – 92039-00 [568]

BiPAP este o formă de suport ventilator continuu care furnizează asistență respiratorie pe întreg parcursul ciclului respirator. Atât presiunea inspiratorie, cât şi cea expiratorie sprijină eforturile de respirație ale pacientului. Acesta este proiectat pentru a fi folosit cu ventilatori mască. BiPAP operează cu două moduri de presiune. Primul este presiunea pozitivă continuă a aerului (CPAP) sau furnizare de presiune constantă. Al doilea este un mod spontan, cu ciclu între presiunile inspiratorii şi expiratorii, ca răspuns la eforturile de respirație ale pacientului.

Când BiPAP este administrat continuu prin intubație sau tub de traheostomie, ar trebui să afie alocat mai degrabă un cod de la blocul [569] *Suport ventilator continuu* decât 92039-00 [568] *Alte zone sau zone multiple ale sistemului respirator*.

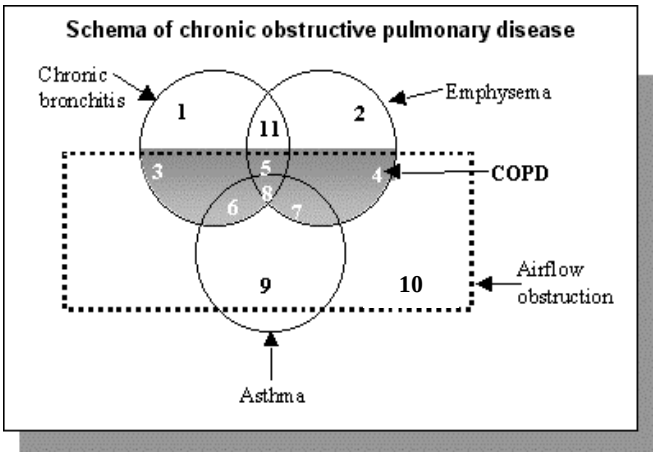
3. Respirația prin Presiunea Pozitivă Intermitentă (IPPB) – 92040-00 [568]

IPPB este o formă mai simplă a suportului ventilator care nu este potrivită pentru ventilația continuă a pacientului. Este indicată în primul rând pentru sesiunile respiratorii intermitente care constau de obicei de la 10 până la 20 de minute, de patru până la 6 ori pe zi. Este folosită în principal pentru a elibera medicamente aerosolizate sau pentru a combate insuficiența respiratorie timpurie sau atelectazia. Aceşti ventilatori sunt folosiți cel mai adesea cu o piesă pentru gură sau o mască aplicată strâns.

1007 OBSTRUCȚIA RESPIRATORIE IMINENTĂ DATORITĂ ABCESULUI FACIAL CERVICAL

Codificați la L02.1 *Abces cutanat, furuncul şi furuncul antracoid al gâtului*. Pentru copiii < 16 ani care necesită monitorizarea în unitatea de terapie intensivă (ICU) pentru obstrucția căilor respiratorii dependente de tub, folosiți 92035-00 [568] *Altă intubație a tractului respirator*.

1008 BOALA PULMONARĂ OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ (COPD)



Chei:

1 Bronşita cronică
2 Emfizem
3 Bronşita cronică cu obstrucție = COPD
4 Emfiem cu obstrucție = COPD
5 Bronşita cronică şi emfizemul cu obstrucție = COPD
6 Bronşita cronică şi astmul cu obstrucție = COPD
7 Emfizemul şi astmul cu obstrucție = COPD
8 Bronşita cronică, emfizemul şi astmul cu obstrucție = COPD
9 Astmul
10 Obstrucția căilor respiratorii
11 Bronşita cronică şi emfizemul

Termenul COPD (sinonime: limitarea cronică a căilor respiratorii (CAL), boala cronică obstructivă a căilor respiratorii (COAD)) este folosit pentru a descrie o condiție a bronşitei cronice cu obstrucție posibil datorită astmului cronic şi/sau emfizemului şi/sau traheobronşitei cronice. Termenii importanți sunt **cronic** şi **obstrucție**.

Astmul descris drept **cronic obstructiv** sau astmul documentat cu COPD ar trebui să primească numai un cod de la J44.- . Un cod de la J45.- *Astmul* este neadecvat în asemenea cazuri, aşa cum este evidențiat de excluderile de la J45 şi de la index după cum urmează:

J45 Astmul
Cu excepția: bronşită cronică astmatică (obstructivă) (J44.-)
astmul obstructiv cronic (J44.-)
Index: **Boală, bolnav**
- plămân J98.4
- - obstructiv (cronic) J44.9
- - - cu
- - - - astm J44.-

De ex.: 'exacerbarea acută a CAL cu astm' ar trebui să primească codul J44.1 *Boala pulmonară obstructivă cronică cu episoade acute, nespecificată.*

Exacerbarea acută a COPD nu necesită un cod adițional pentru a reflecta componentele 'acut' şi 'cronic' din descriere. Alocați numai J44.1 *Boala pulmonară obstructivă cronică cu episoade acute, nespecificată.*

Exacerbarea infecțioasă a COPD nu necesită un cod adițional pentru a reflecta descrierea infecțioasă, numai dacă starea infecțioasă este ea însăşi o afecțiune, cum ar fi pneumonia. În acest caz, pneumonia trebuie să fie codificată ca un diagnostic adițional. Dacă nu există nici o tulburare infecțioasă documentată, diagnosticul de 'exacerbare infecțioasă a COPD' sau 'infecția pieptului care exacerbează COPD' ar trebui să primească codul J44.0 *Boală pulmonară obstructivă cronică, cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare*.

Notă: Dacă emfizemul şi COPD sunt documentate pentru episod, alocați numai un cod de la categoria J44.- *Alte boli pulmonare obstructive cronice*.

1011 BRONŞITA CRONICĂ LA COPII

Diagnosticul de bronşită cronică la copii (< 12 ani) nu este un diagnostic acceptabil şi ar trebui atunci discutat cu medicul curant.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sistemul Respirator.

11 SISTEMUL DIGESTIV

1101 APENDICITA

Atunci când este determinat un diagnostic clinic de apendicită, practica de codificare nu ar trebui să fie consultată când se evaluează calitatea problemelor de îngrijire, de exemplu, codificarea durerii abdominale (bazată pe histopatologia negativă).

a) Chiar dacă nu s-a pus în evidență o leziune histopatologică de apendicită, ar trebui să fie codificat un diagnostic clinic de apendicită dacă este bine susținut.

b) Dacă se înregistrează un diagnostic de dureri abdominale şi nu există nici o dovadă histopatologică de apendicită, codificați durerea abdominală.

c) Dacă sunt documentate diagnosticul de dureri abdominale şi dovada histopatologică a unei afecțiuni apendiculare (de exemplu, apendicita acută, apendicita subacută, fecalomul), codificați afecțiunea apendiculară.

1103 HEMORAGIA GASTROINTESTINALĂ (GI)

Dacă un pacient este internat pentru investigația unei sângerări gastrointestinale superioare, şi ulcer, eroziuni sau varice sunt descoperite prin endoscopie, codificatorii ar trebui să codifice afecțiunea găsită 'cu hemoragie' şi să presupună că sângerarea poate fi atribuită leziunii observate din raportul endoscopiei, chiar dacă hemoragia nu este observată în timpul examinării sau nu se produce în perioada internării în spital. **Notați** că unele coduri nu au distincția 'cu hemoragie' inclusă în cod şi de aceea ar trebui să se aloce în asemenea cazuri un cod K92.- *Alte boli ale sistemului digestiv*. În cazul esofagitei, codificați esofagita (K20 *Esofagita*) şi hemoragia esofagiană (K22.8 *Alte boli specificate ale esofagului*).

Totuşi, dacă pacientul este investigat pentru melenă, această presupunere nu ar trebui făcută deoarece melena sau altă sângerare din tractul GI inferior nu-şi au originea întotdeauna în intestinul subțire, colon, rect sau anus. Melena îşi poate avea originea în ulcerele gastrice sau duodenale sau în angiodisplazia stomacului sau duoden. Dacă documentația nu este clară, verificați împreună cu clinicianul. Dacă nu se stabileşte nici o legătură între simptom şi ceea ce se descoperă în timpul investigației, ordonați simptomul mai întâi şi secundar descoperirea.

"Pacienții cu un istoric recent de sângerare GI sunt uneori internați pentru a se face o endoscopie în vederea determinării localizării sângerării, chiar dacă nu se demonstrează nici o sângerare în timpul examinării. Dacă medicul determină un diagnostic clinic bazat pe un istoric sau o altă dovadă, faptul că nu se produce nici o sângerare în timpul episodului de îngrijiri nu exclude alocarea unui cod care include menționarea hemoragiei sau un cod de la categoria … 'K92 *Alte boli ale sistemului digestiv*'… chiar dacă nu poate fi determinată cauza sângerării." (*Brown. (1994). ICD-9-CM Manual de codificare cu răspunsuri*).

1105 ADERENȚE

Separarea aderențelor abdominale poate fi semnificativă sau incidentală. Chair dacă aderențele sunt separate în cursul unei alte proceduri abdominale, procesul poate fi semnificativ. Când separarea se găseşte în raportul de operație, atât codul de diagnostic pentru aderențe, cât şi codul pentru procedura de separare, ar trebui alocate dacă sunt sau nu în asociere cu altă procedură.

1106 ULCER GASTRIC CU GASTRITĂ

Ulcerul gastric (K25.-) ar trebui să fie ordonat ca diagnostic principal, urmat de K29.- *Gastrita şi duodenita* când ambele afecțiuni sunt prezente.

1109 COLON REDUNDANT

Acesta nu ar trebui să fie codificat.

1110 FLUID LIBER INTRAPERITONEAL

'Fluidul liber intraperitoneal' raportat în procedurile ginecologice, nu ar trebui să fie codificat. Codificați cauza fluidului liber intraperitoneal (de ex.: boala inflamatorie pelviană, apendicita, adenita mezenterică sau chistul ovarian rupt).

1111 ADENITA MEZENTERICĂ CU APENDICECTOMIE

Adenita mezenterică ar trebui să fie codificată dacă este înregistrată. Dacă histopatologia apendicelui este normală după apendicectomie, iar adenita mezenterică este notată, codificați adenita mezenterică (I88.0 *Limfadenita mezenterică nespecifică*) ca diagnostic principal; nu codificați durerea abdominală.

1117 SÂNGERARE PER-RECTALĂ (PR) NECLASIFICATĂ ALTUNDEVA

Un diagnostic de 'sângerare PR' indică o sângerare provenită din tractul gastro-intestinal, nu neapărat o sângerare provenită din rect, şi, de aceea, codul K62.5 *Hemoragia anusului şi rectului* **nu** ar trebui să fie folosit.

Dacă investigația nu arată originea prezentă a hemoragiei sau investigația nu a fost efectuată, 'sângerarea PR' ar trebui să fie codificată la K92.2 *Hemoragia gastrointestinală, nespecificată.*

1120 GASTROENTERITA

Dacă gastroenterita nu este declarată ca infecțioasă, ar trebui să fie codificată la A09 *Diareea şi gastroenterita probabil infecțioasă* la copii (15 ani şi sub) iar K52.- *Alte gastroenterite şi colite neinfecțioase* la adulți. Aceasta reflectă cauza infecțioasă probabilă la copii şi alte cauze posibile (de ex.: medicamente, ischemie şi metabolice) la adulți.

Deshidratare cu gastroenterită

În internările pentru tratamentul gastroenteritei şi deshidratării, gastroenterita ar trebui să fie ordonată ca diagnostic principal, iar deshidratarea (E86 *Depleția volumului*) ca un diagnostic adițional. Criteriul pentru alocarea unui cod de deshidratare n-ar trebui să fie luat în considerare ca rehidratare (administrare fluid intravenos) din moment ce aceasta ar putea să fie o prevenire, ca şi un tratament al deshidratării. Deshidratarea ar trebui să fie documentată clinic înaintea alocării codului.

1121 ESOFAGITA

Esofagita descrisă ca 'ulcerativă' ar trebui să primească codul K21.0 *Reflux gastroesofagian cu esofagită.* Codul K22.1 *Ulcerul esofagului* nu ar trebui să fie alocat pentru esofagita ulcerativă, deoarece K22.1 se referă numai la ulcere discrete şi diagnostice cum ar fi ulcerul Barrett, ulcerul indus de medicamente, ulcer malign, şi ulcer indus de un corp străin.

1122 HELICOBACTER/CAMPYLOBACTER

Aceşti termeni nu sunt sinonimi. Sunt organisme diferite şi fiecare produce un tip diferit de boală şi, prin urmare, ele ar trebui să fie codificate diferit.

Helicobacter pylori afectează mai mult de 50% din populația lumii. Aproximativ 30% din australieni sunt infectați cu *H. pylori* dar cei mai mulți nu au simptome. Infecția *H. pylori* este asociată cu gastrita cronică activă (acum reclasificată ca *H. pylori – gastrită cronică asociată*) şi se produce în mai mult de 90% din ulcerele duodenale, 95% din limfomul MALT şi 80% ulcerele gastrice. *H. pylori* ar trebui să fie codificat când este descoperit în prezența afecțiunilor de mai sus sau există o asociere documentată cu altă afecțiune.

EXEMPLUL 1:
Pacient internat pentru gastroscopie ca urmare a unei luni de dispepsie. Nu s-a depistat nici o anormalitate la gastroscopie, helicobacter pylori depistat la testul CLO.

Coduri:	K30	*Dispepsia*
	30473-01[1008]	*Panendoscopia până la duoden cu biopsie*

Codul B96.81 (*Helicobacter pylori) nu este alocat în acest caz deoarece nu există asociere documentată între infecția H. pylori şi dispepsie.*

EXEMPLUL 2:
Pacient internat pentru panendoscopie. A fost efectuată o biopsie a capului duodenal.
S-a găsit: ulcer duodenal cronic. Rezultatul patologiei: test pozitiv CLO.

Coduri:	K26.7	*Ulcer duodenal, cronic fără hemoragie şi perforație*
	B96.81	*Helicobacter pylori [H. pylori] drept cauză a bolilor clasificate la alte capitole*
	30473-01[1008]	*Panendoscopia până la duoden cu biopsie*

Codul B96.81 *(Helicobacter pylori) este alocat în acest caz deoarece a fost găsit în prezența unui ulcer duodenal la care este, în general, asociat.*

Infecția Campylobacter se poate produce (rareori) în afara tractului gastrointestinal, în mod specific în meninge, vezicula biliară, ca infecție vasculară, bacteremie şi abcese şi poate provoca peritonită la pacienții cu insuficiență renală cronică la dializa renală. Codul pentru organism în aceste cazuri este A49.8 *Alte infecții bacteriene cu localizare specificată.*

A04.5 *Enterita prin Campylobacter* ar trebui alocat pentru infecțiile Campylobacter ale tractului gastrointestinal.

Testul CLO înseamnă 'organism asemănător Campylobacter' şi ar trebui să fie codificat ca o biopsie. Dacă testul CLO este pozitiv, acesta indică prezența Helicobacter.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sistemul Digestiv.

12 PIELEA ŞI ȚESUTUL SUBCUTANAT

1203 DEBRIDAREA

Dacă 'debridarea non-excizională' este documentată sau chirurgul confirmă că debridarea a fost 'non-excizională' alocați:

90686-00 [1627] *Debridarea non-excizională a arsurii* **sau**
90686-01 [1628] *Debridarea non-excizională a tegumentului şi țesutului subcutanat*

Acest standard ar trebui să fie interpretat ca incluzând :

- **majoritatea** debridărilor sunt excizionale
- verificați cu clinicianul dacă nu sunteți sigur
- folosiți codul non-excizional dacă documentația /raportul clinic sprijină folosirea lui

Codurile pentru debridarea excizională sunt:

90665-00 [1628] *Debridarea excizională a tegumentului şi țesutului subcutanat*
30023-00 [1566] *Debridarea excizională a părților moi*
30023-01 [1566] *Debridarea excizională a părților moi implicând os sau cartilaj*
30017-01 [1627] *Debridarea excizională a arsurilor,<10% din suprafața corporală excizată sau debridată* **sau**
30020-00 [1627] *Debridarea excizională a arsurilor, ≥10% din suprafața corporală excizată sau debridată*

(Vezi, de asemenea, SC 1217 *Repararea leziunii pielii şi țesutului subcutanat*, pag. 180).

1204 CHIRURGIA PLASTICĂ

Chirurgie estetică

Chirurgia plastică poate fi efectuată din motive estetice sau medicale. Când motivul intervenției chirurgicale (de ex.: deviația septului nazal, țesut facial redundant, cicatrice) este documentat, codificați această afecțiune ca diagnostic principal chiar dacă procedura efectuată este de natură estetică. Atunci când chirurgia este efectuată din motive estetice, Z41.1 ar trebui să fie alocat ca diagnostic adițional. Atunci când afecțiunea nu este specificată sau este definită printr-un termen care nu este recunoscut de *ICD-10-AM* (de ex.: față îmbătrânită) alocați Z41.1 *Alte intervenții de chirurgie plastică în scop estetic* ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 1:
Lifting facial pentru față îmbătrânită. (Notă: fața îmbătrânită nu este recunoscută ca diagnostic în ICD-10-AM)
Alocați:

Z41.1	*Alte intervenții de chirurgie plastică în scop estetic*
45588-00 [1675]	*Meloplastie bilaterală*
92514-XX [1910]	*Anestezie generală*

EXEMPLUL 2:
Mamoplastia reducțională pentru sâni pendulanți. Estetic.
Alocați:

N64.8	*Alte afecțiuni precizate ale sânului*
Z41.1	*Alte intervenții de chirurgie plastică în scop estetic*
45521-01 [1754]	*Mamoplastia reducțională, bilaterală*
92514-XX [1910]	*Anestezie generală*

Îndepărtarea implanturilor de sân

Implanturile de sân din motive fizice sau psihologice.

Dacă implantul a fost îndepărtat sau înlocuit din cauza unei complicaţii a implantului (de ex.: granulom, infecţie cronică, scurgere) alocaţi codul adecvat de la categoria T85.- *Complicaţii ale altor proteze, implante şi grefe interne* ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 3:
Îndepărtarea implantului de sân ca urmare a unei infecţii cronice.
Alocaţi:

T85.78	*Infecţie şi reacţie inflamatorie datorită altori proteze interne, implanturi şi grefe*
Y83.1	*Intervenţie chirurgicală cu implantaţie de proteză internă*
Y92.22	*Domeniul serviciului de sănătate*
45548-00 [1758]	*Îndepărtarea prostezei de sân*
45548-00 [1758]	*Îndepărtarea prostezei de sân*
92514-XX [1910]	*Anestezie generală*

În cazul în care motivul îndepărtării implantului este psihologic (de ex.: anxietate) şi nu se evidenţiază nici o complicaţie a implantului, alocaţi Z42.1 *Îngrijirea de control după chirurgia plastică a sânului* ca diagnostic principal. Alocaţi un cod de diagnostic adiţional pentru afecţiunea psihologică sau folosiţi ca adecvat codul Z71.1 *Persoană suferind de teama unei boli la care nu s-a pus nici un diagnostic*.

EXEMPLUL 4:
Pacientă având stare de anxietate în legătură cu implantul de sân cu silicon; înlocuirea bilaterală cu implant salin.
Alocaţi:

Z42.1	*Îngrijirea de control după chirurgia plastică a sânului*
Z71.1	*Persoană suferind de teama unei boli la care nu s-a pus nici un diagnostic*
45555-00 [1758]	*Îndepărtarea prostezei de sân cu silicon şi înlocuirea acesteia cu un alt tip de proteză nesiliconată*
45555-00 [1758]	*Îndepărtarea prostezei de sân cu silicon şi înlocuirea acesteia cu un alt tip de proteză nesiliconată*
92514-XX [1910]	*Anestezie generală*

Mastectomie profilactică

Termenul 'profilactic' privind mastectomia se poate referi la:

1. Cele care au avut o boală de sân (de ex. : carcinom, boală hidrochistică), **sau**
2. Care nu au avut o boală de sân anterioară (de ex. : carcinom cu istoric de famile).

Acolo unde se poate aloca un cod pentru motivul mastectomiei profilactice (de ex.: boala fibrochistică, istoric de familie), acesta ar trebui să fie ordonat ca diagnostic principal (chiar dacă boala evidentă a suferit o rezecţie). Z40.00 *Chirurgie profilactică pentru factor de risc legat de neoplasm malign de sân* sau Z40.8 *Alte tipuri de chirurgie profilactică* ar trebui să fie alocate ca diagnostic adiţional.

Pentru chirurgia profilactică efectuată în absenţa unei boli a sânului, sau când un diagnostic mai sigur nu poate fi extras din foaia clinică, alocaţi Z40.00 *Chirurgie profilactică pentru factor de risc legat de neoplasm malign de sân* sau Z40.8 *Alte tipuri de chirurgie* ca diagnostic principal.

1205 BLEFAROPLASTIA

Codificați blefaroplastia estetică la 45617-00 [1662] *Reducția pleoapei superioare* sau la 45620-00 [1662] *Reducția pleoapei inferioare*. Dacă termenul 'blefaroplastie' este folosit cu înțelesul de 'reconstrucție' a pleoapei(lor), referiți-vă la o linie adecvată de sub 'Reconstrucție, pleoapă' din Index.

1210 CELULITA

Când celulita este asociată cu o leziune deschisă sau cu ulcerația pielii, ordonați codul leziunii complicate sau codul ulcerației pielii ca diagnostic principal iar celulita ca diagnostic adițional, dacă sunt tratate leziunea sau ulcerațiile. Pentru leziunile care nu necesită tratament sau au fost tratate mai înainte, episodul curent fiind pentru tratamentul celulitei, ordonați celulita ca diagnostic principal cu un diagnostic adițional pentru leziunea complicată. Dacă un codificator clinic are vreun dubiu în privința ordonării, ar trebui să se ia legătura cu clinicianul pentru confirmare.

Celulita orbitală şi periorbitală

Este important să identificăm diferența dintre celulita orbitală şi cea periorbitală din moment ce ambele afecțiuni şi codurile alocate sunt diferite. Codificatorii clinici ar trebui să fie sfătuiți să verifice diagnosticele celulitei periorbitale împreună cu clinicianul pentru a se asigura că este adecvat codul H05.0 *Inflamații acute ale orbitei*.

Diagnosticul celulitei orbitale ar trebui să fie folosit când există o inflamație prezentă a țesuturilor moi, a cavității orbitale, care se poate răspândi, cuprinzând ochiul. Aceasta este o infecție foarte serioasă, necesitând nişte zile de terapie cu antibiotice şi are riscul de a se răspândi cuprinzând ochiul sau cavitatea intracraniană. Codificați la H05.0 *Inflamații acute ale orbitei*.

Termenul de 'celulită periorbitală' este folosit, de obicei, atunci când infecția implică cu adevărat țesuturile din jurul ochiului, incluzând pleoapa, dar fără răspândire asupra cavității orbitale. Aceasta este o infecție mult mai puțin severă decât celulita orbitală şi va necesita rareori mai mult de 1-2 zile în spital. Codificați 'celulita periorbitală' la L03.2 *Celulita feței* cu un cod adițional H00.0 *Orgelet şi alte inflamații profunde ale pleoapei* când este implicată pleoapa (categoria L03 *Celulite* exclude celulita pleoapei).

1216 CHIRURGIE CRANIOFACIALĂ

Rezecția oaselor faciale

'Rezecția' la blocurile [1699] *Rezecția mandibulei*, [1700] *Rezecția maxilarului* şi [1701] *Rezecția altui os facial*, se referă în principal la excizia tumorii, în consecință incluzând împrejurimile țesuturilor moi.

Orice reconstrucție efectuată cu rezecție ar primi un cod adițional de la blocurile [1713] *Reconstrucția mandibulei*, [1714] *Reconstrucția maxilarului* sau [1715] *Reconstrucția zigomatică.*

Hemimaxilectomia se referă în mod tehnic la rezecția unei jumătăți a maxilarului, adică 45605-01 [1700] *Rezecția parțială a maxilarului*. Totuşi, chirurgii deseori consideră termenul egal cu rezecția totală a unui maxilar (45596-00 [1700] R*ezecția totală a maxilarului*). Codificatorii clinici ar trebui să verifice foaia de operație pentru a confirma detaliile întinderii rezecției maxilarului.

Ostectomia oaselor faciale

'Ostectomia' poate fi folosită pentru excizia tumorii, dar este mai folosită pentru excizia excesului de os în cazurile diformității evolutive şi pentru excizia posttraumatică a osului. Țesuturile moi sunt de obicei păstrate.

Codurile includ orice grefă de os acolo unde osul este procurat din aceeaşi localizare facială. Pentru grefele de os procurate din altă localizare, cum ar fi creasta iliacă, alocați cod(uri) adițional(e):

48239-00 [1569] *Grefa osoasă, neclasificată în altă parte*
47726-00 [1563] *Prelevarea de os pentru grefa prin incizie separată*

1217 REPARAREA PLĂGILOR TEGUMENTARE ŞI ALE ȚESUTULUI SUBCUTANAT

Blocul [1635] *Repararea plăgilor tegumentare şi ale țesutului subcutanat* includ coduri care fac distincția între repararea țesutului superficial sau mai profund.

Superficial

Repararea superficială a leziunii pielii sau țesutului subcutanat implică o simplă reparare a unui strat al epidermei, dermei sau țesutului subcutanat cu suturi.

Țesut mai profund

O reparare implicând țesutul mai adânc se referă la lacerații mai profunde sau mai complexe unde sunt necesare tehnici de sutură subcutanată sau în straturi. Chirurgul poate sutura straturi de țesut sub piele cu fire dizolvabile înaintea suturii pielii. Țesutul mai profund implicat poate include țesut moale cum ar fi muşchi, tendon, fascie, ligamente sau nervi, iar repararea respectivelor localizări ar trebui să fie codificată.

EXEMPLUL 1:

Procedura: Repararea plăgii mâinii implicând sutura tendonului, nervilor şi pielii. Plagă debridată şi curățată înaintea suturii.

Coduri:	39300-00 [83]	*Repararea primară a nervului*
	47963-02 [1467]	*Repararea de tendon al mâinii, neclasificată altundeva*
	30023-00 [1566]	*Debridarea excizională a părților moi*

(Vezi, de asemenea SC 1908 *Lacerația cu vătămarea nervului şi tendonului*.)

1220 IMPLANTURI EXTRAORALE OSEOINTEGRATE

Oseointegrarea este un proces de prindere a osului cu implant cu şurub de titaniu.

Procedurile folosind implanturile oseointegrate sunt aplicate multor zone de reconstrucție a corpului. Termenul poate fi aplicat inserării de implanturi dentare, cunoscute ca implanturi intraorale oseointegrate (*vezi* SC 0809 *Implanturi intraorale oseointegrate*, pag. 138).

Extraoral, ele pot fi folosite pentru ataşarea aparatului auditiv ancorat osos (BAHA), înlocuirea prostezei urechilor, ochilor, nasului şi încheieturii degetului (meta-carpo-falangiană); şi alte probleme de reconstrucție dificile, cum ar fi ataşarea prostezelor de membre.

Indicațiile pentru procedură includ pierderea auzului conductiv, artrita reumatoidă şi pierderea unor părți din corp datorită cancerului sau traumei.

Procedura se efectuează în mod normal în două etape:

Prima etapă – Implantarea fixatorului de titaniu

[1698] *Implantarea de titaniu (procedeu de oseointegrare)*
Această etapă implică inserarea unui implant de titaniu în osul pacientului. Este apoi permisă o perioadă de vindecare de 3 luni, timp în care implantul va fi legat cu siguranță de os.

Alocați coduri adiționale acolo unde sunt efectuate reconstrucția, grefa de os şi repararea lamboului împreună cu prima fază a procedurii de oseointegrare.

În cazul oseointegrării pentru înlocuirea încheieturii unui deget (45794-07 [1698] *Procedeu de oseointegrare, implantare de fixator de titaniu pentru înlocuirea articulațiilor degetelor)*, este necesară alocarea codurilor adiționale dacă este efectuată excizia capului metacarpian, sinovectomia sau transferul tendonului.

A doua etapă – Fixarea marginii transcutanate

[1697] *Fixarea marginii transcutanate (procedeu de oseointegrare)*
Această etapă implică fixarea unei margini prin piele până la implantul de titaniu. Aceasta serveşte ca un cadru pentru ataşarea ulterioară a aparatului prostetic, care este ancorat simplu pe locul respectiv în timpul unei consultații. Blocul 1697 include expunerea fixatorului de titaniu, grefa de piele a localizării fixatorului şi subțierea unui lambou al pielii peste localizarea fixatorului.
Aceste două etape se fac în mod normal în două internări separate, cu toate că ocazional, procedura poate fi efectuată într-un singur episod operator. Acesta este deseori cazul din procedura efectuată pentru ataşarea aparatului auditiv ancorat osos. În acest caz alocați ambele coduri pentru acel episod operator:

45794-00 [1698] *Procedeu de oseointegrare, implantare de fixator de titaniu pentru ataşarea aparatului auditiv ancorat [BAHA]* **şi**

45797-00 [1697] *Procedeu de oseointegrare, fixare a marginii transcutanate pentru ataşarea aparatului auditiv ancorat osos [BAHA]*[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Piele şi Țesutul Subcutanat.

13 SISTEMUL MUSCULO-SCHELETIC ŞI ȚESUTUL CONJUNCTIV

1301 DURERI DE SPATE

Dacă un diagnostic de 'dureri de spate' este folosit pentru a ne referi la o leziune de lungă durată, alocați M54.5 *Dorsalgie joasă* cu coduri pentru efect târziu dacă se aplică. Nu codificați ca o leziune curentă aşa cum se codifică la 'durere' dacă nu este clar determinat în foaia clinică.

1302 SINDROMUL DORSALGIEI JOASE CRONICE

Dacă este declarată cauza de bază a durerii, codificați numai cauza de bază. Dacă aceasta este necunoscută, codificați la M54.5 *Dorsalgie joasă* sau M54.4 *Lumbago cu sciatică.*

1304 SINDROMUL COMPARTIMENTAL

Sindromul compartimental este o afecțiune cronică ale compartimentelor musculare ale piciorului care pot sau nu pot fi asociate cu leziunea. Se poate produce post-fractură sau se poate datora ocluziei vasculare provocată de o supradoză de medicamente sau de o intervenție radiologică. Codul din Index, T79.6 *Ischemia traumatică a unui mușchi* este adecvat pentru cauza traumatică, totuşi, M62.8- *Altă tulburare specificată a muşchiului* ar trebui să fie alocat pentru cauzele netraumatice.

1307 TULBURĂRI ALE DISCULUI CU MIELOPATIE

Tulburările de disc nu sunt asociate neapărat cu mielopatia sau radiculopatia. În multe cazuri de fapt, tulburările de disc sunt complet asimptomatice. De aceea, mielopatia ar trebui să fie codificată numai dacă este declarată cu adevărat.

1308 'LEZIUNEA DISCULUI'

Acesta este un diagnostic care nu poate fi acceptat. Luați legătura cu clinicianul pentru mai multe detalii.

1309 DISLOCAREA PROSTEZEI DE ŞOLD

Cazurile în care un pacient susține o proteză de şold dislocat traumatic ar trebui să primească codul S73.0- *Dislocarea şoldului* cu un cod de diagnostic adițional Z96.64 *Prezența implantului de şold*. Exemple de asemenea dislocări sunt când un pacient, care se recuperează în spital în urma unei înlocuiri recente de şold, cade din pat sau îşi dislocă prosteza ca rezultat al unor mişcări bruşte cum ar fi întoarcerea sau o cădere.

Un cod de la categoria T84 *Complicațiile prostezelor, implantelor şi grefelor ortopedice interne* ar trebui să fie folosit în următoarele circumstanțe:

- Când documentația indică existența unui eşec mecanic datorit componentelor defectoase al prostezei sau ligamentelor strânse sau largi.
- Când motivul internării este o revizie a înlocuitorului de şold.
- Când documentația susține 'osteoartrită' ca diagnostic principal şi pacientul suferă a doua sau a treia înlocuire de şold.

Reducerea închisă a unei prosteze de şold dislocat ar trebui să fie codificată ca 47048-00 [1487] *Reducerea închisă a dislocării şoldului*.

1311 EXOSTOZA

Un diagnostic de 'exostoză' fără altă specificare nu este acceptabil. Clinicianul ar trebui să fie consultat pentru mai multe detalii.

1316 DISTANȚIER DE CIMENT/PERLE

Un distanțier de ciment este o umplutură din acryl care se inserează în articulația prostetică infectată. Distanțierul este impregnat cu un antibiotic (de ex.: Gentamicină) care distruge infecția. Când infecția s-a rezolvat, prosteza şi distanțierul sunt îndepărtate şi o nouă prosteză inserată.

Dacă distanțierul de ciment este o parte a unei alte proceduri, cum ar fi îndepărtarea unei prosteze de articulație, nu este necesar să se codifice inserarea sau îndepărtarea unui distanțier de ciment. Dacă distanțierul de ciment este inserat sau îndepărtat ca o procedură independentă, alocați următoarele coduri:

Inserare: codificați la incizia localizării + 92186-00 [1885] *Injectarea unui antibiotic*
Îndepărtare: codificați la incizia localizării + 92202-00 [1908] *Îndepărtare de dispozitiv terapeutic, neclasificat altundeva*

Această procedură poate fi de asemenea documentată ca 'inserarea de perle cu Gentamicină' care ar trebui să fie codificată ca mai sus.

1319 RUPEREA MENISCULUI/LIGAMENTULUI GENUNCHIULUI, NESPECIFICAT ALTMINTERI

Când se codifică un diagnostic de menisc sau ligament rupt, nespecificat ca vechi sau curent, încercați să obțineți clarificări din partea clinicianului. Considerați că leziunea este veche dacă nu este specificată ca acută. Aceasta contrazice ceea ce Indexul prevede la leziunea curentă.

Notă: Acest standard este o excepție la SC 1906 *Leziuni curente şi vechi*, pag. 243.

1329 ARTROPLASTIA DISCULUI SILASTIC

Această procedură constituie un tip de artroplastie de tip prostetic. Artroplastia discului Silastic (un plastic moale pliabil) ar trebui să fie codificată ca o înlocuire a articulației.

1330 DISC ALUNECAT

Acolo unde diagnosticul de 'disc alunecat' (adică deplasarea unui disc intervertebral, hernierea sau prolapsul) este raportat ca datorit unei leziuni curente, alocați un cod de la una din categoriile care se referă la dislocare, entorsă şi durere a articulațiilor şi ligamentelor:

S13 *Dislocare, entorsă şi întinderea de ligamente şi articulații la nivelul gâtului*
S23 *Dislocare, entorsă şi întinderea de ligamente şi articulații ale toracelui*
S33 *Dislocare, entorsă şi întinderea de ligamente şi articulații ale coloanei vertebrale lombare şi bazinului*
Şi alocați codul adecvat al cauzei externe.

Dacă diagnosticul nu este raportat ca datorit unei leziuni curente, alocați fie M50.2 *Alte hernii ale unui disc cervical* fie M51.2 *Hernia unui alt disc intervertebral precizat*. Alocați coduri pentru efect întârziat şi cauză externă dacă se aplică. Ar trebui să se observe că cele mai multe cazuri ar trebui să fie codificate ca M50.2 sau M51.2 deoarece este deseori dificil să se facă legătura dintre această afecțiune şi o anumită leziune.

1331 LEZIUNI ALE ȚESUTULUI MOALE

Înregistrările cuprinzând diagnosticele leziunilor țesutului moale ar trebui să fie trimise clinicianului pentru mai multe detalii. Natura leziunii ar trebui să fie definită ca, de exemplu, contuzie, entorsă sau întindere. Acolo unde leziunea țesutului moale nu poate fi obținută, codificiați la 'Leziune, localizare' şi **nu** la plagă deschisă.

1334 SPONDILOZĂ/SPONDILOLISTEZĂ/RETROLISTEZĂ

Spondiloza este artrita coloanei vertebrale, în timp ce spondilolisteza este alunecarea înainte a unui corp vertebral peste altul. Retrolisteza este alunecarea înapoi.

Alocați:	Spondiloza	M47.-	*Spondiloza*
	Spondilolisteza	M43.1-	*Spondilolisteza*
	Retrolisteza	M43.2-	*Alte suduri vertebrale*

1335 LEZIUNI BIOMECANICE, NECALSIFICATE ALTUNDEVA

Blocul M99 *Leziuni biomecanice, neclasificate altundeva* ar trebui să fie evitat pentru codificarea în spitale deoarece nu reflectă abordarea convențională occidentală ştiinței medicale care se bazează pe sistemele corpului şi organelor (nu segmente al corpului).

Acest bloc nu furnizează un nivel acceptabil al detaliului pentru clasificarea afecțiunilor specifice ale pacientului.

1336 HIPERTONIA

Hipertonia (R25.2 *Crampă şi spasm*) ar trebui să fie codificată numai dacă este confirmată de clinician ca fiind **semnificativă clinic**.

1342 HIPERREFLEXIA

Hiperreflexia (R29.2 *Reflexe anormale*) ar trebui să fie codificată numai dacă este confirmată de clinician ca fiind **semnificativă clinic**.

1343 EROZIUNEA GENUNCHIULUI

Eroziunea genunchiului este un termen folosit pentru a descrie asprimea cartilajului articular. Eroziunile pot fi documentate ca 'schimbarea gradului *', * fiind egală cu I, II, III sau IV. Dacă nu este specificată ca eroziune a rotulei, eroziunea genunchiului ar putea fi codificată la osteoartrita genunchiului. Sistemul de gradare ar trebui să fie codificat după cum urmează:

Eroziunea genunchiului gradele I–IV:	M17.0	*Gonartroza primară, bilaterală* **sau**
	M17.1	*Alte gonartroze primare*
Eroziunea genunchiului nespecificată altminteri:	M17.0	*Gonartroza primară, bilaterală* **sau**
	M17.1	*Alte gonartroze primare*
Eroziunea rotulei:	M22.4	*Chondromalacia rotulei*

1344 SINDROMUL DE POSTLAMINECTOMIE

Acest termen este folosit pentru a descrie durerea care persistă în ciuda intervențiilor chirurgicale ale spatelui, încercând să o atenueze. Include starea postoperatorie cu continuarea durerii ca urmare a laminectomiei, discectomiei, sudurii vertebrale şi foraminotomiei. Aceasta exclude cazurile cu mențiunea de discită (inflamație a discului intervertebral) ori arahnoidită şi instabilitate. Nu există o pleiadă de simptome distincte. Cauza eşecului este multifactorială şi variabilă. Sindromul de postlaminectomie (M96.1 *Sindromul postlaminectomie, neclasificat altundeva*) ar trebui să fie alocat numai când 'sindromul de postlaminectomie' este documentat. Durerea de spate ca urmare a intervenției chirurgicale, ar trebui să primească codul adecvat pentru durerea de spate.

1348 SUDURA VERTEBRALĂ

Sudura vertebrală poate fi efectuată cu sau fără fixare internă. Fixarea internă (*vezi blocul* [1390] *Fixarea internă a coloanei vertebrale)* se bazează pe trei tipuri:

- **Fixarea simplă internă:** poate lua forma unui nod de sârmă sau şuruburi simple pentru os, proiectate să imobilizeze fațetele articulațiilor. Costul acestor implanturi este relativ minor.

- **Implanturi nesegmentare:** acestea pot lua forma unei bare sau a unei plăci care fac o punte pe lungimea coloanei vertebrale şi sunt ataşate pe coloană la extremitățile superioare şi inferioare ale sudurii vertebrale. Ataşarea poate fi fie printr-un cârlig, fie printr-un şurub de fixare. Scopul este de a imobiliza (şi în cazul diformității, de a corecta) coloana vertebrală, în timp ce sudura se consolidează. Cu acest tip de implant **se face punte** pe lungimea coloanei, fără niciun alt ataşament intermediar.

- **Implanturi segmentare:** aceasta este o sudură care este imobilizată prin implanturi ce se ataşează nu numai la extremitățile superioare şi inferioare ale sudurii, dar şi la localizări multiple unde s-a intervenit. Sunt folosite pentru suduri lungi. Aceasta nu se limitează numai la corectarea scoliozei care se foloseşte cel mai adesea.

Alți indicatori pot fi corectarea altor diformități ale coloanei vertebrale, cum ar fi cifoza, imobilizarea fracturilor sau pentru tumorile coloanei vertebrale, ca şi sudurile lombosacrale lungi pentru degenerare.

Implantele segmentare pot fi descrise ca posterioare sau anterioare. Sunt unii pacienți cu probleme serioase care pot necesita o combinație atât a implanturilor anterioare, cât şi a celor posterioare. Inserarea operatorie necesită o expunere pentru barele Harrington, totuşi, datorită complexității mai mari a implantului, timpul de operare este semnificativ mai mare.

1352 ARTRITA JUVENILĂ

Nota inclusă la M08 *Artrita juvenilă* confirmă următoarele:

“Artrita la copii, cu debut înainte de 16 ani şi cu o durată mai mare de 3 luni.”

Criteriile sunt furnizate ca un ghid la conținutul categoriei.

Dacă 'artrita juvenilă' este documentată iar criteriile nu sunt întrunite, codul M08.- *Artrita juvenilă* ar trebui încă alocat.

Dacă artrita este documentată şi criteriile sunt întrunite, verificați cu clinicianul adecvarea alocării codului M08.- *Artrita juvenilă.*[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sistemul Musculo-Scheletic şi Țesutul Conjunctiv.

14 SISTEMUL GENITOURINAR

1404 INTERNARE PENTRU DIALIZA RENALĂ

Episoade de îngrijiri de o zi şi peste noapte

Atunci când pacientul este externat în aceeaşi zi cu internarea sau a doua zi după internare, codificați ca diagnostic principal fie Z49.1 *Dializa extracorporeală* pentru dializă extracorporală fie Z49.2 *Alte dialize* pentru dializa peritoneală.

Episoade de îngrijiri pe mai multe zile

Când episodul de îngrijiri pentru dializa renală se efectuează pe mai multe zile, iar intenția pentru internare **nu** a fost pentru aceeaşi zi, codificați ca diagnostic principal afecțiunea care a necesitat internarea. În aceste circumstanțe, dializa renală va fi indicată prin codul de procedură. De aceea, codurile Z49.1 *Dializa extracorporeală* şi Z49.2 *Alte dialize* nu sunt necesare.

Când episodul de îngrijiri pentru dializa renală se efectuează pe mai multe zile, iar intenția pentru internare **a fost** pentru aceeaşi zi, codificați ca diagnostic principal afecțiunea responsabilă pentru extinderea duratei de spitalizare a pacientului şi Z49.1 sau Z49.2 ca diagnostic adițional.

1405 SÂNGERARE VAGINALĂ, NESPECIFICATĂ ALTMINTERI

Un diagnostic de 'sângerare vaginală' indică sângerare din tractul genital feminin, nu neapărat sângerare pornind din vagin. Astfel, N89.8 *Alte afecțiuni neinflamatorii specificate ale vaginului* **nu ar trebui** să fie folosite.

Dacă investigațiile nu sunt relevante pentru originea actuală a hemoragiei sau investigațiile nu au fost efectuate, 'sângerarea vaginală neclasificată altminteri' ar trebui să fie codificată la N93.9 *Sângerare anormală a uterului şi vaginului, nespecificată.*

1408 VIRUS PAPILLOMATOS UMAN (HPV)

Există peste 50 de tipuri identificate de HPV. Virusurile papillomatoase umane infectează selectiv epiteliul pielii sau membranele mucoase. Aceste infecții pot:

- fi asimptomatice
- produce veruce
- fi asociate cu o varietate de neoplasme, atât benigne, cât şi maligne

1. HPV asociat cu veruca

HPV asociat cu veruca anogenitală

Verucile anogenitale benigne (Condylomata acuminata) sunt cauzate de virusurile papillomatoase umane [HPV] şi sunt transmise sexual.

Clasificare

Localizările anogenitale sunt codificate cu un diagnostic principal din lista de mai jos **cu un cod de diagnostic adițional A63.0 *Veruce anogenitale (veneriene)*:**

Perianal	K62.8	*Alte boli specificate ale anusului şi rectului*
Cervical	N88.8	*Alte afecțiuni neinflamatorii specificate ale colului uterin*
Uretral	N36.8	*Alte afecțiuni specificate ale uretrei*
Vaginal	N89.8	*Alte afecțiuni neinflamatorii specificate ale vaginului*
Vulval	N90.8	*Alte afecțiuni neinflamatorii specificate ale vulvei şi perineului*
Penis	N48.8	*Alte afecțiuni specificate ale penisului*

HPV asociat cu alte veruce

Alte veruce asociate cu HPV includ *veruce comune* (verrucae vulgaris) şi *veruce plane* (verrucae plana).

Clasificare

Alocați numai B07 *Veruca de origine virală* atunci când codificați verucele **altele decât anogenitale**.

2. HPV asociat cu afecțiuni altele decât verucele

Producerea anumitor tipuri de HPV este asociată cu displazia cervicală şi carcinomul colului uterin, ca şi cu alte malignități ale tractului genital (penis, vulvar şi carcinoamele anale).

Clasificare

Dacă HPV este documentat ca fiind asociat cu o afecțiune, alta decât verucele, alocați un cod pentru afecțiune ca diagnostic principal cu B97.7 *Papillomaviruşi, cauza unor boli clasate la alte capitole* ca diagnostic adițional.

EXEMPLUL 1:
Biopsia cervicală şi diatermia efectuate cu rezultat patologic de 'displazie grad I cu efect HPV '.

Coduri:	N87.0	*Displazia uşoară a colului uterin*
	B97.7	*Papillomaviruşi, cauza unor boli clasate la alte capitole*
	35608-00 [1275]	*Cauterizare de col uterin*
	35608-02 [1276]	*Biopsia de col uterin*

1415 SINDROMUL YOUNG

Codificați şi ordonați părțile componente ale Sindromului Young:

N46 *Sterilitatea la bărbat*
J98.4 *Alte modificări pulmonare*
J47 *Bronşiectazie*

1417 REZECȚIA PERCUTANATĂ A TUMORII DE RINICHI VIA NEFROSTOMIE

Două coduri sunt necesare în această situație pentru a identifica ambele aspecte ale acestei proceduri (cum ar fi, procedura în sine (extirparea leziunii renale) şi abordarea folosită (via nefrostomie)). Alocați 36522-01 [1048] *Nefrectomie parțială* şi 36624-00 [1056] *Nefrostomia percutanată.*

1420 INCIZIA COLULUI VEZICII URINARE PENTRU HIPERTROFIA BENIGNĂ PROSTATICĂ

Alocați N40 *Hiperplazia prostatei* ca diagnostic principal. Orice obstrucție documentată a colului vezicii urinare ar trebui să fie codificată ca un diagnostic adițional (N32.0 *Obstrucția colului vezicii*). Obstrucția colului vezicii urinare se poate presupune a se datora hipertrofiei prostatice dacă nu este confirmată altă afecțiune drept cauză.

Dacă sunt efectuate o TURP şi incizia colului vezicii urinare, ordonați TURP (37203-00 [1165] *Rezecția transuretrală a prostatei [TURP]*) drept primul cod de procedură, iar incizia colului vezicii urinare (36854-00 [1095] *Incizia endoscopică a colului vezical*) ca o procedură adițională.

1426 DIALIZA ÎN AMILOIDOZĂ

Dializa în amiloidoză (E85.3 *Amiloidoza sistemică secundară*) este o formă specifică a amiloidozei datorită depunerii în țesuturi a unei proteine ß2 microglobulinică ce se acumulează în insuficiența renală şi devine semnificativ clinică după mai mulți ani de tratament prin dializă. Proteina se depozitează de preferință în oase şi în jurul articulațiilor, mai ales la umeri, dar se poate depozita în orice țesut. Această afecțiune produce deseori sindromul tunelului carpal datorit depunerii din jurul încheieturii pumnului şi care ar trebui să fie de asemenea codificat dacă este prezent. Amiloidoza poate duce la o incapacitate evolutivă cu reducerea mobilității şi în cele din urmă la deces.

1427 HIDROCEL

Hidrocelul este o acumulare de fluid în orice cavitate sau canal în formă de sac, producându-se de cele mai multe ori în tunica vaginală a testiculului sau de-a lungul cordonului spermatic. Afecțiunea poate apare atunci când epididimul sau testiculul se inflamează. Obstrucția limfatică sau venoasă din cordon poate cauza de asemenea hidrocelul. Hidrocelul congenital este cauzat de insuficiența canalului dintre cavitatea peritoneală şi scrot pentru a se închide complet în perioada dezvoltării prenatale.

Hidrocelele care sunt cu adevărat prezente la naştere ar trebui să fie codificate drept congenitale, P83.5 *Hidrocel congenital*. Hidrocelele care apar la o vârstă înaintată ar trebui să fie alocate la un cod adecvat de la categoria hidrocel N43 *Hidrocel şi spermatocel*.

Repararea hidrocelului

La copii (mai mici de 12 ani), marea majoritate a hidrocelelor comunică între ele, astfel că închiderea procesului activ se efectuează printr-o intervenție chirurgicală (ca pentru hernia inghinală indirectă) şi ar trebui să fie codificată ca o reparare a herniei inghinale unilaterale (*vezi Indexul Alfabetic al Procedurilor*).

Corectarea hidrocelului este de asemenea codificată ca repararea herniei inghinale unilaterale.

Alocați codul adecvat pentru excizia hidrocelului, dacă procedura:

- implică tunica vaginală
- este documentată ca o procedură Jaboulay
- este documentată ca eversiunea sacului

La adulți (vârsta > 12 ani), hidrocelele nu comunică între ele în general, iar repararea hidrocelului poate fi făcută atât prin ligamentul rotund, cordonul spermatic cât şi prin tunica vaginală. Consultați clinicianul pentru mai multe detalii, dacă localizarea nu este specificată în foaia clinică.

1428 SINDROMUL DES (DIETILSTILBESTROL)

Sindromul DES rezultă din estrogenul sintetic, dietilstilbestrol, care a fost folosit pentru a preveni iminența de avort la mamele pacientelor actuale. Tratamentul rezultă în creşterea incidenței displaziei cervicale şi vaginale care se dezvoltă deobicei la vârsta de aproximativ 15 ani la fetele născute din aceste mame.

Codificați ca:

Cod adecvat pentru displazie/neoplasm după localizare

P04.1 *Făt şi nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*
Y42.5 *Alte estrogene şi progestative (cauzând efecte adverse în folosire terapeutică)*

Cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-).

1429 DURERE ÎN LOMBE/SINDROMUL HEMATURIEI

Durerea în lombe/sindromul hematuriei (N39.81 *Durere în lombe/sindromul hematuriei*) este un sindrom clinic distinct la durerii în lombe cu sau fără hematurie, producându-se predominant la femeile tinere la care nu s-a descoperit nici o anormalitate consistentă patologică sau psihică. Acest sindrom implică în mod normal investigații extensive şi recurente ale tractului urinar pentru a exclude alte afecțiuni, necesitând deseori internări multiple şi prelungite pentru investigații şi ameliorarea durerii.

1430 DETERIORARE CRONICĂ RENALĂ

A fost introdus un cod pentru a se face distincția dintre deteriorarea cronică renală şi insuficiența cronică renală. Aceste două afecțiuni se disting clinic prin următoarele criterii:

Criteriile clinice pentru alocarea la *deteriorare cronică renală* (N18.91) sunt:

Adulți (>14 ani)	Creatinină serică > normal dar < 0.3 mM/L
Copii (<15 ani)	Creatinină serică > normal dar < 0.2 mM/L

Criteriile clinice pentru alocarea la *insuficiența cronică renală* (N18.0, N18.8 or N18.90) sunt:

Adulți (>14 ani)	Creatinină serică > 0.3 mM/L
Copii (<15 ani)	Creatinină serică > 0.2 mM/L

Notă: Aceste criterii sunt folosite de către clinicieni, nu de către codificatorii clinici. Codificatorii ar trebui să aloce codurile N18.90 *Insuficiență cronică renală nespecificată* şi N18.91 *Deteriorare cronică renală* numai dacă se bazează pe o documentare clinică a afecțiunilor.

1431 EXAMINARE SUB ANESTEZIE (EUA), GINECOLOGIE

Examinarea sub anestezie (EUA) este inerentă în aproape orice procedură ginecologică şi cu cea mai mare aplicabilitate în D&C (dilatare şi curetaj). EUA (35500-00 [1296] *Examinarea ginecologică*) este codificată numai când nu se efectuează împreună cu altă procedură.

(*Vezi, de asemenea*, SC 0031 *Anestezia*, pag. 40 şi SC 0022 *Examinarea sub anestezie*, pag. 35).

1433 REEDUCAREA VEZICII

96158-00 [1904] *Reeducarea vezicii* ar trebui să fie alocat atunci când pacientul este implicat într-o perioadă de instructaj privind golirea reflexă a vezicii urinare (putând include auto-cateterismul intermitent) pentru a stabili un regim al vezicii urinare care rezultă în minimalizarea infecției, formării de pietre şi reflux. Diagnosticele pentru asemenea internări ar include incontinență, retenție sau vezică urinară neurogenică.

1434 CHIST OVARIAN

Chistul ovarului poate fi clasificat după cum urmează:

1. 'Chisturi' fiziologice normale

Dezvoltarea unui folicul pleacă de la un chist foarte mic cu structura de 3–4 mm în diametru. Deoarece el este selectat pentru a fi foliculul dominant, el creşte în dimensiune în mod progresiv astfel că în momentul ovulației, acest 'chist' special se rupe şi eliberează ovulul. El nu este un chist în adevăratul sens al cuvântului, ci un chist dezvoltând foliculi, care ating un diametru de 20–25 mm imediat înainte de ruptură.

În faza luteală a ciclului, corpul galben este, de asemenea, un 'chist' din moment ce se umple cu sânge.

În aceste circumstanțe, chisturile sunt structuri cu adevărat fiziologice care **nu necesită codificare**.

2. Mecanisme fiziologice anormale care rezultă din chisturi

Trei tipuri de structuri chistice pot exista acolo unde fiziologia devine anormală:

a) **Chisturile foliculare** unde diametrul chistului depăşeşte 25 mm. Acestea sunt observate în mod obişnuit în apropierea perioadei menstruale sau la menopauză, dar se pot produce oricând în perioada vieții reproductive.

Codificate la: N83.0 *Chist folicular al ovarului*

b) **Chistul corpului galben**. Aceasta se produce când corpul galben însuşi devine mult mai mare şi chistic. Aceasta este o trăsătură obişnuită în sarcina timpurie, mai ales când pacienta a primit forme de stimulare ovulară.

Codificat la: N83.1 *Chistul corpului galben*

c) **Ovare polichistice sau multichistice**. Prin folosirea ultrasunetelor, ovarele pot fi identificate în mod clar, conținând un număr mare de mici structuri chistice în interiorul lor. Trăsătura clasică a ovarului polichistic o formează 15-20 de foliculi mici, cu diametrul de 2-5 mm, prezenți în regiunea subcorticală a ovarului. Când structura chistică este puțin mai mare decât ovarul, mulți endocrinologi specialişti în reproducere consideră că acesta este un ovar multichistic. În aceste circumstanțe, dimensiunea chisturilor este întotdeauna mică, şi mult mai puține decât acelea ale unui folicul normal imediat înainte de ovulație.

Codificate la: E28.2 *Sindrom ovarian polichistic*

3. Chisturi patologice

Cealaltă formă a structurilor chistice este aceea a structurilor patologice care sunt definite clar de patologi într-o varietate benignă şi malignă.

1435 MUTILAREA ORGANELOR GENITALE FEMININE

Definiție

Organizația Mondială a Sănătății defineşte mutilarea feminină genitală (FGM) astfel:

Toate procedurile care implică îndepărtarea parțială sau totală a organelor genitale externe ale femeii sau altă leziune a organelor genitale feminine fie din motive culturale fie din altele neterapeutice.

Această definiție include o serie de practici de mutilare cu diferite grade, de la crestarea învelişului clitorial la infibulație. Infibulația implică îndepărtarea clitorisului, labiilor minore şi părților din labiile majore, care sunt apoi suturate împreună lăsând numai un mic orificiu de la câțiva milimetri la centrimetri în diametru pentru tranzitul urinei şi menstrei. Numai 15% dintre femeile afectate de FGM vor fi suferit infibulație.

Practica FGM există şi persistă în cadrul unor credințe şi convenții, care pot fi asociate cu tradiția, economia, religia, estetica şi/sau igiena.

Mutilarea feminină genitală a fost raportată în Oman, Emiratele Unite Arabe, Yemen, Indonezia, Malaizia, India şi 29 de țări africane.

Este important de notat că nu orice suferință care apare la femeile suferind o mutilare feminină genitală poate fi atribuită acestei intervenții.

Complicațiile care pot apare sunt:

- Complicațiile imediate includ durerea, sângerarea, infecțiile, leziunile, obstrucția urinară şi decesul.
- Complicațiile de lungă durată includ cicatrizarea vulvară, infecția pelvină şi a tractului urinar, circuitul menstrual şi urinar obstrucționat, fistule urinare şi fecale, incontinență, avort spontan şi naştere obstrucționate, vătămare vaginală şi perineală la naştere şi dificultăți sexuale, act sexual neconsumat şi dureros.

Clasificare

Z90.7 *Absența dobândită a organelor genitale* ar trebui să fie alocat ca un cod de diagnostic adițional când FGM este asociat cu:

1. **Internare pentru repararea FGM**

   Alocarea codului pentru diagnostic principal va depinde de documentație, totuşi, N90.8 *Alte afecțiuni neinflamatorii precizate ale vulvei şi perineului* ar fi codul preferat atunci când nu există informații specifice despre motivul reparării. Ar trebui să fie de asemenea alocat Z90.7 *Absența dobândită a organelor genitale* ca un cod de diagnostic adițional.

   Codificați procedura documentată, de ex. 35533-00 [1294] *Vulvoplastie*.

2. **Internare pentru tratamentul afecțiunii/problemei asociate cu FGM**

   Alocați codul adecvat pentru afecțiune, de ex.: infecția tractului urinar N39.0 *Infecția căilor urinare, cu localizare neprecizată* cu un cod adțional Z90.7 *Absența dobândită a organelor genitale.*

3. **Sarcină afectată de FGM**

   Alocați O34.7 *Îngrijiri acordate mamei pentru alte anomalii ale organelor pelviene* şi alte coduri relevante de la Capitolul XV *Sarcina, naşterea şi lăuzia* cu un cod adțional Z90.7 *Absența dobândită a organelor genitale*.

Notă: Documentația asupra FGM nu ar trebui să fie codificată dacă nu întruneşte criteriile de mai sus şi/sau criteriile pentru diagnostice adiționale (*vezi* SC 0002 *Diagnostice adiționale*, pag. 9).

1436 TRIAL DE GOLIRE

Unii pacienți sunt externați cu un cateter in situ, în general în urma unei proceduri postoperatorii pentru vezica urinară sau prostată. Pacienții sunt apoi reinternați pentru trialul de golire, pentru a observa dacă ei pot urina fără cateter. Acesta este îndepărtat şi pacientul încearcă golirea. Dacă trialul de golire nu are succes, pacientul este re-cateterizat şi un alt trial va avea loc ulterior.
Codificați trialul de golire după cum urmează:

Internare pentru trial de golire – postop – succes

Diagnostic principal:	Z46.6	*Amplasarea şi ajustarea unei proteze urinare*
Diagnostic adițional:	Z48.8	*Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală*
*Procedură:	36800-03 [1090]	*Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat*
	SAU	
	92119-00 [1902]	*Îndepăratea altor dispozitive de drenaj urinar*

Internare pentru trial de golire – postop – fără succes

Diagnostic principal:	Z46.6	*Amplasarea şi ajustarea unei proteze urinare*
Diagnostic adițional:	N99.8	*Alte tulburări postprocedurale ale sistemului genito-urinar*
	R33	*Retenție de urină*
	Y83.-	*Operație şi alt act chirurgical la originea unor reacții anormale ale pacientului sau complicațiilor ulterioare, fără menționarea accidentului în cursul intervenției*
* Procedură:	36800-03 [1090]	*Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat*, **ŞI**
	36800-00 [1090]	*Cateterism vezical*
	SAU	
	92119-00 [1902]	*Îndepărtarea altor dispozitive de drenaj urinar*, **ŞI**
	36800-00 [1090]	*Cateterism vezical*

Internare pentru trial de golire – non-postop – succes

Diagnostic principal:	Z46.6	*Amplasarea şi ajustarea unei proteze urinare*
* Procedură:	36800-03 [1090]	*Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat*
	SAU	
	92119-00 [1902]	*Îndepărtarea altor dispozitive de drenaj urinar*

Internare pentru trial de golire – non-postop – fără succes

Diagnostic principal:	Z46.6	*Amplasarea şi ajustarea unei proteze urinare*
Additional diagnosis:	R33	*Retenție de urină*
*Procedure:	36800-03 [1090]	*Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat*, **ŞI**
	36800-00 [1090]	*Cateterism vezical*
	SAU	
	92119-00 [1902]	*Îndepărtarea altor dispozitive de drenaj urinar*, **ŞI**
	36800-00 [1090]	*Cateterism vezical*

*Aceste proceduri nu ar fi codificate în mod normal (*vezi* SC 0042 *Proceduri normale necodificate*, pag. 46) dar ele sunt relevante în aceste circumstanțe şi de aceea sunt incluse.

Notă: Ca urmare a unui număr de internări fără succes pentru un trial de golire, un pacient poate atunci să fie trimis la un spital de recuperare pentru reantrenarea vezicii, în care caz se aplică SC 1433 *Reantrenarea vezicii*, pag. 194.

1437 INFERTILITATE

Când o internare se efectuează pentru investigația sau tratamentul infertilității (fie masculină sau feminină), ar trebui să se aloce un cod din categoria N97 *Infertilitate feminină* sau un cod N46 *Infertilitate masculină* ca diagnostic principal.

FERTILIZARE IN-VITRO (IVF)

Când o internare se face în mod specific pentru procedurile IVF, iar diagnosticul principal este 'IVF' sau 'infertilitate', Z31.2 *Fertilizare in-vitro* ar trebui să fie alocat ca un cod de diagnostic principal. Se poate aloca, dacă este cunoscut, un cod adițional de la categoria N97 *Infertilitate feminină*, pentru tipul de infertilitate, incluzând N97.4 *Sterilitatea femeii asociată factorilor dependenți de bărbat*.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Sistemul genito/urinar.

15 SARCINA, NAŞTEREA ŞI LĂUZIA

A. SARCINA CU REZULTAT ABORTIV

1501 VEZI PAG. 212

1503 AVORTUL 'COMPLET' ŞI 'INCOMPLET'

Când o pacientă este internată cu un diagnostic de 'avort spontan' şi nici o procedură nu este efectuată, verificaţi raportul de ultrasunete pentru a găsi dovada produselor de concepţie. Dacă nu există produse de concepţie pe acest raport, codificaţi ca avort complet; al patrulea caracter fiind:

5 Complet sau nespecificat, complicat prin infecţia tractului genital şi infecţie pelviană
6 Complet sau nespecificat, complicat prin hemoragie întârziată sau excesivă
7 Complet sau nespecificat, complicat prin embolism
8 Complet sau nespecificat, cu alte complicaţii şi nespecificate
9 Complet sau nespecificat, fără complicaţii

1504 MOLA HIDATIDIFORMĂ

Mola hidatiformă poate duce la un avort spontan. În acest caz, dacă o procedură este efectuată, procedura adecvată postavort ar trebui să primească:

35643-00 [1267] *Dilataţia şi curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină* **sau**
35643-01 [1267] *Curetajul aspirativ al cavităţii uterine*

1505-1509 VEZI PAG. 203

1510 SARCINA CU REZULTAT ABORTIV

Cum o naştere vie în Australia este definită ca o gestaţie de cel puţin 20 de săptămâni sau cel puţin 400 gr greutate, avortul este definit de aceea ca expulzia sau extragerea produselor de concepţie prin orice mijloace, înainte ca fătul să devină viabil, aceasta însemnând mai puţin de 20 de săptămâni de sarcină (140 zile) şi/sau greutate fetală mai mică de 400 gr.

1511 SFÂRŞITUL SARCINII

Dacă sarcina s-a sfârşit din cauza unei anormalităţi fetale cunoscute sau suspectate sau a altor probleme fetale şi placentare, aplicaţi următoarele linii directoare:

1. Dacă sfârşitul sarcinii se produce înainte ca fătul să fie viabil (aceasta însemnând înainte de 20 săptămâni de gestaţie şi/sau greutatea fetală mai mică de 400 gr), alocaţi O04.- *Avort medical* ca diagnostic principal cu un cod cum ar fi O35.0 *Îngrijiri acordate mamei pentru o malformaţie (presupusă) a sistemului nervos central al fătului* pentru a indica motivul sfârşitului sarcinii.

2. Dacă sfârşitul sarcinii se produce după ce fătul a devenit viabil, alocaţi ca diagnostic principal codul pentru motivul sfârşitului sarcinii, aşa cum este decesul fetal intrauterin (O36.4 *Îngrijiri acordate mamei pentru decesul intra-uterin al fătului*).

Dacă sfârşitul sarcinii are drept consecinţă un născut viu, alocaţi codurile adiţionale O60 *Naştere înainte de termen*, O09.- *Durata sarcinii* şi un cod adecvat Z37 *Rezultatul naşterii*.

Vezi ACS 1513 *Inducţie*, pag. 205, ca exemple de proceduri ce sunt implicate în sfârşitul sarcinii.

1513 VEZI PAG. 205

1514 OU CLAR

Dacă diagnosticul final este ou clar, alocați codul O02.0 *Ou clar şi molă nehidatiformă* chiar dacă nu sunt prezente dovezi histopatologice.

1515 VEZI PAG. 206

1544 COMPLICATII URMÂND AVORTULUI SI SARCINII ECTOPICE ŞI MOLARE

Codurile de la categoria O08 *Complicațiile ca urmare a unui avort, unei sarcini extra-uterine şi molare* sunt alocate când o pacientă este reinternată cu o complicație întârziată din cauza avortului care a fost tratată în perioada unui episod anterior de îngrijiri.

Un cod O08 ar trebui să fie alocat, de asemenea, ca un cod adițional pentru a identifica o complicație asociată cu categoriile O00–O02 (*Sarcină ectopică, Mola hidatiformă, Alte produse anormale ale concepției*).

Produse de concepție reținute

Dacă o pacientă este internată din cauza unor produse de concepție reținute de la un avort tratat în timpul unui episod de îngrijiri anterior, avortul ar trebui să fie codificat ca o complicație a avortului curent, **incomplet** (O03–O06 cu al patrulea caracter de la .0–.4).

Totuşi, dacă o pacientă este internată din cauza produselor de concepție reținute ca urmare a unui eşec de avort în timpul unui episod de îngrijiri anterior, codificați eşecul de avort ca diagnostic principal pentru a reflecta diagnosticul episodului original. În această situație pacienta încă suferă din cauza unui 'avort eşuat' şi nu din cauza unei complicații a avortului.

Alocați un cod adițional de la O09 *Durata sarcinii* care reflectă durata sarcinii la momentul producerii avortului (care poate fi anterior acestui episod de îngrijiri). Dacă aceasta nu este cunoscută, alocați O09.9 *Durata sarcinii, nespecificată*. Un cod de la O08 *Complicațiile consecutive unui avort, unei sarcini extra-uterine şi molare* nu se alocă.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Sarcină tubară ruptă cu şoc

Diagnostic principal:	O00.1	*Sarcină tubară*
Diagnostice adiționale:	O08.3	*Şocul ca urmare a unui avort, unei sarcini extrauterine şi molare*
	O09.-	*Durata sarcinii*

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Avort incomplet cu perforație de uter

Diagnostic principal:	O06.3	*Avortul fără precizare, incomplet, cu alte complicații şi neprecizate*
Diagnostice adiționale:	O08.6	*Leziunile organelor şi țesuturilor pelvine ca urmare a avortului, sarcinii extrauterine şi molare*
	O09.-	*Durata sarcinii*

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Coagulare intravasculară diseminată ca urmare a avortului efectuat în urmă cu două zile la un alt spital

Diagnostic principal:	O08.1	*Hemoragia întârziată sau severă ca urmare a unui avort, unei sarcini extrauterine şi molare*

Nu se cer coduri adiționale deoarece avortul s-a efectuat în timpul unui episod de îngrijiri anterior.

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Hemoragie şi produse de concepție reținute ca urmare a unui avort medical efectuat în perioada unei internări anterioare.

Diagnostic principal:	O04.1	*Avort medical, incomplet, complicat cu hemoragie întârziată sau severă*
Diagnostice adiționale:	O09.-	*Durata sarcinii*

EXEMPLUL 5:
Diagnostic: Produse de concepție reținute ca urmare a unei internări anterioare în urma unui avort eşuat, cu curetaj aspirativ.

Diagnostic principal:	O02.1	*Eşec de avort*
Diagnostic adițional:	O09.-	*Durata sarcinii*

B. TULBURĂRI/PROCEDURI PRIVIND TRAVALIUL ŞI NAŞTEREA

1505 NAŞTERE UNICĂ, VAGINALĂ, SPONTANĂ

O80 *Naştere unică spontană* este destinat naşterilor unice vaginale, spontane:

FĂRĂ anormalitate/complicație clasificabile în altă parte la Capitolul XV *Sarcina, naşterea şi lăuzia* **şi**
FĂRĂ manipulare sau instrumentar

1506 PREZENTARE ANORMALĂ, DISPROPORȚIE ŞI ANORMALITATEA ORGANULUI PELVIN MATERN

Acolo unde sunt necesare îngrijirea sau intervenția datorite prezentării anormale, disproporției sau anormalității organelor materne pelvine **înainte** de debutul travaliului, alocați un cod de la blocul:

O32 *Îngrijiri materne pentru o prezentare anormală a fătului, cunoscută sau suspectată*
O33 *Îngrijiri materne pentru o disproporție feto-pelvină, cunoscută sau presupusă*, **sau**
O34 *Îngrijiri materne pentru o anomalie cunoscută sau presupusă a organelor pelvine* ca adecvate.

Când se diagnostichează mai întâi prezentarea anormală, disproporția sau anormalitatea organelor materne pelvine **în timpul** travaliului sau necesită îngrijiri sau intervenție **în timpul** travaliului, ar trebui să fie alocat un cod de la următoarele categorii:

O64 *Distocia de obstacol datorită unei poziții şi prezentării anormale a fătului*
O65 *Distocia de obstacol datorită unei anomalii pelvine a mamei*, **sau**
O66 *Alte distocii de obstacol.*

Nu mai este necesar ca obstrucția să fie documentată pentru a aloca un cod de la aceste blocuri. **Aceste coduri pot să nu reprezinte o obstrucție prin ea însăşi, ci mai curând că au fost luate măsuri pentru a preveni obstrucția.**

Prezentații considerate anormale

Prezentările anormale şi poziţiile anormale listate ar trebui să fie codificate dacă sunt prezente **în timpul travaliului sau la naştere**:

pelvină
frontală
prezentație compusă
prezentație vertebrală
blocare transversală
facială
poziție persistentă occitoposterioară ('cu fața la pubis')
braț prolabat
transversă/oblică
instabilă

Pozițiile occiput, cum ar fi occipito-anterioare (OA), occipito-laterale (OL), occipito-posterioare (OP), sau occipito-transversale (OT) sunt normale şi nu ar trebui să fie codificate **dacă nu se produce vreo intervenție**.

Cicatrice uterină

O34.2 *Îngrijiri acordate mamei pentru o cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare* ar trebui să fie alocat (indiferent dacă intervenția a avut loc în timpul sau înaintea travaliului) pentru toate cazurile unde o/un:

- pacientă este internată pentru o cezariană facultativă datorită unei cezariene anterioare
- trial de cicatrice (de ex.: cicatrice cezariană sau cicatrice uterină în urma unei intervenții chirurgicale) ca urmare a unei naşteri cezariene, **sau**
- cicatrice uterină anterioară necesitând îngrijiri, dar naşterea nu se produce în timpul episodului de îngrijiri, de ex.: îngrijirile antepartum pentru durerea uterină datorită unei cicatrice anterioare.

O75.7 *Naştere pe cale vaginală după o cezariană anterioară* ar trebui să fie alocat pentru cazurile unde se constată o cicatrice de cezariană înaintea naşterii vaginale.

1508 ÎNTÂRZIEREA CELEI DE-A DOUA FAZE CU BLOCAJ NEUROAXIAL

Blocajele neuraxiale pot amâna faza a doua dar O74.6 *Alte complicații ale rahianesteziei şi unei anestezii epidurale în cursul travaliului şi naşterii* nu ar trebui să fie codificate pe baza unui blocaj neuraxial care a fost efectuat. Trebuie să existe documentația clinică a unei relații cauzale între amânarea celei de-a doua etape şi administrarea blocajului neuraxial înainte de a aloca O74.6 *Alte complicații ale rahianesteziei şi unei anestezii epidurale în cursul travaliului şi naşterii*.

Nu codificați a doua etapă amânată dacă nu este specificată în mod clar.

1509 ESTRIOLI ÎN SCĂDERE

Estriolii în scădere nu ar trebui să fie codificați. Dacă IUGR (întârzierea creşterii intrauterine) este documentată drept cauza scăderii estriolilor, alocați codul O36.5 *Îngrijiri materne pentru creştere insuficientă a fătului*.

1510-1511 VEZI PAG. 201

1513 INDUCȚIE

Motivul inducției

Inducția travaliului este efectuată din mai multe motive (de ex.: pre-eclampsia, cardiotocografia antenatală anormală (CTG), hemoragie antepartum anterioară, diabet, întârzierea creşterii intrauterine (IUGR)). Dacă nici un motiv nu este documentat sau motivul este declarat ca 'social' sau 'electiv' (adică nu sunt alocate alte coduri de la O00–O99), iar o naştere normală vaginală urmează unei inducții, alocați O80 *Naştere unică spontană* ca diagnostic principal.

(*Vezi de asemenea* ACS 1505 *Naştere unică spontană vaginală*, pag. 203).

Proceduri de inducție

În scopul codificării procedurilor, se aplică următoarele standarde:

Dacă travaliul este indus prin mijloace medicale în vederea terminării unei sarcini, **indiferent de durata sarcinii şi indiferent de rezultat,** codul de procedură va fi:

90465-00 [1334] *Inducția medicală a sarcinii, oxytocin* **sau**
90465-01 [1334] *Inducția medicală a travaliului, prostaglandin* **sau**
90465-02 [1334] *Altă inducție medicală a travaliului* **sau**
90465-05 [1334] *Inducția medicală şi chirurgicală a travaliului*

(*vezi Inducția medicală şi chirurgicală* , mai jos)

În general, terminarea unei sarcini care se produce după 14 săptămâni complete va implica travaliul şi, de aceea, va fi codificată la blocul [1334] *Inducția medicală sau chirurgicală a travaliului*. Terminarea sarcinii înainte de 14 săptămâni complete este efectuată prin D&C (dilatație şi curetaj) sau curetaj aspirativ şi nu implică travaliul.

EXEMPLUL 1:
Pacientă internată cu o gestație de 21 săptămâni cu un diagnostic de deces fetal in utero (FDIU). Sarcina este terminată prin inducția medicală şi chirurgicală a travaliului.

Codificați: 90465-05 [1334] *Inducția medicală şi chirurgicală a travaliului*

Codul 90462-00 [1330] *Introducerea supozitorului cu prostaglandină pentru inducerea avortului* nu se aplică în acest caz deoarece terminarea sarcinii pacientei a implicat travaliul.

EXEMPLUL 2:
Pacientă internată cu o gestație de 12 săptămâni cu un diagnostic de expunere la virusul rubeolei. Sarcina este terminată prin curetaj aspirativ.

Codificați: 35643-01 [1267] *Curetaj aspirativ al uterului*

Inducția medicală şi chirurgicală

Cu toate că inducția medicală şi chirurgicală este deseori efectuată pentru o singură pacientă, este rareori efectuată în mod simultan. În unele cazuri, inducția medicală va fi dată imediat după ruperea artificială a membranelor (ARM). Totuşi, în unele cazuri trece o perioadă de aproximativ jumătate de oră după ARM pentru a vedea dacă se va produce travaliul spontan. Unii obstetricieni pot aştepta până la 4 ore după ARM.

90465-05 [1334] *Inducerea medicală şi chirurgicală a travaliului* este acordat în acele cazuri când o pacientă are atât ARM cât şi inducere medicală, chiar dacă timpul care s-a scurs între ARM şi inducerea medicală a depăşit 4 ore. Cu toate că inducerea medicală poate fi făcută după începerea contracțiilor, aceasta nu ar terbui să fie codificată ca o augmentare medicală.

Intensificarea (accelerarea) medicală şi chirurgicală

90466-00 [1335] *Intensificarea (accelerarea) medicală după debutul travaliului* şi 90466-01 [1335] *Intensificarea (accelerarea) chirurgicală a travaliului* sunt alocate numai când este intensificat (accelerat) un travaliu **spontan**. Codul 90466-02 [1335] *Intensificarea (accelerarea) medicală şi chirurgicală a travaliului* ar trebui să fie alocat când atât intensificarea (accelerarea) medicală cât şi ARM sunt efectuate simultan sau urmând debutului travaliului spontan.

1514 VEZI PAG. 202

1515 AFECȚIUNE ANTEPARTUM CU NAŞTERE

Dacă un episod de îngrijiri include naşterea unui făt dar pacienta a fost internată pentru o afecțiune antepartum care a necesitat **tratament pentru mai mult de şapte zile** înainte de naştere, ordonați afecțiunea antepartum ca diagnostic principal.

1517 REZULTATUL NAŞTERII

Pentru fiecare naştere, codul adecvat de la Z37.- *Rezultatul naşterii* ar trebui să fie adăugat pe foaia de observație a mamei. El nu trebuie să fie diagnostic principal.

1518 DURATA SARCINII

Categoria O09 *Durata sarcinii* este destinată codificării duratei sarcinii la internare pe foaia de observație a mamei.

O09.0 < 5 săptămâni complete
O09.1 5–13 săptămâni complete
O09.2 14–19 săptămâni complete
O09.3 20–25 săptămâni complete
O09.4 26–33 săptămâni complete
O09.5 34–<37 săptămâni complete
O09.9 Durata sarcinii nespecificată

Un cod de la O09 ar trebui să fie alocat ca un diagnsotic adițional în toate cazurile de:

Avort (O00–O08 *Sarcină cu rezultat avortiv*)
Avort iminent (O20.0)
Ruptura prematură a membranelor (O42) (înainte de o gestație de 37 săptămâni complete)
Travaliu iminent prematur (O47.0 *Travaliu fals înainte de o gestație de 37 săptămâni complete*)
Debut timpuriu al travaliului (O60 *Naştere înainte de termen*)

Durata sarcinii ar trebui să fie scăzută din durata sarcinii documentată în foaia clinică.

O09.9 *Durata sarcinii nespecificată* ar trebui să fie folosit numai când cazul întruneşte criteriile stabilite mai sus, iar durata sarcinii nu a fost înregistrată.

Codurile *Durata sarcinii* au fost dezvoltate de către unitatea de Obstetrică & Ginecologie a Clasificării Clinice şi a Grupului de Codificare (CCCG), în mod special în vederea identificării duratei sarcinii pentru un grup **specific** de sarcini cu risc ridicat (identificat mai sus), şi numai aceste afecțiuni ar trebui să primească codul: O09.-

1519 NAŞTERE ANTERIOARĂ INTERNĂRII

Dacă o pacientă a născut un făt anterior internării într-un spital şi nu a fost efectuată nici o procedură operatorie legată de naştere în timpul internării, iar mama nu suferă complicaţii de puerperium, alocaţi un cod adecvat de la categoria Z39.0- *Îngrijiri postpartum şi examinare imediat după naştere*. Dacă o complicaţie apare înaintea internării, acea complicaţie ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal, nu un cod de la categoria Z39.0-.

Dacă o pacientă este transferată la un spital în urma unei naşteri pentru a însoţi un copil bolnav, iar pacienta primeşte îngrijiri postpartum de rutină alocaţi codul adecvat Z39.-.

Dacă o pacientă este transferată de la un spital la altul pentru îngrijiri post-cezariană, fără vreo afecţiune care să întrunească definiţia diagnosticului principal sau celui secundar, atunci codul adecvat Z39.- ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal şi Z48.8 *Alte îngrijiri specifice ca urmare a intervenţiei chirurgicale* ca un diagnostic adiţional.

(*Vezi* ACS 1548 *Afecţiune sau complicaţie postpartum*, pag. 214)

1520 NAŞTERI MULTIPLE

Într-o naştere multiplă, dacă feţii sunt născuţi diferit, ambele tipuri de naşteri ar trebui să fie codificate.

EXEMPLUL 1:
Naştere prematură gemelară la 35 de săptămâni, geamănul 1 născut prin extracţie pelvină, iar geamănul 2, născut în poziţie transversală prin operaţie cezariană segment inferior (LSCS) datorită obstrucţiei.

Cod:	O64.8	*Travaliu obstrucţionat datorit altei poziţii şi prezentare anormale*
	O32.5	*Îngrijiri materne pentru gestaţie multiplă cu prezentare anormală a unuia sau mai multor feţi*
	O30.0	*Sarcină gemelară*
	O60	*Naştere înainte de termen*
	O09.5	*Durata sarcinii 34–36 săptămâni complete*
	Z37.2	*Gemeni, ambii născuţi-vii*
	16520-03 [1340]	*Operaţie cezariană de urgenţă segment inferior*
	90470-03 [1339]	*Extragere pelvină*

1521 AFECŢIUNI CARE COMPLICĂ SARCINA

Capitlul XV *Sarcina, naşterea şi lăuzia* conţine două blocuri de coduri pentru complicaţiile legate de sarcină, O20–O29 *Alte tulburări materne legate predominant de sarcină* şi O94–O99 *Alte afecţiuni obstetrice, neclasificate altundeva*. Afecţiunile care se ştie că se produc de obicei la sarcină au coduri specifice la O20–O29. Pentru a codifica alte afecţiuni care complică sarcina (sau sunt agravate de sarcină sau care sunt motivul principal pentru îngrijiri obstetricale), un cod de la O98 *Boli materne infecţioase şi parazitare clasificabile altundeva dar complicând sarcina naşterea şi lăuzia* sau O99 *Alte boli materne clasificabile altundeva dar complicând sarcina naşterea şi lăuzia* sunt alocate împreună cu un cod adiţional de la celelalte capitole ale ICD-10-AM pentru a identifica afecţiunea specifică.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Sindromul tunelului carpal exacerbat prin sarcină.

Cod: O26.82 *Sindromul tunelului carpal în sarcină*

În acest exemplu sindromul tunelului carpal care se produce în sarcină este indexat la un cod specific.

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Sarcină complicată de anemia prin carență de fier.

Coduri: O99.0 *Anemia complicând sarcina, naşterea şi lăuzia*
D50.9 *Anemia prin carență de fier, nespecificată*

În acest exemplu, anemia care complică sarcina este indexată la O99.0. Un cod adițional este necesar pentru a descrie tipul specific al anemiei.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: O pacientă internată în secția de obstetrică pentru un astm care complică sarcina.

Coduri: O99.5 *Bolile aparatului respirator, complicând sarcina, naşterea şi lăuzia*
J45.9 *Astm, nespecificat*

În acest exemplu, astmul care complică sarcina nu este indexat în mod specific. Pentru a găsi codul adecvat de la O99 este necesar să se localizeze codul pentru boală sau afecțiune de la celelalte capitole ale *ICD-10-AM* (J45.9) şi apoi să se consulte Indexul la **'Sarcină – complicată prin - - afecțiuni la - - - J00-J99' sau 'Sarcină – complicată prin - - boli ale - - - sistem respirator (afecțiuni la J00–J99)'.**

Stare de sarcină incidentală

Dacă o pacientă însărcinată este internată pentru o afecțiune care nu are legătură cu sarcina, nici nu complică sarcina, nici nu este agravată de sarcină şi nu necesită observare sau îngrijiri obstetrice, atunci faptul că femeia este însărcinată se clasifică drept 'incidental'. În acest caz codul pentru afecțiune ar trebui să fie raportat ca diagnostic principal, cu un diagnostic adițional Z33 *Stare de sarcină, incidentală.*

EXEMPLUL 4:
Pacientă însărcinată internată cu fractura epifizei metacarpului (mână strivită în uşă).

Diagnostic principal: S62.32 *Fractura epifizei osului(lor) metacarp*
Diagnostic adițional: W23.- *Compresiunea, zdrobirea sau ciocnirea de un obiect sau între două obiecte*

Un cod pentru locul adecvat de producere (Y92.-) şi un cod de activitate (U50–U73)
Z33 *Stare de sarcină, incidentală*

1524 PRIMIPARĂ VÂRSTNICĂ

Z35.5 *Supravegherea unei primipare vârstnice* ar trebui să fie alocat dacă vârsta primiparei este de 35 de ani sau mai mult.

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

1525 MULTIPARITATE MARE

Z35.4 *Supravegherea sarcinii cu multiparitate mare* ar trebui să fie alocat dacă o femeie a născut cinci sau mai mulți fetuşi viabili.

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

1526 HIPERTENSIUNE ÎN SARCINĂ

Codurile de la categoriile O10–O16 *Edem, proteinurie şi hipertensiune în cursul sarcinii, naşterii şi lăuziei* nu ar trebui să fie alocat bazându-se numai pe rezultatele tensiunii. Afecțiunile ca 'sarcină cu hipertensiune indusă', 'pre-eclampsia' sau 'toxemia pre-eclamptică' trebuie să fie documentate în foaia clinică.

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

1527 NAŞTERE DUPĂ TERMEN

O sarcină este considerată ca 'după termen' la sau după 42 de săptămâni de gestație. Alocați codul O48 *Sarcină prelungită.*

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

EXAMPLE 1:
Pacienta a născut un făt la 41 de săptămâni de gestație. Documentat în foaia clinică de către obstetrician ca fiind naştere după data calendaristică. Alocați un cod pentru naştere după data calendaristică.

1528 HEMORAGIE POSTPARTUM

O hemoragie de 500ml sau mai mult este considerată ca hemoragie postpartum (PPH).
O hemoragie post-cezariană de 750 ml sau mai mult ar trebui să fie de asemenea considerată ca o PPH.

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

EXAMPLE 1:
Pacienta are o pierdere de sânge postpartum de 400 ml. Clinicianul a trecut în foaia clinică, 'hemoragie postpartum'. Alocați codul pentru PPH.

1529 TRAVALIUL PRECIPITAT

Travaliul precipitat este greu de definit în termeni temporali deoarece, cu toate că o naştere pare a fi foarte rapidă, semnele timpurii ale travaliului pot să fie omise. Codul pentru travaliu precipitat ar trebui să fie alocat numai acolo unde clinicianul specifică 'precipitat'.

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

1530 NAŞTERE PREMATURĂ

Când se codifică 'naştere prematură' sau naştere (spontană, indusă sau cezariană) cu debut înainte de o gestație de 37 de săptămâni complete, alocați codul O60 *Naştere înainte de termen.*

Dacă motivul pentru naşterea timpurie este documentat în foaia clinică, codificați-l pe acesta ca diagnostic principal, urmat de O60. Dacă nici un motiv nu este documentat, alocați codul O60 ca diagnostic principal. Alocați un cod de diagnostic adițional O09 *Durata sarcinii.*

1531 RUPTURA PREMATURĂ A MEMBRANELOR

Cea mai obişnuită ordonare a evenimentelor este ca membranele să se rupă în cursul travaliului (adică odată ce contracțiile au început şi colul uterin este dilatat). Când membranele se rup înainte de debutul travaliului, aceasta este cunoscută ca 'ruptura prematură a membranelor'.

Când travaliul începe în curs de 24 de ore după ruptura membranelor, alocați codul O42.0 *Ruptura prematură a membranelor, cu debutul travaliului în 24 de ore*.

Când travaliul începe în perioada de 1-7 zile după ruptura membranelor, alocați codul O42.11 *Ruptura prematură a membranelor, cu debutul travaliului mai târziu între 1-7 zile.*

Când travaliul începe la mai mult de 7 zile după ruptura membranelor, alocați codul O42.12 *Ruptură prematură a membranelor, cu debutul travaliului după mai mult de 7 zile.*

Notă: Codul O09 *Durata sarcinii* ar trebui să fie folosit ca un cod adițional împreună cu codurile O42.0 şi O42.1- în cazurile în care durata sarcinii este mai mică de 37 de săptămâni complete.

Falsa ruptură a membranelor ar trebui să fie codificată la O47.- *Fals travaliu*.

Întârzierea expulziei după ruptura artificială a membranelor ar trebui să fie codificată la O75.5 *Naşterea întârziată după ruptura artificială a membranelor*.

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

1532 TRAVALIU PRELUNGIT

Când travaliul este monitorizat, aşa cum este în spital, este considerat prelungit dacă naşterea nu este iminentă la 18 ore după travaliul stabilit.

- **Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moaşă.**
- **Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a aloca un cod.**

1534 NAŞTEREA CU AJUTORUL FORCEPSULUI

ICD-10-AM nu include eponime pentru forceps, cu toate că aşa sunt documentate deseori asemenea naşteri în foaia clinică. Următoarea listă este dată pentru a ajuta alocarea codului adecvat. Totuşi, din moment ce unele eponime sunt folosite pentru o varietate de tehnici, codificatorul clinic ar trebui să se ghideze după poziția aplicării forcepsului, ori de câte ori această informație este posibilă.

Forceps în partea inferioară – după Simpson, Wrigley, Lauff
Forcepsul este aplicat când capul fătului este în perineum.

Forceps de mijloc – după Neville-Barnes, Haig-Ferguson, Simpson
Forcepsul este aplicat când capul fătului este la nivelul spinei ischionului.

Extragere pelvină cu aplicație de forceps pe capul rămas în urmă (*vezi* ACS 1542 *Naştere pelvină cu extracție*, pag. 211).

Forceps rotator – după Keilland
O metodă de rotare a copilului în uter pentru a corecta (sau pentru a îmbunătăți) prezentația pentru naştere.

Forceps în partea superioară – posibil după Keilland
Acest forceps este folosit atunci când capul nu este angajat ori este deasupra marginii pelvine; rar folosit.

Forceps folosit la cezariană nu ar trebui să fie codificat.

1536 REDUCEREA NUMĂRULUI DE FETUŞI

Embriotomia este indicată în sarcinile multiple unde supraviețuirea tuturor fetuşilor este în dubiu sau în cazurile sarcinii multiple unde un făt poartă o tulburare cromozomială, cum ar fi Trisomy 21. Procedura implică reducerea numărului fetuşilor intrauterini printr-o tehnică care duce la decesul unuia sau mai multor fetuşi, de exemplu, injectarea fetală directă de clorură de potasiu sau gaz. Această procedură nu duce la avort sau naştere (din moment ce fătul este rezorbit) şi este, de aceea, diferită de procedurile clasificabile la codurile 90461-00 [1330] *Injecție intraamniotică pentru avort* şi 90476-00 [1343] *Proceduri asupra fetus-ului pentru facilitarea naşterii*.

Codul pentru reducerea numărului de fetuşi este 90463-00 [1330] *Reducerea numărului de fetuşi*.

1537 MIŞCĂRI FETALE SCĂZUTE

Z36.8 *Alte depistări prenatale* ar trebui să fie alocat la internările cu un diagnostic de mişcări fetale scăzute, nici o cauză de bază nu este documentată iar pacienta este externată acasă fără să fi născut. O36.8 *Îngrijiri materne pentru alte probleme fetale specificate* va fi folosit pentru pacientele care sunt internate cu un diagnostic de mişcări fetale scăzute, nici o cauză de bază nu este documentată iar ele nasc în cadrul unui episod de îngrijiri. Dacă o altă cauză de bază pentru mişcări fetale scăzute este documentată, această cauză ar trebui să fie codificată, nu O36.8 sau Z36.8 dacă pacienta naşte sau nu în cadrul unui episod de îngrijiri.

1538-1539 VEZI PAG. 213

1541 CEZARIANĂ DE URGENȚĂ ŞI ELECTIVĂ

O cezariană **electivă** este o operație cezariană efectuată ca o procedură planificată înaintea debutului travaliului sau ca urmare a debutului travaliului, când decizia a fost luată înaintea travaliului. Nu include operația de cezariană după o încercare nereuşită de vindecare prin de cicatrizare (*vezi* ACS 1506 *Prezentare anormală, disproporție şi anormalitate a organelor pelvine materne*, pag. 203).

O cezariană **de urgență** este definită ca o cezariană necesară din cauza unei situații de urgență (de ex.: travaliu obstrucționat, detresă fetală). Este cel mai bine descrisă astfel: 'operația de cezariană este efectuată atunci când decizia nu este considerată necesară anterior'. Operația cezariană după o încercare nereuşită de vindecare prin cicatrizare ar fi o operație cezariană de urgență.

1542 NAŞTERE PELVINĂ ŞI EXTRACȚIE

Naşterea pelvină asistată este definită ca o naştere spontană atâta timp cât ombilicul urmează printr-o simplă asistență la naşterea fătului. Manevra Løvset sau altele pot fi aplicate pentru a elibera brațele şi umerii fătului. Manipularea manuală cum ar fi manevra Mauriceau-Smellie-Veit poate fi folosită sau forcepsul poate fi aplicat pentru a scoate capul copilului. Dacă este folosit forcepsul, alocați 90470-02 [1339] *Naşterea asistată în prezentație pelvină cu aplicație de forceps pe capul rămas în urmă.*

Extracția pelvină este definită ca o interferență manuală extensivă în asistarea naşterii fătului. Picioarele sunt aduse în jos, brațele nucale sunt extrase şi capul fătului este eliberat prin manevre cum ar fi manevra Mauriceau-Smellie-Veit sau prin aplicarea forcepsului. Dacă este folosit forcepsul, alocați 90470-04 [1339] *Extracția pelvină cu aplicație de forceps pe capul rămas în urmă.*

1543 ÎNDEPĂRTAREA MANUALĂ A PLACENTEI

Îndepărtarea manuală a placentei poate fi efectuată din alte motive decât placenta reținută, de aceea nu este corect să presupunem că placenta a fost reținută dacă a fost efectuată o îndepărtare manuală a ei. Placenta reținută ar trebui să fie codificată numai când este documentată de către clinician.

Îndepărtarea manuală a placentei este o procedură de rutină în intervenția cezariană şi nu ar trebui să fie codificată separat.

1544 VEZI PAG. 202

1546 INCETINIREA BATAILOR DE INIMA FETALE

Documentarea de încetinire *'timpurie', 'târzie' sau 'variabilă'* ar trebui să fie codificată **numai** în prezența 'detresului fetal' sau numai când este efectuată o intervenție chirurgicală sau instrumentală.

1547 MECONIUM LICHID

Meconium lichid singur nu este întotdeauna o indicație a detresului fetal şi de aceea ar trebui să fie codificat numai când 'detresul fetal' este documentat sau numai când este efectuată o intervenție chirurgicală sau instrumentală.

1548 VEZI PAG. 214

C. TULBURĂRI/PROCEDURI LEGATE DE LĂUZIE

1501 DEFINIȚIA LĂUZIEI

Lăuzia este perioada de 42 zile după naştere. Internarea pentru probleme legate de lactație, care depăşeşte perioada de 42 zile, ar trebui să fie codificată ca puerperală. După 12 luni de la naştere, afecțiunile legate de lactație ar trebui să primească un cod pentru afecțiune în afara Capitolului XV *Sarcina, naşterea şi lăuzia*. De exemplu, mastita la mamele care alăptează, producându-se la 18 luni după naştere, ar trebui să fie codificată la N61 *Afecțiunile inflamatorii ale sânului*.

1538 DIFICULTĂȚI DE PUNERE LA SÂN ÎN PERIOADA POSTNATALĂ

Dificultatea de punere la sân este atunci când sugarul nu este pus la sânul mamei pentru a putea fi hrănit eficient. Este furnizată o subdiviziune a celui de-al cincilea caracter pentru codurile O91 *Infecții ale sânului asociate cu naşterea* şi O92 *Alte afecțiuni ale sânului asociate naşterii şi tulburări de lactație* pentru a indica tulburările sânului cu sau fără dificultăți de punere la sân.

Dificultățile de punere la sân pot fi asociate cu:

Sfârcuri retractate	O92.01	*Sfârc retractat asociat cu naşterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân*
Sfârcuri fisurate	O92.11	*Sfârc fisurat asociat cu naşterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân*
Sfârcuri infectate	O91.01	*Sfârc infectat asociat cu naşterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân*
Abcese	O91.11	*Abces al sânului asociat cu naşterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân*
Chirurgia bilaterală a sânului anterioară	O92.21	*Alte tulburări ale sânului asociate cu naşterea şi nespecificate*

Alte cauze ale dificultății de punere la sân pot include practici culturale, probleme de etnicitate maternă, o cezariană recentă sau probleme neonatale (care sunt date mai jos). În aceste circumstanțe alocați Z39.1 *Îngrijiri şi examinări acordate mamei care alăptează.*

Probleme neonatale cauzând dificultăți de punere la sân:

- Mai mulți copii.
- Refuz de îngrijire datorite problemelor cum ar fi icter fiziologic neonatal, tulburarea la mamă provocată de folosirea unor substanțe, efecte ale medicamentelor terapeutice sau analgezice.
- Malformații congenitale cum ar fi palatul ridicat sau buză crăpată.
- Defecte cromozomiale cum ar fi Trisomy 21.
- Un copil născut înainte de termen poate fi de asemenea motivul dificultății de punere la sân datorită oboselii şi necesității unor suplimente sau adaosuri din cauza insuficienței laptelui de sân.

În înregistrarea neonatală, alocați codul adecvat pentru tulburările neonatale specifice documentate ca fiind responsabile pentru dificultățile de punere la sân, urmat de codul P92.- *Tulburări de alimentație ale nou-născutului.*

1539 SUPRIMAREA LACTAȚIEI

Suprimarea fiziologică a lactației (eşecul lactației) care se produce înainte de pornirea lactației ar trebui să i se aloce codul O92.3 *Agalactia.*

O92.5 *Suprimarea lactației* ar trebui să fie alocat pentru suprimarea terapeutică înainte sau după pornirea lactației. Aceasta poate fi efectuată pentru pacientele cu afecțiuni cum ar fi epilepsia, depresia maniacă sau atunci când medicația curentă contraindică alăptarea.

Notă: **Suprimarea electivă (adică mama nu doreşte să alăptăze) nu ar trebui să fie codificată.**

1541-1547 VEZI PAG. 211-212

1548 AFECȚIUNI SAU COMPLICAȚII POSTPARTUM

În cazurile în care afecțiunile sau complicațiile postpartum, clasificabile la capitolul de obstetrică, ocazionează un episod de îngrijiri şi **pacienta a născut înainte de internare** (de ex.: în spital sau acasă), un cod de la Z39.0- *Îngrijiri şi examinări imediate după naştere* trebuie să fie alocat ca diagnostic adițional. Z39.0- nu trebuie niciodată să fie alocat ca diagnostic principal în asemenea cazuri (*vezi* ACS 1519 *Naşterea înainte de internare*, pag. 207).

EXEMPLUL 1:
Pacientă internată cu embolism pulmonar puerperal după ce a născut într-un alt spital cu o săptămână în urmă.

Diagnostic principal:	O88.2	*Embolia obstetricală prin cheag sangvin*
Diagnostic adițional:	Z39.01	*Îngrijiri postpartum după naştere în spital*

Dacă pacienta este tratată pentru o afecțiune postpartum în timpul unui episod de îngrijiri în care a avut loc naşterea, codul Z39.0 nu ar trebui să fie alocat.

EXEMPLUL 2:
Naştere spontană cu prezentație pelvină cu naştere unică a unui născut viu cu embolism pulmonar după naştere.

Diagnostic principal:	O32.1	*Îngrijiri acordate mamei pentru prezentație pelvină*
Diagnostice adiționale:	O88.2	*Embolia obstetricală prin cheag sangvin*
	Z37.0	*Naştere unică a unui născut viu*

În cazurile în care o pacientă este tratată pentru afecțiuni sau complicații puerperale şi pacienta **a născut în timpul unui episod de îngrijiri anterior codul Z39.0**- *Îngrijiri şi examinări imediate după naştere* **trebuie să fie alocat** ca diagnostic adițional.

1549 INFECȚIE STREPTOCOCICĂ GRUP B/PURTĂTOR ÎN SARCINĂ

Infecțiile datorite grupului B de streptococi (GBS) la femeile însărcinate sunt rare. Deseori, un tampon vaginal în partea inferioară va identifica GBS, totuşi, femeia nu va avea nici un simptom şi este simplu o purtătoare de bacterii. În Australia prevalența purtătoarei vaginale de GBS a fost estimată la 12%–15%. Aproximativ 1%–2% din sugarii născuți din femeile purtătoare de GBS au un debut timpuriu al bolii cu streptococi grupa B (EOGBSD), aproximativ 6% dintre cazuri fiind fatale. Riscurile EOGBSD şi moartea sunt în special ridicate la copiii născuți înainte de termen[1]. Se poate da un tratament profilactic pentru a ne asigura că organismul nu a trecut la copil în timpul naşterii.

Clasificare

Aplicați următoarele reguli de codificare pentru pacientele obstetrice cu Streptococcus B:

Dacă nu este prescris un tratament profilactic, alocați:
Z22.3 *Purtător de alte boli bacteriene, specificate*

Dacă este prescris un tratament profilactic (de ex.: penicilină), alocați:
Z22.3 *Purtător de alte boli bacteriene, specificate*
şi
Z29.2 *Alte măsuri de chimioterapie profilactică*

Dacă este documentată o infecție a tractului genito-urinar datorit Streptococcus B, alocați:
O23.9 *Infecții ale aparatului genito-urinar în timpul sarcinii, altele şi nespecificate*
şi
B95.1 *Streptococcus, grupa B, cauza unor boli clasate la alte capitole*

[1]Connellan, M. şi Wallace, E.U. (2000), *Prevention of perinatal group B streptococcal disease: screening practice in public hospitals in Victoria*. Med J Australia, 172: 317–320.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sarcina, Naşterea şi Lăuzia.

16 UNELE AFECȚIUNI A CĂROR ORIGINE SE SITUEAZĂ ÎN PERIOADA PERINATALĂ

1602 VEZI MAI JOS

1605 DEFINIȚIA AFECȚIUNILOR A CĂROR ORIGINE SE SITUEAZĂ ÎN PERIOADA PERINATALĂ

Notați instrucțiunea de la începutul Capitolului XVI *Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală* în *ICD-10-AM* Volumul 1 care confirmă că acest capitol include afecțiuni care îşi au originea în perioada perinatală, chiar dacă decesul sau morbiditatea se produc mai târziu.

Perioada perinatală este definită în Australia ca:

"Perioada începând de la 20 săptămâni complete (140 zile) de gestație şi sfârşind la 28 de zile complete după naştere."
(Comitetul Național privind Datele de Sănătate. (2001). Dicționarul Național privind Datele de Sănătate, Versiunea 10, AIHW)

Cele mai multe afecțiuni cu originea în perioada perinatală dispar în scurt timp după aceasta. Totuşi unele pot persista de-a lungul vieții şi ar trebui să fie clasificate la codurile din acest capitol indiferent de vârsta pacientei.

EXEMPLUL 1:
Adenocarcinom vaginal cu celule clare datorit expunerii intrauterine la DES (dietilstilbestrol). Pacienta este acum în vârstă de 25 ani.

Coduri:	C52	*Neoplasm malign al vaginului*
	(M8310/3)	*Adenocarcinom cu celule clare FAI*
	P04.1	*Făt şi nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*
	Y42.5	*Alte estrogenice şi progestative* (cauzând efecte adverse în uz terapeutic)
	Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-).	

Este, de asemenea, important de notat că unele afecțiuni care se pot produce în perioada perinatală, cum ar fi bronşiolita, nu sunt cuprinse în categoriile de la Capitolul XVI. Când o astfel de afecțiune se produce în episodul de naştere, este acceptabil a se aloca un cod de la alte capitole din *ICD-10-AM* fără a aloca un cod de la Capitolul XVI.

EXEMPLUL 2:

Bronşiolita nou-născutului	J21.9
Copil unic, născut în spital	Z38.0

1602 COMPLICAȚII NEONATALE ALE DIABETULUI MATERN

Nou-născuții din mame diabetice dezvoltă uneori o scădere tranzitorie a zahărului din sânge, care se atribuie de obicei afecțiunii materne. Acest diagnostic, codul P70.1 *Sindromul copilului cu mamă diabetică* sau P70.0 *Sindromul copilului a cărui mamă are un diabet al sarcinii*, ar trebui să fie confirmat de rapoartele de laborator şi clarificate cu clinicianul (*vezi, de asemenea,* ACS 0401 *Diabet Mellitus şi intoleranța la glucoză*, pag. 87).

1607 NOU-NĂSCUT/NEONATAL

Un nou-născut este o naştere vie care are vârsta mai mică de 28 de zile.

Perioada neonatală este definită în Australia ca:

"*exact patru săptămâni sau 28 de zile complete, începând cu data naşterii (ziua 0) şi sfârşind cu a 27-a zi completă. De exemplu, un sugar născut pe 1 octombrie rămâne un nou-născut până la completarea celor 4 săptămâni pe 28 octombrie şi nu mai este nou-născut pe 29 octombrie."*
(Comitetul Național privind Datele de Sănătate. (2001). Dicționarul Național privind Datele de Sănătate, Versiunea 10, AIHW)

Notă: Din cauza diferențelor de politică statale pentru nou-născuți, codificatorii clinici ar trebui să se consulte cu autoritățile lor sanitare statale pentru ghidare. Totuşi, aceste reguli importante ar trebui să fie aplicate dacă episoadele de îngrijire pentru nău-născut sunt codificate în statul/teritoriul dvs.:

1. Ar trebui să fie ordonat un diagnostic principal cu un cod de la Z38 *Copii născuți vii după locul naşterii* atunci când nou-născutul este foarte bine din punct de vedere al sănătății (incluzând acei sugari cărora li s-a efectuat o circumcizie). Această categorie include sugarii născuți:

   a) în spital
   b) în afara spitalului şi internat imediat după naştere.

EXEMPLUL 1:
Nou-născut, născut acasă, fără morbiditate, naştere vaginală.

Cod:	Z38.1	*Copil unic, născut în afara spitalului*

2. Orice afecțiune morbidă care apare în timpul episodului de naştere ar trebui să fie ordonată înaintea codului Z38 *Copii născuți-vii, după locul naşterii*.

EXEMPLUL 2:
Nou-născut, născut în spital, cu hipoglicemie, naştere vaginală.

Coduri:	P70.4	*Alte glicemii neonatale*
	Z38.0	*Copil unic, născut spital*

3. Codurile de la Z38 nu pot fi folosite când tratamentul este acordat la a doua sau următoarea internare.

EXEMPLUL 3:
Nou-născut de sex masculin, transferat de la Spitalul A după o operație cezariană electivă în segmentul inferior, la Spitalul B, ziua a doua, cu sindromul de detresă respiratorie şi pneumotorax.

Coduri la spitalul A:	P22.0	*Sindromul de suferință respiratorie a nou-născutului*
	P25.1	*Pneumotorax survenind în perioada perinatală*
	Z38.0	*Copil unic, născut spital*
Coduri la spitalul B:	P22.0	*Sindromul de suferință respiratorie a nou-născutului*
	P25.1	*Pneumotorax survenind în perioada perinatală*

EXEMPLUL 4:
Nou-născut, reinternat în a şaptea zi de viață pentru circumcizie

Coduri:	Z41.2	*Circumcizie rituală sau de rutină*
	30653-00 [1196]	*Circumcizia la bărbat*

1608 ADOPȚIA

Un nou-născut sănătos cu un statut de 'aşteptare pentru adopție' ar trebui să fie codificat la Z02.8 *Alte examinări în scopuri administrative*.

1609 NOU-NĂSCUȚI AFECTAȚI DE CAUZE MATERNE ŞI TRAUME LA NAŞTERE

Codurile de la categoriile P00–P04 *Făt şi nou-născut afectați de tulburări materne şi de complicațiile sarcinii, naşterii şi lăuziei* ar trebui să fie folosite numai pentru a indica faptul că nou-născutul a fost afectat de o afecțiune maternă.

Pentru a putea aloca unul din aceste coduri, foaia clinică trebuie să conțină documentația problemei nou-născutului (efectul) şi o notă prin care să se arate că a fost cauzat de către una dintre afecțiunile materne sau o complicație a sarcinii, travaliului sau naşterii. De aceea, vor fi întotdeauna *două* coduri: problema şi cauza. Întotdeauna ordonați mai întâi codul problemei, urmat de codul cauzei, deci un cod de la P00–P04 nu va fi *niciodată* codul diagnosticului principal al nou-născutului.

Codurile de la P10–P15 *Traumatisme obstetricale* arată că a existat o traumă în timpul naşterii şi, ca atare, pot avea un cod de la categoria P03 *Făt şi nou-născut afectați de alte complicații ale travaliului şi naşterii* alocat în plus. Totuşi, cauza şi efectul trebuie să fie documentate înainte de a aloca un cod P03.- .

Dacă mama are o afecțiune sau o complicație a travaliului sau naşterii care *nu* provoacă nici un efect advers sugarului:

- *nu* alocați un cod de la P00–P04 în foaia copilului;
- dacă această cauză maternă a necesitat mai multe servicii de îngrijiri decât este obişnuit pentru un nou-născut, poate fi adecvată alocarea Z76.2 *Alți copii sau nou-născuți sănătoşi primind îngrijiri* (de exemplu, în cazul observării post-cezariene) sau Z03.7 *Punerea sub observație şi evaluarea nou-născutului pentru afecțiune suspectată dar negăsită.*

Nu există limită de timp pentru folosirea codurilor de la P00-P04. De exemplu, o pacientă în vârstă de 25 ani, prezentând un adenocarcinom vaginal cu celule clare datorit expunerii intrauterine DES (dietilstilboestrol) ar primi codurile de cancer urmate de P04.1 *Făt şi nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*, (vezi, de asemenea, ACS 1605 *Definiția afecțiunilor care îşi au originea în perioada perinatală*, pag. 207).

EXEMPLUL 1:
Nou-născut unic cu leziune de scalp (necesitând sutură) ca rezultat al operației cezariene.

Coduri:	P15.8	*Alte traumatisme specificate la naştere*
	P03.4	*Făt şi nou-născut afectat de naşterea prin cezariană*
	Z38.0	*Copil unic, născut spital*

EXEMPLUL 2:
Nou-născut unic declarat a fi cu 'talie mică pentru vârsta gestațională' (SFD). Mama notată a fi hipertensivă. [Nici o relație între SFD şi hipertensiunea documentate în foaie.]

Coduri:	P05.1	*Talie mică pentru vârsta gestațională*
	Z38.0	*Copil unic, născut spital*

EXEMPLUL 3:
Nou-născut unic prin operație de cezariană, internat în secția de îngrijri speciale pentru nou-născuți în vederea observației post-cezariene. [Nici o problemă documentată.]

Coduri:	Z76.2	*Alți copii sau nou-născuți sănătoşi primind îngrijiri*
	Z38.0	*Copil unic, născut spital*

1610 SINDROMUL MORȚII SUBITE LA SUGAR/EVENIMENT ACUT CARE AMENINȚĂ VIAȚA

Definiție

Sindromul morții subite la sugar (SIDS) se referă la un sindrom al morții subite şi neexplicabile a unui sugar sau copil mic. Este considerat în general a fi un diagnostic patologic (adică alte cauze sunt excluse din examinarea detaliată post-mortem).

Evenimentul acut care amenință viața (ALTE) se referă la un sindrom de compromis cardio-respirator acut, care de obicei necesită eforturi de resuscitare şi pentru care nu este elucidată în mod clar nici o cauză. ALTE este terminologia preferată a ceea ce de obicei se numeşte 'la un pas de SIDS'. Relația dintre SIDS şi ALTE este neclară.

Clasificare

1. Cele mai multe cazuri de SIDS se prezintă ca decese înainte de a ajunge (la spital) şi, în consecință, nu ar necesita codificare pentru motivul internării.

2. În mod ocazional eforturile de resuscitare sunt inițiate dar copilul moare ulterior. Dacă rezultatele postmortem se confirmă, atunci alocați R95 *Sindromul morții subite la sugar*.

3. Rareori, SIDS poate complica o internare din alte motive. Dacă rezultatele postmortem se confirmă, atunci alocați R95 *Sindromul morții subite la sugar*.

4. În cazul unui ALTE aparent unde investigațiile ulterioare stabilesc o cauză de bază (incluzând diverse tulburări neurologice, gastrointestinale şi respiratorii), ar trebui să fie codificată numai cauza de bază.

5. În cazul unui ALTE aparent unde investigațiile ulterioare nu stabilesc o cauză de bază, alocați R95 *Sindromul morții subite la sugar*.

1611 OBSERVAREA ŞI EVALUAREA NOU-NĂSCUȚILOR ŞI SUGARILOR PENTRU AFECȚIUNEA SUSPECTATĂ, NEGĂSITĂ

Codul Z03.7 *Punerea sub observație şi evaluarea nou-născutului pentru afecțiune suspectată dar negăsită* este un cod care se foloseşte în circumstanțe limitate în foile de observație ale nou-născuților, altfel sănătoşi, dar suspectați de a avea un risc de afecțiune anormală. Aceasta necesită un studiu, dar după examinare şi observare, se determină că nu există necesitatea unui alt tratament sau îngrijire medicală.

Un cod de la Z03.7 urmează să fie folosit ca diagnostic principal, exceptând atunci când diagnosticul principal necesită un cod de la categoria Z38 *Copii născuți vii, după locul naşterii*, în care caz Z03.7- urmează să fie numai un diagnostic adițional.

1613 SINDROM DE ASPIRAȚIE MASIVĂ

Definiție

Sindromul de aspirație masivă se produce când fătul se sufocă în timp ce este în uter sau în canalul de naştere (post-maturitatea poate juca un rol important) şi inhalează lichid amniotic, vaginal sau orofaringian, toate putând conține meconium. Pot fi prezente dispneea, tahipneea, şuerat şi/sau apneea. În forme mai uşoare dispneea apare curând după naştere şi durează 2–3 zile. În forme mai severe, sugarul este foarte bolnav şi necesită îngrijiri intensive la nivel înalt iar această afecțiune poate fi fatală.

Terapia include aspirația tuturor urmelor de meconium din gură şi naso-faringe imediat ce capul iese şi apoi din faringe şi trahee prin laringoscopie. Dacă este nevoie, se furnizează intubare şi aspirație repetată, asistență ventilatorie şi îngrijiri intensive generale. Vor fi necesare oxigen umidificat şi antibiotice profilactice. Complicațiile includ pneumotoraxul şi necesitatea asistenței ventilatorii cu presiune pozitivă.

Clasificare

Codurile de la categoria P24.- *Sindroame de aspirație în perioada neonatală* ar trebui să fie folosite numai în cazuri de 'sindrom de aspirație masivă' (P24.9 *Sindrom de aspirație în perioada neonatală, nespecificat*), 'sindromul de aspirație de meconium' (P24.0 *Aspirația de meconium în perioada neonatală*) etc, **ŞI** în cazurile în care o boală respiratorie semnificativă, indicată prin necesitatea de **oxigen suplimentar pentru o perioadă de cel puțin 24 de ore.**

Pentru afecțiunile cum ar fi 'sindromul de aspirație de meconium' sau 'sindromul de aspirație masivă' iar oxigenul suplimentar este necesar pentru **MAI PUȚIN DE 24 DE ORE**, codificați la P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului*.

TAHIPNEA TRANZITORIE A NOU-NASCUTULUI/ TAHIPNEA PASAGERA A NOU-NASCUTULUI (TTN)

Definiție

TTN este un sindrom bine recunoscut al nou-născutului cu debut de la primile minute până la ore de la naştere. Este caracterizat prin tahipnee cu puțină creştere în efortul de respirație. Hipoxemia este deseori prezentă iar răspunsul la oxigen suplimentar este, de obicei, bun. Cu toate că se rezolvă în timp de 24 de ore, el poate persista pe mai multe zile. Nu ar trebui să existe vreo dovadă de sepsis sau de boală cardiacă. Radiografia pieptului arată o evidență a fluidului crescut în fisurile şi interstițiul plămânilor. TTN este o afecțiune benignă fără sechele de lungă durată.

Unele dificultăți vor apare dacă meconiumul a fost prezent în lichid deoarece un diagnostic alternativ al sindromului de aspirație ar fi atunci plauzibil (P24.- *Sindroame de aspirație în perioada neonatală*) (referiți-vă la criteriile de mai sus pentru folosirea codului P24.-). Dacă dependența de oxigen se rezolvă în 24 de ore şi el poate respira în cameră curând după aceea, atunci diagnosticul de TTN (P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului*) ar trebui să predomine.

Clasificare

Codul P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului* ar trebui să fie alocat acelor sugari al căror diagnostic este descris ca:

- tahipneea tranzitorie [a nou-născutului], (indiferent de durata terapiei cu oxigen), **sau**
- sindromul de aspirație de meconium, **sau**
- sindromul de aspirație masivă

} unde terapia cu oxigen suplimentar este necesară pentru mai puțin de 24 de ore

Dacă afecțiunea este descrisă ca 'sindrom de aspirație de meconium' sau 'sindromul de aspirație masivă' şi a fost necesară terapie cu oxigen suplimentar pentru **MAI MULT DE 24 DE ORE**, referiți-vă la liniile directoare de mai sus pentru 'sindromul de aspirație masivă'.

1614 SINDROMUL DE DETRESĂ RESPIRATORIE/BOALA MEMBRANEI HIALINE/DEFICIENȚA DE SURFACTANT

Definiție

Sindromul detresei respiratorii sau boala membranei hialine este sinonim cu deficiența de surfactant şi ar trebui să fie diagnosticată dacă sugarul are:

- detresă respiratorie la patru ore după naştere, **şi**
- există semne radiologice ale unui aspect difuz retico-glanular de sticlă mată pe cuprinsul ambilor plămâni, **şi/sau**
- o bronhogramă aerată care se extinde peste limitele cardiace, **şi**
- boala urmează un tipar compatibil cu diagnosticul.

Sindromul detresei respiratorii este caracterizat de următoarele:

- cianoză sau o cerere demonstrabilă de oxigen, **şi**
- tahipnee (rata respiratorie > 60/min), **şi**
- retracție costală/sternală, **şi**
- gâfâit la expirație.

Istoricul natural al bolii membranei hialine este:

- deteriorare progresivă de la primele câteva ore de viață la 36 ore, **şi**
- un platou de la 36 la 60 ore, **şi**
- rezoluție de 5–7 zile.

În timp ce aceasta este o variabilă modificată de folosirea unui surfactant artificial, procesul bolii se poate recunoaşte.

Aceasta este o boală care amenință viața şi necesită în mod frecvent sprijin ventilator mecanic.

Clasificare

Codul pentru sindromul de detresă respiratorie a nou-născutului (P22.0 *Sindromul de detresă respiratorie a nou-născutului*) ar trebui să fie păstrat pentru a clasifica condiția:

- boala membranei hialine, **sau**
- sindromul de detresă respiratorie, **sau**
- deficiența de surfactant.

Detresa respiratorie nespecificată

Termenul de 'detresă respiratorie nespecificată' nu ar trebui să fie codificat ca atare, deoarece este considerat un simptom, nu un diagnostic. Alte informații privind un diagnostic definitiv ar trebui să fie căutate la clinician.

1615 INTERVENȚII SPECIFICE PENTRU NOU-NĂSCUTUL BOLNAV

Standardele de codificare enumerate mai jos se referă la intervențiile specifice pentru nou-născutul bolnav. Aceste standarde vor furniza date valoroase despre corp care vor ajuta îmbunătățirea clasificării AR–DRG a afecțiunilor neonatale.

Infuzie enterală

Infuzia enterală (92191-00 [1885] *Alimentare enterală cu substanțe nutritive*), altfel cunoscută sub numele de gavaj gastric sau hrănire prin tub, ar trebui să fie alocat **numai când se administrează de mai multe ori (> 1) în cadrul unui episod de îngrijiri.**

Notă: Acest cod nu ar trebui să fie folosit pentru procedurile de lavaj gastric.

Terapia cu oxigen

92044-00 [1889] *Alt tip de îmbogățire a aerului cu oxigen* ar trebui să fie alocat numai dacă terapia cu oxigen (via cort, mască de față, mască sau canulă) a fost efectuată pentru **mai mult de 4 ore**. Exemple de diagnostice care necesită terapie cu oxigen sunt 'tahipneea tranzitorie' (P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului*) sau 'alte probleme respiratorii după naştere' (P22.8 *Alte detrese respiratorii ale nou-născutului*).

Terapie parenterală cu fluid

92192-00 [1885] *Alimentare parenterală cu substanțe nutritive* şi 92184-00 [1885] *Injectarea sau infuzia de electroliți* ar trebui să fie alocate când s-au folosit pentru monitorizarea carbohidraților, hidratării sau tulburărilor electrolitice. Exemple de diagnostice care pot necesita terapie cu fluid parenteral sunt 'hipoglicemia neonatală' (P70.- *Tulburări tranzitorii de metabolism ale carbohidraților specifice fătului şi nou-născutului*) sau 'alte tulburări electrolitice tranzitorii neonatale' (P74.- *Alte tulburări electrolitice şi metabolice tranzitorii ale nou-născutului*).

Notă: Aceste coduri **nu ar trebui să fie alocate** când aceste proceduri fac **parte din resuscitarea la naştere**.

Antibiotice/anti-infecțioase parenterale

92186-00 [1885] *Injectarea unui antibiotic* şi 92187-00 [1885] *Injectarea altui agent anti-infecțios* ar trebui să fie alocate **numai când sunt date pentru > 24 ore**. Exemple de diagnostice care pot necesita un asemenea tratament sunt 'infecție perinatală' (P39.8 *Alte infecții specifice precizate ale perioadei neonatale*) şi ' sepsis neonatal' (P36.- *Infecția bacteriană a nou-născutului*).

Fototerapia

Un cod pentru fototerapia nou-născutului ar trebui să fie alocat numai când fototerapia susținută (**> 12 ore**) este furnizată pentru tratamentul icterului neonatal. Codul de procedură este 90677-00 [1611] *Alte proceduri tegumentare de fototerapie.*

Notă: Un cod de diagnostic pentru icterul nou-născutului **ar trebui să fie alocat când este furnizată o fototerapie de > 12 ore**.

Transfuzii

13706-01 [1893] *Transfuzia de sânge integral*
13706-02 [1893] *Transfuzia de concentrat celular*
92062-00 [1893] *Transfuzia de alt tip de ser* (incluzând plasma sau albumina)
92063-00 [1893] *Transfuzia de înlocuitor de sânge* (incluzând dextran, etc)

Codurile de mai sus ar trebui să fie alocate când sunt efectuate pentru nou-născuți. (*Vezi, de asemenea,* ACS 0302 *Transfuzii de sânge,* pag. 84*).*

Exemple de diagnostice care pot necesita o transfuzie sunt:

Diagnosticele neonatale care pot cere transfuzii

Pierdere de sânge fetal	P50.-	*Pierderea de sânge la făt*
Anemia congenitală	P61.3 P61.4	*Anemia congenitală prin pierdere de sânge fetal* *Alte anemii congenitale, neclasificate altundeva*
Policitemia nou-născutului	P61.1	*Policitemia nou-născutului*
Anemia prematurității	P61.2	*Anemia prematurității*
Şoc	R57.9	*Şoc, nespecificat*
Hipovolemia	P74.1	*Deshidratarea nou-născutului*

Boala maternă/incapacitate de îngrijire

În cazurile în care un nou-născut necesită îngrijiri din cauza unei boli materne sau a 'incapacității de îngrijire', codul adecvat ar trebui să fie alocat numai dacă nou-născutul este **dependent exclusiv de îngrijiri pentru mai mult de 24 de ore (consecutive)**.

Asemenea cazuri ar include 'sugar pentru adopție' (Z02.8 *Alte examinări în scopuri administrative)* sau moartea mamei *(*P01.6 *Făt şi nou-născut afectați prin decesul mamei*).

1616 ENCEFALOPATIE HIPOXICĂ ISCHEMICĂ (HIE)

Definiție

Sindromul clinic este un proces encefalopatic care urmează unei leziuni hipoxico-ischemice perinatale semnificative. Encefalopatia este gradată clinic astfel:

Gradul 1 Hiperalertă, hipereflexie, pupile dilatate, tahicardie dar nu mişcări involuntare.

Gradul 2 Letargie, mioză, bradicardie, diminuarea reflexelor (de ex.: Moro), hipotonie şi mişcări involuntare.

Gradul 3 Stupoare, flaciditate, mişcări involuntare, reflexele Moro şi bulbar absente.

Clasificare

Gradul 1 Codificați la	P91.81	*Encefalopatie neonatală*
Gradul 2 Codificați la	P91.81	*Encefalopatie neonatală*
	+	
	P90	*Convulsiile nou-născutului*
Gradul 3 Codificați la	P91.81	*Encefalopatie neonatală*
	+	
	P91.4	*Depresia cerebrală neonatală*
	+	
	P90	*Convulsiile nou-născutului*

Orice asfixie obstetricală gravă coexistentă la naştere (P21.0 *Asfixia obstetricală gravă*) ar trebui să fie codificată dacă este documentată.

1617 SEPSIS NEONATAL /RISC DE SEPSIS

Sepsis neonatal poate fi definit ca o infecție bacteriană invazivă, care se produce în primele 28 de zile ale vieții. **Un debut timpuriu al infecției neonatale** este aparent clinic în cadrul primelor 6 ore de la naştere la peste 50% din cazuri; marea majoritate prezintă un debut în primele 72 de ore de viață. **Debut târziu al infecției neonatale** se prezintă de obicei după 4 zile de viață şi include infecții dobândite nosocomiale.

Factorii de risc pentru infecția neonatală invazivă includ:

- travaliu înainte de termen
- ruptura prematură a membranelor
- semne ale infecției materne
- naştere multiplă cu întârzierea naşterii următorului(lor) copil(ii)
- ruptură prelungită de membrane
- purtător matern al infecției cu streptococi grupa B
- copil prematur cu boala invazivă cu streptococi grupa B

Nou-născuții care au unul sau mai mulți factori de risc dintre cei amintiți mai sus, dar fără simptome, pot avea un diagnostic de 'risc de sepsis' şi pot fi tratați cu antibiotice profilactice sau pot fi ținuți în spital pentru alte observații.

Clasificare

Pentru acei nou-născuți care au o infecție specifică, cum ar fi sepsis neonatal, alocați codul de diagnostic adecvat împreună cu orice cod de intervenție asociat (ca în ACS 1615 *Intervenții specifice pentru nou-născutul bolnav*, pag. 222). Un cod adițional de la categoria P00–P04 *Făt şi nou-născut afectați de tulburări materne şi de complicațiile sarcinii, naşterii şi lăuziei* poate fi alocat dacă infecția este un rezultat al unei afecțiuni materne.

Pentru acei nou-născuți cu un diagnostic de 'risc de sepsis' şi **fără o afecțiune documentată**, se aplică următoarele reguli:

Nou-născutul este numai observat iar tratamentul profilactic pentru infecție nu este inițiat, atunci alocați codul adecvat de la categoria Z03 *Punerea sub observație şi evaluare medicală când este suspectată o boală.*

Dacă nou-născutul primeşte un tratament profilactic, alocați codul adecvat de la categoria Z29 *Necesitatea altor măsuri profilactice* împreună cu un cod de intervenție adecvat (ca în ACS 1615 *Intervenții specifice pentru nou-născutul bolnav*, pag. 222).

1618 PREMATURITATE ŞI GREUTATE SCĂZUTĂ LA NAŞTERE

Greutatea la naştere şi vârsta gestațională

Codurile P07.0- *Greutate la naştere foarte mică* şi P07.1- *Alte greutăți mici la naştere* se referă la greutatea sugarului în momentul naşterii, nu la greutatea din episoadele de îngrijire ulterioare.

Codurile P07.2- *Imaturitate extremă* şi P07.3- *Alți copii născuți înainte de termen* se referă la cât de lungă este perioada de gestație (adică durata cât a stat fătul în uter) pentru sugar, nu cât de în vârstă este sugarul (sau care este vârsta lui în săptămâni).

Când se foloseşte un cod de la categoria P07 *Tulburări legate de perioada de gestatie scurta si greutate mica la nastere, neclasificate altundeva* pentru episoadele următoare episodului de naştere, al cincilea caracter trebuie să corespundă cu greutatea şi vârsta gestațională din episodul de naştere.

Greutate scăzută la naştere

Un cod pentru greutate scăzută la naştere la o perioadă gestațională normală ar trebui să fie alocat numai în foaia sugarului când aceasta este documentată de către obstetrician/clinician/moaşă şi întruneşte criteriile unui diagnostic adițional. Nu ar trebui să fie alocat de rutină pentru toți sugarii cu mai puțin de 2500gr la termen.

Codurile corecte pentru această afecțiune sunt P05.0 *Greutate mică pemtru vârsta gestațională* sau P05.1 *Talie mică pentru vârsta gestațională.* Codurile de la P07 *Tulburări legate de perioada de gestatie scurta si greutate mica la nastere, neclasificate altundeva* sunt destinate folosirii acolo unde apare o greutate scăzută la naştere la un sugar prematur.

Prematuritate

Pentru episodul naşterii, diagnosticul principal va fi, în general, fie P07.2- *Imaturitate extremă* fie P07.3- *Alți copii născuți înainte de termen.*

Episoadele ulterioare de îngrijiri (urmând episodului naşterii) pentru tratamentul unei afecțiuni specifice ar trebui să aibă această afecțiune specifică codificată ca diagnostic principal. În aceste cazuri, codurile de la categoria P07 *Tulburări legate de perioada de gestatie scurta si greutate mica la nastere, neclasificate altundeva* pot fi alocate, de asemenea, dacă sunt întrunite criteriile din ACS 0002 *Diagnostice adiționale*.

Episoadele ulterioare unde prematuritatea este singurul motiv pentru internare (de ex.: spitalizare pentru monitorizare, câştigarea în greutate sau stabilirea hranei) ar trebui să aibă un cod de la P07 alocat ca diagnostic principal. Totuşi, dacă copilul este în vârstă de > 28 zile şi ≥ 2500gr la internare, alocați Z51.88 *Alte îngrijiri medicale, specificate* ca diagnostic principal şi un cod de la P07 ca un diagnostic adițional.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Unele Afecțiuni a căror Origine se situează în Perioada Perinatală.

17 MALFORMAȚII CONGENITALE, DEFORMAȚII ŞI ANOMALII CROMOZOMIALE

(*Acest capitol a fost lăsat intenționat în alb).*

18 SIMPTOME, SEMNE ŞI DETERMINĂRI ANORMALE CLINICE ŞI DE LABORATOR, NECLASIFICATE ALTUNDEVA

1802 SEMNE ŞI SIMPTOME

Cu toate că simptomele nu sunt codificate în general atunci când este determinat un diagnostic mai decisiv, există cazuri în care simptomele ar trebui să fie codificate. Notele de la începutul Capitolului XVIII din *ICD-10-AM* sunt ajutătoare în determinarea alocării codurilor de la categoriile R00–R99, iar un fragment este reprodus aici:

"Afecțiunile şi semnele şi simptomele incluse la categoriile R00–R99 constau în:

a) cazuri pentru care nici un diagnostic mai specific nu poate fi determinat chiar după ce au fost investigate toate faptele pe care se bazează cazul;

b) semnele sau simptomele existente în momentul depistării inițiale care se dovedesc a fi tranzitorii şi a căror cauză nu ar putea fi determinată;

c) diagnostice temporare la un pacient care nu a mai revenit pentru alte investigații sau îngrijiri;

d) cazuri trimise în altă parte pentru investigații sau tratament înainte de determinarea diagnosticului;

e) cazuri în care un diagnostic mai precis nu a fost disponibil din oricare alt motiv;

f) anumite simptome ce reprezintă probleme importante în îngrijirile medicale prin ele însele, pentru care sunt furnizate informații suplimentare."

Acest ultim punct are o importanță specială din moment ce unele 'simptome' din cauza semnificației lor necesită codificare precum şi cauza de bază.

1804 ATAXIA

Sunt multe tipuri de ataxie, de aceea codificatorii clinici ar trebui să ceară lămuriri clinice înainte de a aloca R27.0 *Ataxia, nespecificat.*

1805 ACOPIA

'Acopia' este un termen neadecvat, iar codificatorii clinici ar trebui să ceară lămuriri clinice pentru a stabili un diagnostic mai adecvat care să reflecte motivul pacienților pentru internare. 'Imobilitatea' şi 'fragilitatea' fac parte din aceeaşi categorie şi ar trebui de asemenea să fie discutate cu clinicianul respectiv.

1806 CĂDERI

R29.81 *Căderi* ar trebui să fie alocat numai în acele cazuri în care un pacient (de obicei în vârstnici) este internat din cauza căderilor cu o etiologie necunoscută şi nu se găseşte nici o cauză în timpul episodului de îngrijiri. Nu ar trebui să fie folosit în cazurile de traumă cunoscută asociată cu o cădere sau cu o afecțiune cunoscută medical care se consideră a fi cauza căderilor recurente, de exemplu, boala Parkinson.

1807 DIAGNOSTICE PRIVIND DUREREA ŞI PROCEDURI DE MONITORIZARE A DURERII

Durere acută

Când un pacient suferă de dureri postoperatorii sau durere direct asociată cu altă afecțiune, alocați numai codul (codurile) pentru care intervenția chirurgicală a fost efectuată sau afecțiunea (afecțiunile) care a provocat durerea. R52.0 *Durere acută* nu ar trebui să fie alocat niciodată în asemenea circumstanțe (*vezi de asemenea* ACS 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6 şi ACS 1802 *Semne şi simptome*, pag229). R52.0 *Durere acută* poate fi alocat numai când nu există nici o documentație privind localizarea sau cauza durerii acute.

Notați lista de excluderi de la R52 *Durere, neclasificată altundeva* care exclude folosirea codurilor în această categorie când se cunoaşte localizarea/tipul durerii.

Procedurile de anestezie şi analgezia pentru durerea acută pot să fie alocate dacă datele privind asemenea intervenții sunt necesare la nivelul spitalului (folosirea acestor coduri nu este obligatorie pentru raportarea datelor naționale de morbiditate). Exemplele de proceduri pentru durerea acută sunt:

[32] *Injecția epidurală*
[33] *Infuzare epidurală*
[34] *Injecție caudală*
[35] *Infuzare caudală*
[36] *Injecție spinală*
[37] *Infuzare spinală*
[39] *Inserarea cateterului spinal, dispozitiv infuzare sau pompă*
[1909]–[1910] *Anestezia*
[1912] *Analgezie post-procedurală*

Durere cronică/ireductibilă

Durerea cronică ar trebui să fie ordonată ca diagnostic principal numai când un pacient este internat în mod special pentru monitorizarea durerii şi nu este stabilit nici un diagnostic legat de aceasta. În mod obişnuit, asemenea pacienți vor fi internați la chirurgia de zi pentru o procedură de monitorizare a durerii, cum ar fi:

[60] *Injectarea agentului anestezic în jurul nervului cranial*
[63] *Injectarea agentului anestezic în jurul altui nerv periferic*
[65] *Injectarea agentului anestezic în jurul sistemului nevos simpatic*
[81] *Simpatectomie chirurgicală*
[85] *Re-operația pentru simpatectomia anterioară*

Localizarea durerii ar trebui să fie folosită pentru a atribui un cod de diagnostic principal. R52.1 *Durerea cronică ireductibilă* sau R52.2 *Altă durere cronică* ar trebui să fie alocate numai ca **diagnostic principal** când:

- localizarea durerii nu este specifică (*vezi nota de excluderi de la categoria R52*)

  ŞI
- 'durerea cronică ireductibilă' sau 'durerea cronică' este documentată şi întruneşte criteriile definiției diagnosticului principal din ACS 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6.

În toate celelalte cazuri în care durerea cronică este documentată, afecțiunea care a provocat durerea ar trebui să fie ordonată ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacient internat la chirurgia de zi pentru monitorizarea durerii de spate cronice ireductibile. Pacientul a fost tratat cu injectarea anesteziculuipentru analgezie.

Coduri:	M54.5	*Dorsalgie joasă*
	18286-01[65]	*Injectarea agentului anestezic în jurul părții lombare a sistemului nervos simpatic*

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Pacient internat în spital pentru investigarea 'durerii cronice ireductibile'. Cauza şi localizarea durerii nedeterminate în timpul episodului de îngrijiri.

Codificați:	R52.1	*Durere cronică ireductibilă*

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Pacient internat cu cancer de plămâni se observă că suferă în timpul episodului de îngrijiri de durere severă de oase secundară metastazelor osoase. Pacientul primeşte morfină pentru controlul durerii.

Coduri:	C34.9	*Tumoră malignă a bronhiilor sau plămânului, nespecificat*
	M8010/3	*Carcinom nespecificat altminteri*
	C79.5	*Tumoră malignă secundară a osului şi măduvei osoase*
	M8010/6	*Carcinom metastatic nespecificat altminteri*

1808 INCONTINENȚA

Incontinența este semnificativ clinică atunci când ea:

- nu este considerată clinic a fi normală fiziologic,
- nu este considerată clinic a fi normal dezvoltată, **sau**
- este persistentă la pacienții cu incapacitate sau retardare mentală semnificative.

Codurile de incontinență urinară şi a materiilor fecale (R32 *Incontinență urinară nespecificată*, R15 *Incontinența materiilor fecale*) ar trebui să fie alocate numai când incontinența este prezentă la externare sau persistă cel puțin 7 zile.

1809 CONVULSII FEBRILE

Definiție

Convulsiile febrile (atacurile febrile) se produc mai întâi la copiii în vârste începând de la 6 luni la 7 ani, în asociere cu febra şi în general fără evidența unei infecții intracraniene sau altei cauze definite. Este important de notat că aceste convulsii febrile nu se produc la adulți, iar dacă un diagnostic de convulsii febrile este raportat la pacienții care nu întrunesc criteriile de vârstă pentru acest standard, ar trebui să fie consultat clinicianul pentru clarificări.

Convulsiile febrile simple sau benigne sunt definite clinic ca fiind scurte (mai puțin de 15 minute ca durată), solitare şi generalizate.

Convulsiile febrile care nu sunt simple sau sunt complicate sunt definite clinic ca fiind fie de natură focală, având o durată de 15 minute sau mai mult, cu semne focal neurologice asociate, fie este posibil să revină de două sau mai multe ori în mai puțin de 24 de ore.

Majoritatea convulsiilor febrile sunt simple şi aceste convulsii nu necesită un tratament altul decât observarea. Tratamentul pentru convulsiile care nu sunt simple implică inserarea unei canule intravenos, administrarea de medicamente pentru oprirea atacurilor, şi ocazional va include ventilarea mecanică (din cauza apneei induse medicamentos sau continuării atacurilor). Totuşi, toate convulsiile febrile sunt alarmante şi este întotdeauna necesar de a înlătura orice cauză de bază, cum ar fi epilepsia, encefalita, hemoragia intracerebrală, gastroenterita, otita medie, septicemia, pneumonia sau meningita.

Codificatorii clinici ar trebui să fie atenți la terminologia variată asociată cu convulsiile febrile. Termenul 'atac febril' este sinonim cu convulsiile febrile. Un 'acces', *unde acces este asociat cu febra (pirexia)*, este de asemenea sinonim cu convulsiile febrile.

Clasificare

Distincția dintre convulsiile febrile simple (benigne) şi care nu sunt simple (complicate) nu are nici o putere asupra clasificării acestora şi este furnizată pentru ca cei care codifică să fie atenți la semnificația entității clinice a convulsiilor febrile.
R56.0 *Convulsii febrile* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal în cazurile convulsiilor febrile (simple sau complicate) acolo unde nu este documentată nici o cauză de bază.

Unde cauza de bază este documentată, convenția diagnosticului principal ar trebui să fie urmată (*vezi* ACS 0001 *Diagnosticul principal*, pag. 6).[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Simptome, Semne şi Rezultate Anormale Clinice şi de Laborator, Neclasificate Altundeva.

19 LEZIUNI TRAUMATICE, OTRĂVIRI ŞI ALTE CONSECINȚE ALE CAUZELOR EXTERNE

1901 OTRĂVIRE

Definiție

Otrăvirea prin medicamente include medicamentele luate din greşeală, sinuciderea sau omuciderea, efectele adverse ale medicamentelor prescrise luate în combinație cu medicamente autoprescrise şi intoxicațiile. **Otrăvirea implică folosirea improprie**.

Clasificare

Otrăvirea este clasificată la categoriile T36–T50 *Otrăviri prin droguri, medicamente şi substanțe biologice*. Aceste coduri descriu tipul de medicamente care au fost cauza otrăvirii.

Împreună cu codul pentru otrăvire, ar trebui alocat un cod de diagnostic adițional pentru a indica orice manifestare semnificativă (de ex.: coma, aritmia). Excepția de la regulă o constituie supradoza de insulină, unde codul E1–.64 (**Diabet mellitus cu hipoglicemie*) este ordonat primul şi codul pentru otrăvire (T38.3 *Insulina şi hipoglicemiante orale [antidiabetice]*) este ordonat ca diagnostic adițional (*vezi* ACS 0401 *Diabet mellitus şi intoleranța la glucoză*, apg. 87).

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Coma datorită supradozei de Codeină

Coduri: T40.2 *Otrăvirea prin narcotice şi psihodisleptice [halucinogene], alte opiacee*
R40.2 *Coma, nespecificată*

1902 EFECTE ADVERSE ALE MEDICAMENTELOR

Definiție

Efectele adverse ale substanțelor administrate corect includ reacții alergice, hipersensibilitate, reacție idiosincratică, interacțiuni ale medicamentelor (când fiecare este substanța administrată corect) şi **situații similare c**are implică mai întâi folosirea corectă a medicamentelor.

Clasificare

Efectele adverse ale substanțelor administrate corect sunt clasificate după natura efectului advers. Codul cauzei externe trebuie să fie alocat pentru a indica medicamentul sau agentul medicamentos care provoacă efectul advers.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Gastrită datorită Aspirinei luată conform prescripției

Coduri: K29.7 *Gastrită, nespecificată*
Y45.1 *Salicilați provocând efecte adverse în folosire terapeutică*
Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-).

Dacă manifestarea reacției adverse la medicament este nespecificată, alocați codul T88.7 *Efect advers nespecificat al unui drog sau medicament*.

1903 DOUĂ SAU MAI MULTE MEDICAMENTE LUATE ÎN COMBINAȚIE

Medicație combinată cu alcool

O reacție adversă a unui medicament luat în combinație cu alcool ar trebui să fie codificată ca otrăvire cu ambii agenți.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Depresie severă a centrului respirator datorit Seconalului luat în combinație cu alcool (accidental)

Coduri: T42.3 *Otrăvirea cu medicamente antiepileptice, sedativ hipnotic şi de antiparkinsonism, barbiturice*
G93.8 *Alte tulburări specificate ale creierului*
T51.0 *Efectul toxic al alcoolului, etanol*
X41 *Intoxicații accidentale prin sau expunere la antiepileptice, sedative, hipnotice, antiparkinsoniene şi psihotrope, neclasificate altundeva*
X45 *Intoxicații accidentale prin expunere la alcool*
Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) şi un cod de activitate (U73.-).

Notă: Ordonarea codurilor de cauză externă poate varia de la stat la stat.

Medicament prescris luat în combinație cu un medicament neprescris

O reacție adversă care se produce din cauza combinației dintre un medicament prescris şi unul neprescris ar trebui să fie codificată ca otrăvire prin ambii agenți.

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Hematemeză datorită folosirii în combinație de Coumadin (prescris) şi Aspirină (neprescrisă) (accidental)

Coduri: T45.5 *Intoxicație prin anticoagulante*
K92.0 *Hematemeză*
T39.0 *Intoxicație prin salicilați*
X44 *Intoxicații accidentale prin şi la expunere la alte medicamente şi substanțe biologice nespecificate*
X40 *Intoxicații accidentale prin sau la expunere la analgezice neopiacee, antipiretice şi antigripale*
Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) şi un cod de activitate (U73.-).

Două sau mai multe medicamente prescrise luate în combinație

Dacă o reacție adversă se produce din cauza combinației a două sau mai multe medicamente prescrise, ambii agenți sunt codificați ca reacții adverse ale substanțelor corect administrate.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Comă datorită antihistaminelor şi barbituricelor luate în combinație (fiecare prescris)

Coduri: R40.2 *Comă, nespecificată*
Y43.0 *Reacție adversă la medicamente anti-alergice şi anti-emetice*
Y47.0 *Reacție adversă la barbiturice, neclasificate altundeva*
Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-)

Notă: Dacă medicamentul specific nu este indexat în *ICD-10-AM*, folosiți codul pentru tipul medicamentului (de ex.: anti-alergice).

1904 COMPLICAȚII PROCEDURALE

Definiție

Complicația procedurală

În sensul său cel mai larg, o 'complicație' poate:

- fi strâns legată de procesul bolii
- rezultă din lipsa unei intervenții (de ex.: eşecul în tratamentul unei afecțiuni)
- fi legată de interacțiunea complexă dintre procesul bolii şi intervenție
- **fi direct legată de o intervenție** (de ex.: proceduri (ne)invazive, de chirurgie, de anestezie, medicație)

Având în vedere scopurile acestui standard de codificare, o complicație procedurală este definită ca:

O afecțiune sau leziune care este asociată mai degrabă unei intervenții chirurgicale/procedurale decât procesului bolii pacientului.

Exemple de complicații procedurale

Exemple de complicații procedurale care pot fi asociate diferitelor tipuri de proceduri sunt infecția, dehiscența plăgii şi leziunea chirurgicală.

Complicațiile procedurale se pot produce:

- în timpul procedurii (*vezi Accident, mai jos*)
- după procedură (*vezi Complicație timpurie şi complicație târzie, mai jos*) şi
- în unele cazuri, ani mai târziu (*vezi Complicație târzie, mai jos*)

Terminologia privind documentația şi indexul

O complicație care se produce în perioada post-procedurală, şi este documentată folosind o terminologia cum ar fi 'postoperator', poate să nu se încadreze în definiția complicației procedurale (de mai sus) şi nu este deci codificată ca o *complicație procedurală.*

În acest standard termenul 'postprocedural' se poate referi la un eveniment care se produce după o procedură neinvazivă, procedură invazivă, anestezie sau chirurgie.

Termenul 'Postprocedural' apare numai în index atunci când afecțiunea la care este asociat se încadrează în definiția complicației procedurale (mai sus). În scopul codificării complicațiile sunt împărțite în:

Accident

Un accident este definit ca un eveniment advers care se produce ÎN TIMPUL îngrijirilor medicale sau chirurgicale. El poate fi observat în momentul procedurii, de exemplu, în timpul inventarierii chirurgicale postoperatorii lipseşte un burete, iar plaga trebuie să fie re-deschisă. Pe de altă parte, evenimentul care s-a produs în timpul intervenției chirurgicale poate să nu fie observat până la terminarea respectivei intervenții. De exemplu, un pacient nu se poate recupera după aşteptări în urma unei intervenții chirurgicale abdominale şi la laparotomie se decoperă şi se coase pe muchie o mică leziune accidentală a intestinului (înțepătură accidentală în timpul procedurii inițiale).

Ambele exemple întrunesc definiția accidentului. Un accident se poate produce fără nici o reacție adversă din partea pacientului. De exemplu, o mică leziune accidentală a unui organ învecinat poate fi reparată în momentul producerii ei fără ca pacientul să sufere vreo consecință adversă.

Complicație timpurie

O complicație timpurie este aceea care se produce la < 29 zile după procedură şi nu este evidentă în momentul efectuării procedurii.

Complicație târzie

O complicație târzire este aceea care se produce sau persistă > 28 zile după procedură. În unele cazuri, poate exista o complicație 'funcțională', de ex.: hipotiroidism postprocedural. Aceste complicații pot persista mulți ani după procedură.

Sechele

O sechelă a unei complicaţii este o afecţiune curentă care este rezultatul unei complicaţii postprocedurale care s-a produs anterior. Această complicaţie anterioară poate să fi fost clasificată la oricare dintre categoriile de mai sus, adică accident, complicaţie timpurie sau complicaţie târzie. Aşa cum s-au clasificat şi alte sechele în *ICD-10-AM*, nu există o limită de timp după care un cod de sechelă să poată fi folosit. Totuşi, trebuie să fi existat o primă complicaţie postprocedurală anterioară dezvoltării sechelei. De exemplu, emacierea muşchiului ca rezultat al leziunii nervului produsă în timpul unei proceduri cu trei ani în urmă ar fi codificată ca o sechelă. Totuşi, deplasarea unui aparat prostetic intern la 2 ani după intervenţia chirurgicală originală ar fi clasificată ca o complicaţie târzie şi nu este rezultatul unei complicaţii postprocedurale timpurii.

Afecţiunea postprocedurală tranzitorie

Unele afecţiuni tranzitorii se produc în perioada postprocedurală dar nu sunt considerate drept complicaţii postprocedurale.

Exemplele de asemenea afecţiuni sunt:

- anemia
- confuzia
- durere de cap
- hipotensiune
- parestezia
- stare de vomă
- aritmii cardiace
- tulburări electrolitice
- hipertensiune
- greaţă
- retenţie urinară

Clasificare

Clasificarea afecţiunilor tranzitorii

Afecţiunile tranzitorii nu ar trebui să fie codificate drept complicaţii postprocedurale când se produc în perioada postprocedurală, dacă ele nu sunt prezente la externare sau persită postprocedural timp de 7 zile sau există documentaţia efectuată de clinician prin care se confirmă afecţiunea ca fiind o complicaţie a unei proceduri. Dacă nu se poate determina că afecţiunea este tranzitorie sau persistentă, atunci afecţiunea nu ar trebui să fie codificată ca o complicaţie postprocedurală. Totuşi, ea poate încă să primească un cod dacă întruneşte criteriile unui diagnsotic adiţional (după cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiţionale*, pag. 9).

Notă: Codurile de proceduri din *ICD-10-AM* nu sunt incluse în exemplele din acest standard.

EXEMPLUL 1:
Repararea electivă a anevrismului aortic abdominal. Intervenţia chirurgicală a decurs aproape în limite normale. S-a dezvoltat oliguria în perioada postoperatorie, dar aceasta a răspuns la fluide, iar nivelul creatininei a rămas în limite normale. Pacientul a fost externat în stare bună la 8 zile după intervenţie.

Coduri:	I71.4	*Anevrism aortic abdominal, fără menţiunea rupturii*
	R34	*Anuria şi oliguria*

EXEMPLUL 2:
Excizia electivă a neuromului acustic prin abord suboccipital. Pacientul s-a plâns de dureri de cap în perioada postoperatorie, fiind tratat cu analgezice. Controlul durerii de cap a continuat să fie o problemă în perioada spitalizării, necesitând încă alinarea durerii din 4 în 4 ore până la externare.

Coduri:	D33.3	*Neoplasm benign al nervilor cranieni*
	M9560/0	*Neurinom nespecificat altminteri*
	T81.8	*Alte complicaţii ale unui act medical de diagnostic şi tratament, neclasificate altundeva*
	R51	*Cefalee*
	Y83.8	*Alte acte medicale*
	Y92.22	*Domeniul serviciului de sănătate*

Clasificarea accidentelor

Cod de diagnostic

Când nu se produce nici o reacţie adversă, accidentul se clasifică cu:

- un diagnostic de la blocul T80–T88 *Complicaţii ale îngrijirilor medicale sau chirurgicale, neclasificate altundeva,* **şi**
- un cod al cauzei externe de la blocul Y60–Y69 *Accidente suferite de pacienţi în timpul îngrijirilor medicale şi chirurgicale* sau blocul Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic şi tratament*. (*Vezi următoarea secţiune pentru alocarea corectă a codului cauzei externe*).

EXEMPLUL 3:
Cistoscopie pentru diatermia trigonitei. La cistoscopie uretra distală a fost lacerată accidental. Laceraţia a fost suturată în timpul cistoscopiei. Pacientul nu a suferit nici o reacţie adversă de la accident în timpul rămas din episodul de îngrijiri.

Coduri:	N30.3	*Trigonita*
	T81.2	*Perforaţia şi lacerarea accidentală în cursul unui act medical de diagnostic şi tratament, neclasificată altundeva*
	Y60.0	*Tăiere, înţepare, perforare sau hemoragie accidentală în cursul actelor medicale şi chirurgicale, în cursul intervenţiei chirurgicale*
	Y92.22	*Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

În acest exemplu, pacientul nu a suferit nici o afecţiune legată de accident şi deci sunt alocate un cod de la blocul T80–T88 şi un cod pentru cauza externă de la blocul Y60–Y69.

Atunci când **există** o reacţie adversă a pacientului, accidentul este clasificat cu:
- un cod de diagnsotic de la blocul T80–T88 *Complicaţii al tratamentului chirurgical şi medical, neclasificat altundeva,* **şi**
- un cod de diagnostic de la Capitolele I la XVIII indicând tipul specific al reacţiei adverse, **şi**
- un cod pentru cauza externă de la blocul Y60–Y69 *Accidente şi complicaţii în cursul actelor medicale şi chirurgicale* sau blocul Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic şi tratament*. (*Vezi următoarea secţiune pentru alocarea corectă a codului cauzei externe*).

EXEMPLUL 4:
Colonoscopia şi cauterizarea polipi colonici. În timpul procedurii peretele colonului a fost perforat, iar pacientul a dezvoltat o peritonită acută.

Coduri:	K63.5-	*Polip al colonului*
	T81.2	*Perforaţia şi lacerarea accidentală în cursul unui act medical de diagnostic şi tratament, neclasificate altundeva*
	K65.0	*Peritonită acută*
	Y60.4	*Tăiere, înţepare, perforare sau hemoragie accidentală în cursul actelor medicale şi chirurgicale în cursul unei examinări endoscopice*
	Y92.22	*Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

Codul cauzei externe

Când se alocă un cod pentru cauza externă a accidentului, ar trebui să fie dat un cod de la blocul Y60–Y69 *Accidente şi complicaţii în cursul actelor medicale şi chirurgicale* atunci când accidentul se produce din cauza unei intervenţii umane în timpul unei proceduri.

Din contră, un cod de la blocul Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic şi tratament* ar trebui să fie alocat atunci când accidentul este provocat direct de un aparat, prosteză, implant sau material şi nu de intervenţia umană **ŞI** accidentul se produce şi este notat mai degrabă în momentul efectuării procedurii, decât ca o complicaţie târzie.

EXEMPLUL 5:
Pacient cu sindromul de boală sinusală internat pentru inserarea unui pacemaker permanent cu cameră dual cu inserarea transvenoasă a electrozilor. Testarea pacemaker-ului în timpul procedurii relevă o problemă cu generatorul de puls care nu poate fi corectată prin reprogramare. Generatorul de puls este înlocuit fără alt incident.

Coduri: I49.5 *Sindromul de boală sinusală*
T82.1 *Complicaţia mecanică a unui aparat electronic cardiac*
Y71.2 *Aparate cardio-vasculare asociate accidentelor, prosteze şi alte implanturi, materiale şi aparate accesorii*
Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

EXEMPLUL 6:
La şase luni după o procedură de reconstrucţie a sânului post mastectomie, se observă că siliconul implantului de sân s-a deplasat. Implantul este înlocuit.

Coduri: T85.4 *Complicaţia mecanică a unei prosteze şi implant mamar*
Y83.1 *Intervenţie chirurgicală cu implantaţie de prosteză internă*
Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

Clasificarea complicaţiilor timpurii şi târzii

Cod de diagnostic

Complicaţiile postprocedurale timpurii sunt clasificate **în general** la T80–T88 *Complicaţii ale tratamentului chirurgical şi medical, neclasificate altundeva*, totuşi, notaţi că blocul este unul **neclasificat altundeva** cu o notă explicativă privind excluderile. O secţiune a acestei note privind excluderile cuprinde cuvintele ' complicaţii specifice clasificate altundeva' cu unele exemple ale tipurilor de complicaţii care sunt codificate la secţiunea 'postprocedural' din anumite capitole.

Cele mai multe complicaţii târzii sunt clasificate la blocurile 'tulburări postprocedurale' (vezi lista de mai jos). Exemple ale tulburărilor târzii/funcţionale sunt sindromul limfo-edem post mastectomie, insuficienţă ovariană postprocedurală, insuficienţă pulmonară cronică urmând intervenţiei chirurgicale, fibroza plămânului urmând radiaţiei.

E89 *Tulburări postprocedurale metabolice şi endocrine, neclasificate altundeva*
G97 *Afecţiunile postprocedurale ale sistemului nervos, neclasificate altundeva*
H59 *Afecţiunile postprocedurale ale ochiului şi anexelor sale, neclasificate altundeva*
H95 *Afecţiuni postprocedurale la nivelul urechii şi apofizei mastoide, neclasificate altundeva*
I97 *Afecţiuni postchirurgicale sau postprocedurale pe aparatul circulator, neclasificate altundeva*
J95 *Tulburări respiratorii postprocedurale, neclasificate altundeva*
K91 *Afecţiunile postprocedurale ale aparatului digestiv, neclasificate altundeva*
M96 *Afecţiunile postprocedurale ale sistemului osteo-articular şi ale muşchilor, neclasificate altundeva*
N99 *Afecţiunile postprocedurale ale aparatului genito-urinar, neclasificate altundeva*

Indexul trebuie să fie urmat cu multă atenţie în fiecare caz pentru a aloca un cod corect. Dacă nu există vreun subtermen specific pentru 'postprocedural' în Index sub termenul principal, urmează căutarea pentru 'Complicaţii', urmat de sistemul uman relevant la care complicaţia se referă şi apoi 'postprocedural'. Un cod adiţional de la Capitolul I până la XVIII poate fi alocat pentru a furniza o specificaţie a afecţiunii.

Codul cauzei externe

Codurile pentru cauza externă, atât pentru complicaţiile timpurii, cât şi pentru cele târzii, sunt:

Y83–Y84 *Acte chirurgicale şi alte acte medicale la originea unor reacţii anormale ale pacientului sau complicaţiilor, fără menţiunea accidentului în cursul intervenţiei*

EXEMPLUL 7:
Diagnostic: Infecţia plăgii în cicatricea colecistectomiei, la 5 zile postoperator
Căutaţi: **Infecţie**
- plagă
- - postprocedural neclasificat altundeva T81.4
Coduri: T81.4 *Infecţia după un act medical de diagnostic şi tratament, neclasificată altundeva*
Y83.6 *Ablaţia unui alt organ (parţial) (total)*
Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

EXEMPLUL 8:
Diagnostic: Endoftalmie ca urmare a unei intervenţii chirurgicale intraoculare de cataractă
Căutaţi: **Endoftalmie** – nici un subtermen pentru postprocedural/postoperator
Complicaţii
- ochi
- - postprocedural H59.9
- - - specificat neclasificat altundeva H59.8
Coduri: H59.8 *Alte afecţiuini ale ochiului şi anexelor sale după un act medical în vederea diagnosticului şi tratamentului*
H44.1 *Alte endoftalmii*
Y83.1 *Intervenţie chirurgicală cu implantaţie de prosteză internă*
Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

EXEMPLUL 9:
Diagnostic: Amorţeală persistentă ca urmarea a unei injecţii de anestezie locală
Căutaţi: **Amorţeală** – nici un subtermen pentru postprocedural/postoperator
Complicaţii
- anestezia, anestezic (vezi de asemenea *Anestezia, complicaţie sau reacţie neclasificată altundeva NEC*) neclasificată altundeva T88.5
Coduri: T88.5 *Alte complicaţii consecutive anesteziei*
R20.8 *Tulburările sensibilităţii cutanate, alte şi neprecizate*
Y84.8 *Alte acte medicale*
Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

Clasificarea sechelelor complicaţiilor îngrijirilor chirurgicale

Codificarea sechelelor complicaţiilor îngrijirilor chirurgicale necesită cel puţin patru coduri:

- afecţiunea sau natura reziduală a sechelei (afecţiunea curentă)
- T98.3 *Sechelele complicaţiilor îngrijirilor chirurgicale şi medicale, neclasificate altundeva*
- Y88.- *Acte medicale şi chirurgicale considerate cauză externă a sechelelor*
- Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

EXEMPLUL 10:
Osteomielita cronică a piciorului stâng ca rezultat al unei infecţii anterioare produsă de un aparat ortopedic cu fixare internă
Coduri: M86.66 *Altă osteomielită cronică, membru inferior*
T98.3 *Sechelele complicaţiilor îngrijirilor chirurgicale şi medicale, neclasificate altundeva*
Y88.3 *Sechelele actelor medicale şi chirurgicale la originea reacţiilor anormale ale pacientului sau complicaţiilor ulterioare fără menţiunea accidentului în cursul intervenţiei*
Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

1905 LEZIUNEA ÎNCHISĂ A CAPULUI /PIERDEREA CUNOŞTINŢEI/COMOŢIA

Clasificare

Pentru leziuni la cap cum ar fi fracturi, leziuni intracraniene şi pierderea cunoştinţei raportată, codurile ar trebui să fie alocate pentru fiecare tip de leziune (de ex.: fracturi (S02.-), leziuni intracraniene (S06.1–S06.9) şi pierderea cunoştinţei (S06.01–S06.05)).

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacientul a suferit o fractură a osului etmoid (raze-X) şi un hematom mare subdural (scanare CT). A fost raportată o pierdere de cunoştinţă cu o durată nespecificată.

Coduri:	S06.5	*Hemoragia subdurală traumatică*
	S02.1	*Fractura bazei craniului*
	S06.01	*Pierderea cunoştinţei pe o durată nespecificată*
vezi blocul	[1952]	*Tomografie computerizată a creierului*

Pierderea cunoştinţei

Dacă a fost raportată o pierdere de cunoştinţă în plus faţă de altă leziune craniană şi intracraniană, ar trebui să fie alocat un cod de la S06.01–S06.05 (*Leziuni traumatice*) ca un cod adiţional la tipul leziunii.

Comoţia şi 'leziunea capului'

Codul S06.00 *Comoţie* ar trebui să fie alocat numai dacă a fost raportată 'comoţia' de către un medic fără altă descriere sau clarificare a stării de cunoştinţă. 'Leziunea capului' şi 'Leziunea închisă a capului' nu sunt diagnostice specifice, iar codificatorii clinici ar trebui să verifice înregistrarea pentru un diagnostic mai specific. Fără altă clarificare a acestor diagnsotice, ar trebui să fie alocat următorul cod:

S09.9 *Leziune traumatică a capului, nespecificată*

Notă: **Dacă 'comoţia', 'leziunea capului' sau 'leziunea închisă a capului' este raportată cu specificarea pierderii cunoştinţei, codificaţi numai pierderea cunoştinţei (S06.01–S06.04).**

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Pacient diagnosticat cu leziune închisă a capului. A fost raportată o pierdere de cunoştinţă de 3 ore.

Cod:	S06.03	*Pierdere a cunoştinţei de durată moderată [de la 30 minute la 24 ore]*

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Pacient diagnosticat cu leziune închisă a capului. Pacientul a suferit o comoţie severă cu raportarea pierderii cunoştinţei de 3 ore. O scanare CT a capului a demonstrat o hemoragie intracerebrală.

Coduri:	S06.23	*Hematoame multiple intracerebrale şi cerebelare*
	S06.03	*Pierdere a cunoştinţei cu durată moderată [de la 30 minute la 24 ore]*
Vezi blocul	[1952]	*Tomografie computerizată a creierului*

Coma neasociată leziunii capului

Folosiți următoarele coduri de simptome acolo unde **nici o leziune a capului nu** este documentată:

R40.0 *Somnolența*
R40.1 *Stupoarea*
R40.2 *Coma, nespecificată*

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Pacient internat ca urmare a unui MVA cu durere abdominală dar fără o leziune a capului raportată. Starea de cunoştinţă a pacientului s-a deteriorat în următoarele 24 de ore, totuşi, o scanare CT a capului nu arată anormalităţi. Pacientul a fost anterior diagnosticat cu embolie grăsoasă şi rămâne în comă 3 zile.

Coduri:	T79.1	*Embolie grăsoasă (traumatică)*
	R40.2	*Coma, fără precizare*
Vezi blocul	[1952]	*Tomografie computerizată a creierului*

Codul S06.9 *Leziune traumatică intracraniană, nespecificată* ar trebui să fie folosit rareori şi numai acolo unde un diagnostic mai specific nu poate fi omis din foaia clinică.

1906 LEZIUNI CURENTE ŞI VECHI

Definiție

Leziunea curentă – o leziune pentru care repararea este în curs şi nu este încă completă. Diagnosticul principal ar trebui să rămână ca un cod de leziune la repararea inițială sau ulterioră a leziunii curente. (*Vezi, de asemenea,* ACS 1911 *Arsuri (Reinternare pentru tratarea arsurilor*, pag. 246*).*)

Leziunea veche – o leziune care a fost reparată. Totuşi, după reparare, funcționalitatea a eşuat să se producă, şi astfel se cere continuarea tratamentului. Urmați regula efectelor târzii în ACS 1912 *Sechele ale leziunilor, otrăvirilor, efectelor toxice şi altor cauze externe*, pag. 248.

1907 LEZIUNI MULTIPLE

Clasificare

Leziunile ar trebui să fie codificate la locul/tipul individual ori de câte ori este posibil.

Categoriile combinate de leziuni multiple T00–T07 (*Leziuni traumatice ale corpului cu localizări multiple*) şi codurile alocate în mod obişnuit cu al patrulea caracter '.7', urmează să fie folosite numai acolo unde numărul leziunilor de codificat depăşeşte numărul maxim de câmpuri pentru codurile de diagnostice disponibile. În aceste cazuri, folosiți coduri pentru locul/tipul individual pentru leziunile semnificative şi categoriile multiple pentru a codifica leziunile mai puțin severe (de ex.: leziuni superficiale cu multiple localizări, plăgi deschise cu multiple localizări şi deformate). Aceasta va asigura faptul că toate afecțiunile semnificative sunt justificate şi faptul că natura exactă a leziunii este reflectată în coduri.

(*Vezi, de asemenea,* ACS 0027 *Codificare multiplă,* pag. 18).

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Contuzie cerebrală focală, amputaţie traumatică a urechii, pierderea cunoştinţei, contuzia feţei, gâtului şi umărului şi lacerații ale obrazului şi coapsei.

Coduri:	S06.31	*Contuzie cerebrală focală*
	S06.01	*Pierderea cunoştinţei pe o durată nespecificată*
	S08.1	*Amputaţia traumatică a urechii*
	S01.41	*Plagă deschisă a obrazului*
	S71.1	*Plagă deschisă a coapsei*
	S00.85	*Leziune superficială a altor părţi ale capului, contuzie*
	S10.95	*Leziune superficială a gâtului, localizare nespecificată, contuzie*
	S40.0	*Contuzia umărului şi antebraţului*

În acest exemplu, S09.7 *Leziuni traumatice multiple ale capului* şi T01.8 *Plăgi deschise cu alte localizări asociate ale corpului* **nu** ar fi alocate, deoarece codurile individuale ar trebui să fie alocate ori de câte ori este posibil.

Ordonarea leziunilor multiple

În cazul leziunilor multiple specificate, selectaţi ca diagnostic principal afecţiunea care prezintă cea mai serioasă ameninţare pentru viaţă. Dacă cea mai serioasă afecţiune nu este identificată în foaia clinică, atunci clarificarea se va face împreună cu clinicianul.

1908 LACERAŢII CU VĂTĂMAREA NERVULUI ŞI TENDONULUI

Clasificare

În cazurile în care lacerația implică vătămarea nervului şi tendonului, codurile ar trebui să fie ordonate după cum urmează:

lacerație cu vătămarea nervului	cea mai severă
lacerație cu vătămarea tendonului	cu severitate moderată
lacerație fără complicație	cel mai puțin severă

Plagă deschisă cu vătămarea arterei şi nervului

Factorul precumpănitor într-o leziune vasculară este potențialul pierderii membrului sau compromiterea lui. În aceste situații, acolo unde se poate produce vătămarea arterială împreună cu cea a nervului, ar trebui să se acorde prioritate ordonării mai întâi a vătămării arteriale, urmată de vătămarea nervului, apoi urmată de lacerație. Unde nu există nici un potențial pentru pierderea membrului, dar s-au produs atât vătămarea nervului, cât şi cea a arterei, clinicianul ar trebui să fie consultat pentru ordonarea corectă.

1909 ABUZUL ASUPRA ADULTULUI ŞI COPILULUI

Clasificare

Victima

În cazurile de abuz, în care documentarea confirmă că leziunea(le) s-au produs ca rezultat al neglijării şi/ori maltratare, leziunea specifică (de ex.: fractura brațului) ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal. Un cod pentru cauza externă ar trebui să fie, de asemenea, alocat pentru a descrie mecanismul leziunii(lor).

Acolo unde o afecțiune fizică, alta decât o leziune, a rezultat din neglijare sau maltratare, afecțiunea specifică (de ex.: proasta îngrijire) ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal. Alocați un cod pentru diagnostic adițional de la categoria T74.- *Sindroame datorite unor maltratări*. Un cod pentru cauza externă de la Y06 *Neglijarea şi abandonul* sau Y07 *Alte sindroame datorite unor maltratări* ar trebui să fie alocat ca adecvat.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacient în vârstă se prezintă pentru malnutriţie generalizată datorită neglijenţei din partea fiului (în a cărui grijă se află).

Coduri:	E46	*Malnutriţia proteino-energetică nespecificată*
	T74.8	*Alte sindroame datorite maltratării*
	Y06.02	*Neglijarea şi abandonul, alţi membri ai familiei*

Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-) şi un cod de activitate (U73.-).

În cazurile internărilor pentru abuz suspectat asupra unui adult/copil sau 'copil cu risc' unde nu sunt leziuni curente sau afecţiuni legate de o maltratare documentată, un cod de la categoria T74 *Sindroame datorite unor maltratări* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Copil suspectat ca fiind abuzat fizic de părinte. Nu există leziuni sau afecţiuni legate de abuzul aparent.

Coduri:	T74.1	*Abuzul fizic*
	Y07. 01	*Alte sindroame datorite unor maltratări, de către părinte*

Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-) şi un cod de activitate (U73.-).

Istoricul abuzului

Din cauza naturii sensibile a acestei probleme, codurile pentru istoricul personal ar trebui să fie alocate numai când sunt sprijinite de documentaţia din foaia clinică şi sunt relevante în mod direct pentru episodul de îngrijiri.

Atunci când istoricul abuzului este documentat fără altă calificare, ar trebui alocat codul Z91.8 *Istoric personal legat de alti factori de risc specificati, neclasificati altundeva.* Totuşi, dacă istoricul de abuz este documentat ca fiind de natură sexuală ori fizică, producându-se în copilărie, istoricul este codificat după cum urmează:

Istoric personal de abuz sexual produs în copilărie

Z61.8 *Alte evenimente legate de o copilărie nefericită* ar trebui să fie alocat pentru o documentare cum ar fi 'istoric de abuz sexual' nespecificat altminteri. Dacă autorul abuzului sexual este cunoscut, alocaţi Z61.4 *Dificultăţi legate de un pretins abuz sexual asupra copilului de către o persoană din anturajul lui imediat* sau Z61.5 *Dificultăţi legate de un pretins abuz sexual asupra copilului de către o persoană străină de anturajul lui imediat*, ca adecvat.

Istoric personal de abuz fizic produs în copilărie

Codul Z61.6 *Dificultăţi legate de o pretinsă maltratare fizică a unui copil* ar trebui să fie alocat.

Consilierea persoanele afectate de abuz, altele decât victima

Atunci când internarea se face pentru consiliere/sfătuire sau tratament pentru persoanele afectate de abuzul copilului, altele decât victima, alocaţi Z61.6 *Dificultăţi legate de o pretinsă maltratare fizică a unui copil*.

Atunci când internarea se face pentru consiliere/sfătuire sau tratament pentru persoanele afectate de abuzul soţului(soţiei) sau partenerului, alta decât victima sau autorul, alocaţi Z63.0 *Dificultăţi în raporturile cu soţul (soţia) sau partenerul*.

Atunci când internarea se face pentru consiliere/sfătuire sau tratament a rudelor sau prietenilor victimei sau a autorului, alocaţi Z63.7 *Alte evenimente dificile cu incidenţă asupra familiei şi gospodăriei.*

1910 LEZIUNEA PIELII

Clasificare

Clarificarea cu clinicianul este necesară pentru afecţiunile raportate ca 'leziunea pielii', din moment ce nu este clar din această descriere dacă leziunea pielii are legătură cu o plagă curentă deschisă sau cu sechela unei plăgi deschise.

1911 ARSURI

Definiţie

Descrierea arsurilor împărţită în 'grade' nu este relevantă din punct de vedere clinic în Australia. Terminologia curentă se referă la 'profunzimea' arsurii, de ex.: parţială sau totală.

Aşa cum termenul 'superficial' poate fi folosit clinic pentru a descrie atât eritemul, cât şi pustula (profunzime parţială), codificatorii clinici ar trebui să verifice cu clinicianul înainte de a aloca un cod pentru eritem. În absenţa avizului clinicianului, o arsură 'superficială', care nu este specificată clar ca eritem, ar trebui să fie codificată ca arsură cu profunzime parţială (pustule, pierdere de epidermă).

Clasificare

Heliodermita este codificată la:

L55.0 *Arsură de soare, eritem (Gradul I ICD-10)*
L55.1 *Arsură de soare, profunzime parţială (Gradul II ICD-10)*
L55.2 *Arsură de soare, profunzime adâncă (Gradul III ICD-10)*

Ordonare

Codificaţi în primul rând locul celei mai severe arsuri. De exemplu, o arsură profundă adâncă ar fi ordonată înaintea unei arsuri profunde parţiale. Chiar dacă arsura profundă parţială se întinde pe cea mai mare suprafaţă a corpului (BSA), totuşi arsura profundă adâncă ar trebui să fie orodonată prima.

Dacă există multiple arsuri pe **aceeiaşi profunzime a pielii**, atunci locul cu cea mai gravă BSA ar trebui să fie ordonat primul.

Arsurile care cer grefe vor fi ordonate înaintea celor care nu cer grefe.

Coduri de localizare

Arsurile ar trebui să fie codificate la localizările individuale ori de câte ori este posibil.

De exemplu, arsură profundă parţială a pielii peretelui abdominal şi perineumului vor fi codificate la :

T21.23 *Arsură profundă parţială de piele a trunchiului, perete abdominal* **şi**
T21.25 *Arsură profundă parţială de piele a trunchiului, organe genitale [extern]* **de preferat decât**
T29.2 *Arsuri ale regiunilor multiple ale corpului, nemenţionându-se depăşirea profunzimii parţiale*

Arsurile cu aceeaşi localizare dar de profunzime multiplă, ar trebui să fie codificate la cele cu profunzimea cea mai severă.
De exemplu, arsura cu profunzime parţială şi adâncă a gleznei va fi codificată la:

T25.3 *Arsura cu profunzime adâncă a gleznei şi piciorului*

Arsuri şi leziuni multiple

Când numărul de coduri pentru un caz depăşesc numărul de câmpuri disponibile, codurile pentru arsurile multiple pot fi folosite pentru a se asigura că toate condiţiile semnificative sunt codificate şi grupate cu acurateţe la AR–DRGs. Dacă sunt necesare coduri multiple, folosiţi-le pentru arsuri profunde parţiale, cu mai multe coduri specifice de localizare pentru arsurile profunde adânci.

Suprafaţa corpului (BSA)

Fiecare caz de arsură, căruia i s-a alocat un cod de la T20–T25 *Arsuri şi coroziuni ale suprafeţei externe a corpului după localizare* sau T29 *Arsuri şi coroziuni cu localizări multiple ale corpului* (adică: excluzând ochiul şi organele interne), ar trebui să aibă alocat un cod de la categoria T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeţei corpului*, pentru a identifica procentajul suprafeţei corpului (BSA) implicată. Codul T31 este important în gruparea AR–DRG şi ar trebui să fie ordonat pentru a asigura includerea sa în procesul de grupare. El va fi în mod obişnuit ordonat după ultimul cod al localizării.

Codul T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeţei corpului* trebuie să aibă întotdeauna cinci caractere. Al cincilea caracter al lui '0' indică existenţa a mai puţin de 10% arsură profundă adâncă sau acolo **unde componenta arsurii profunde adânci nu este specificată.** Al patrulea caracter reprezintă totalul tuturor procentelor zonelor individuale ale suprafeţei corpului. Informaţiile BSA ar trebui să fie furnizate de către personalul clinic pe diagrama arsurilor.

Arsuri datorite inhalării

Orice componentă a leziunii datorită inhalării ar trebui să fie codificată la categoria T27 *Arsuri şi coroziuni ale căilor respiratorii*. Codul T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeţei corpului* nu poate fi folosit cu codurile de la categoriile T27 *Arsuri şi coroziuni ale căilor respiratorii* şi T28 *Arsuri şi coroziuni ale altor organe interne* dacă nu sunt prezente, de asemenea, arsuri ale suprafeţei corpului.

Codurile de la categoria T27–T28 nu ar fi în mod normal ordonate ca diagnostic principal dacă sunt prezente arsuri externe, dacă clinicianul nu a documentat clar faptul că arsura(ile) datorite inhalării a fost cel mai semnificativ diagnostic.

Pansarea arsurilor

Pansarea arsurilor este codificată numai atunci când se efectuează sub anestezie (vezi ACS 0042 *Proceduri anormal codificate*, pag. 46*).* Numai un cod ar trebui să fie alocat pentru pansamentele multiple ale arsurilor efectuate în timpul unui singur episod operator. Dacă pacientul cu arsuri a fost pansat în localizări multiple, alocaţi codul care reflectă suprafaţa totală pansată a corpului (*vezi blocul* [1600] *Pansamentul arsurilor*).

Internare pentru schimbarea pansamentului arsurilor

Alocaţi codul Z48.0 *Supravegherea suturilor şi pansamentelor chirurgicale* pentru internările în vederea schimbării pansamentelor. Codul adecvat pentru arsură ar trebui să fie alocat ca un diagnostic adiţional.

Reinternarea pentru tratarea arsurilor

Internărilor ulterioare pentru grefarea şi debridarea arsurilor ar trebui să primească codul adecvat pentru arsură ca diagnostic principal, mai puţin dacă internarea nu este pentru tratamentul unei complicaţii sau unui efect târziu, în care caz natura complicaţiei sau efectului ar trebui să fie principale (de ex. contracturile datorită cicatricilor).

Codificarea infecţiilor la pacienţii arşi

Există un standard de practică clinică în monitorizarea pacienţilor arşi pentru a trata infecţiile în mod profilactic. De aceea, clinicianul ar trebui să fie consultat întotdeauna înainte ca un cod pentru infecţie să fie alocat.

1912 SECHELE ALE LEZIUNILOR, OTRĂVIRILOR, EFECTELOR TOXICE ŞI ALTOR CAUZE EXTERNE

Definiţie

O 'sechelă' a unei leziuni este o afecţiune curentă care a fost cauzată de o leziune, otrăvire, efect toxic sau altă cauză externă produsă anterior.

EXEMPLUL 1:
Strictura esofagiană datorită ingestiei anterioare de acid hidrocloric.

Clasificare

Nu există limită de timp atunci când se poate folosi un cod de sechelă. Afecţiunea reziduală poate fi aparentă urmând imediat fazei acute, aşa cum ar fi corpuri libere într-o încheietură datorită unei fracturi anterioare, sau se poate produce luni sau ani mai târziu, cum ar fi cicatrizarea datorită unei lacerații anterioare a tendonului.

O sechelă a unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau a altei cauze externe poate fi documentată în unul din următoarele moduri:

- târziu (efect de)
- vechi
- sechela de
- datorită unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau altei cauze externe anterioare, care s-a produs într-un episod de îngrijiri anterior
- urmând unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau altei cauze externe anterioare, care s-a produs într-un episod de îngrijiri anterior

În cazul în care cauza de bază **nu mai este curentă**, nu se alocă un cod pentru o leziune acută, otrăvire, efect toxic sau altă cauză externă.

EXEMPLUL 2:
O internare pentru repararea tendonului, după laceraţia tendonului degetului care s-a produs cu două săptămâni în urmă, nu este o sechelă din moment ce laceraţia este încă prezentă şi tratată.

Codificarea sechelei unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau altei cauze externe necesită trei coduri:

- afecţiunea reziduală sau natura sechelei (afecţiunea curentă)
- cauza sechelei (afecţiunea anterioară)
- cauza externă a leziunii, otrăvirii, efectului toxic etc.

Afecţiunea reziduală sau natura sechelei este ordonată prima, urmată de cauza efectului târziu.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Fractură de radius rău consolidată cauzată de căderea de pe scară, acasă, în timp ce zugrăvea casa.

Coduri:	M84.03	*Fractura rău consolidată, antebraţ*
	T92.1	*Sechelele unei fracturi a braţului*
	Y86	*Sechele ale altor accidente*
	Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-)	

Codurile pentru diagnosticul de sechelă a leziunii sunt:

T90.- *Sechele ca urmare a leziunilor capului*
T91.- *Sechele ca urmare a leziunilor gâtului şi trunchiului*
T92.- *Sechele ca urmare a leziunilor membrului superior*
T93.- *Sechele ca urmare a leziunilor membrului inferior*
T94.- *Sechele ca urmare a leziunilor cu localizări multiple ale corpului şi neprecizate*
T95.- *Sechele ale arsurilor, coroziunilor, degerăturilor*
T96 *Sechele ale intoxicațiilor prin medicamente şi substanţe biologice*
T97 *Sechele ca urmare a efectelor toxice ale substanţelor de origine în special nemedicamentoasă*
T98.- *Sechele ca urmare a cauzelor externe, alte şi nespecificate*

Codurile pentru cauza externă a sechelei sunt:

Y85.- *Sechelele unui accident de transport*
Y86 *Sechelele altor accidente*
Y87.- *Sechelele unei auto-lezări, unei agresiuni sau unui eveniment neintenționat*
Y88.- *Acte medicale şi chirurgicale considerate cauză externă a sechelelor*
Y89.- *Sechelele altor cauze externe*

Continuarea tratamentului unei leziuni (de ex.: îndepărtarea unui cui ortopedic) nu trebuie să fie privită ca o sechelă a leziunii inițiale. Aceste cazuri ar trebui să fie alocate la un cod Z adecvat care să descrie necesitatea unei tratări viitoare (de ex.: Z47.0 *Îngrijire de control implicând îndepărtarea unei plăci sau a altor prosteze interne de fixație*) cu un cod adecvat pentru procedură.

1913 INFECȚIA PLĂGII DOBÂNDITĂ ÎN SPITAL

Definiție

Infecția prezentă într-o rană care este supusă unei intervenții chirurgicale este una din care se drenează sau se obține material purulent. O reacție produsă în jurul materialului de sutură este exclusă din definiție şi nu ar trebui să fie codificată ca infecție de spital.

Clasificare

Codificați T81.4 *Infecția după un act medical de diagnostic şi tratament, neclasată la alte locuri* împreună cu un cod relevant al complicației cauzei externe Y60–Y69 *Accidente şi complicații în cursul actelor medicale şi chirurgicale,* Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic şi tratament* şi Y83–Y84 *Acte chirurgicale şi alte acte medicale la originea unor reacții anormale ale pacientului sau complicațiilor ulterioare, fără menționarea accidentului în cursul intervenției.*

1914 PLAGA DEZGOLITĂ

Definiție

O plagă dezgolită este îndepărtarea pielii şi țesutului subcutanat din fascia legată de traumă. Aceasta poate fi completă sau incompletă.

Tipul complet implică lamboul pielii iar țesutul subcutanat este complet îndepărtat sau atârnă de nişte fire ca de ață, astfel că țesutul, fiind neviabil, este excizat.

Tipul incomplet implică faptul că lamboul rămâne atașat de un pedicul de o dimensiune semnificativă, astfel încât tot lamboul sau o parte din acesta este viabil. În funcție de viabilitate, lamboul poate necesita excizia țesutului ischemic.

O plagă dezgolită închisă se poate produce când pielea devitalizată se desprinde la câteva zile după accident. Un exemplu ar fi atunci când degetul unei persoane poate suferi o leziune prin sfărâmare, vătămând grav vasele de sânge ale degetului când peste mână a trecut un autobuz. În timp ce mecanismul este acelaşi, nu există nici o asociere cu plaga externă.

Clasificare

Plagă dezgolită complet:

Alocaţi un cod pentru 'locul plăgii deschise'.
Alocaţi un cod pentru locul 'leziunii vasului de sânge', dacă se aplică.
Alocaţi un cod pentru excizia ţesutului, dacă este efectuată.
Alocaţi un cod pentru grefă sau reparare lambou, dacă este efectuată.

Plagă dezgolită incomplet:

Alocaţi un cod pentru 'locul plăgii deschise'.
Alocaţi un cod pentru excizia ţesutului, dacă este efectuată.
Alocaţi un cod pentru grefă sau reparare lambou, dacă este efectuată.

Plagă dezgolită închisă:

Alocaţi un cod pentru 'locul leziunii vasului de sânge'.
Nu alocaţi un cod pentru plaga deschisă.
Alocaţi un cod pentru excizia ţesutului, dacă este efectuată.
Alocaţi un cod pentru grefă sau reparare lambou, dacă este efectuată.

1915 LEZIUNEA MĂDUVEI SPINĂRII (include paraplegia şi cvadriplegia traumatice)

Definiţie

Leziunea măduvei spinării

Traumatismul măduvei spinării având ca rezultat pierderea funcţiei senzoriale/motorii şi care duce la paralizia membrelor şi/sau trunchiului (adică.: paraplegia/cvadriplegia/tetraplegia).

Paraplegia

“Paraplegia este disfuncţionalitatea sau pierderea funcţiei motorii şi/sau senzoriale în segmentele neurologice toracice, lombare sau sacrale, secundară vătămării elementelor neurale din coloana vertebrală. Paraplegia nu afectează braţele dar, depinzând de nivel, poate include trunchiul, picioarele sau organele pelvine. Acest termen este corect folosit pentru a descrie leziunile cauda equina şi conus medullaris, dar nu ar trebui folosit atunci când se face referire la leziunile plexului lombo-sacral sau la leziunea nervilor periferici situaţi în afara canalului neural.”
(*Miller-Keane, Enciclopedia & Dicţionar de Îngrijiri Medicale şi Domenii înrudite ale Sănătăţii, (A 6-a ed.)* 1997)

Cvadriplegia

“Cvadriplegia este paralizia tuturor celor patru membre. Funcţia motorie şi/sau senzorială din segmentele cervicale ale coloanei vertebrale este afectată sau pierdută datorită vătămării unei părţi a măduvei spinării, care are drept rezultat funcţionarea defectuoasă a braţelor, ca şi a picioarelor, trunchiului sau organelor pelvine. Acest termen nu include afecţiunile datorite leziunilor plexului brahial sau leziunilor nervilor periferici situaţi în afara canalului spinal.”
(*Miller-Keane, Enciclopedia & Dicţionar de Îngrijiri Medicale şi Domenii înrudite ale Sănătăţii, (A 6-a ed.)* 1997)

Tip de rănire a măduvei spinării

Tipul de rănire a măduvei spinării ar trebui să fie primul cod alocat la leziunea măduvei spinării (de ex.: rănire completă sau incompletă). Următoarele definiţii ar trebui să fie notate:

Rănirea completă se referă la secţiunea transversală sau ablaţia totală a funcţiei din măduva spinării la locul leziunii.

Rănirea incompletă se referă la situaţiile în care poate fi păstrată o funcţie (de ex.: unele senzaţii sau mişcarea mai jos de leziune) şi poate fi factor potenţial al recuperării parţiale sau complete.

Nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării

Segmentele măduvei spinării nu corespund funcțional structurii anatomice a coloanei vertebrale (cu excepția regiunii cervicale superioare a măduvei spinării).

Nivelul funcțional al 'leziunii' măduvei spinării este echivalent cu cel mai de jos segment spinal intact (de ex.: 'leziune completă a măduvei spinării la C4' înseamnă că funcția nervoasă deservită de nervul al patrulea şi de segmentele cervicale superioare este intactă şi nu există nici o funcție la nivele inferioare).

Nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării indică implicit prezența unui grad sigur de paralizie. Totuşi, clinicienii pot descrie o leziune acută ca o paraplegie sau cvadriplegie.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Fractură de compresie la T12 cu leziune de compresie a măduvei spinării la acelaşi nivel şi paraplegie incompletă cu nivel senzorial L2.

Coduri:	S24.12	*Sindrom incomplet de măduvă al măduvei spinării toracice*
	S34.72	*Leziunea funcțională a măduvei spinării, L2*
	S22.06	*Fractura vertebrei toracice, la nivelul T11 şi T12*

Faza inițială [acută] a leziunii măduvei spinării

Faza inițială a leziunii măduvei spinării este faza de tratare imediat după traumatism şi poate include mai mult decât un episod de îngrijiri acute.

Ea include pacienții care au suferit o leziune a măduvei spinării (paraplegia/cvadriplegia) ca rezultat al traumatismului şi care sunt imediat transferați de la un spital la altul pentru tratarea afecțiunilor acute.

Faza ulterioară [cronică] a leziunii măduvei spinării

Faza ulterioară înseamnă orice episod care urmează fazei inițiale.

Faza ulterioară include pacienții internați cu paraplegie/cvadriplegie pentru tratarea altor afecțiuni şi/sau înrudite (de ex.: UTI).

Clasificare

Faza inițială – imediat după traumatism

Dacă un pacient prezintă pentru prima oară o posttraumă cu o leziune a măduvei spinării (de ex.: compresia măduvei, contuzie, laceraţie, transversiune sau sfărâmare), următoarele detalii vor fi necesare pentru a fi clasificate:

1. Tipul leziunii măduvei – fie completă, sau incompletă (S14.1-, S24.1-, S34.1 *Alte leziuni traumatice ale măduvei spinării* ***cervicale, toracice, lombare***).
2. Nivelul leziunii măduvei spinării – nivel funcțional (S14.7-, S24.7-, S34.7- *Nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării* ***cervicale, toracice, lombare***)(n.n. Aceste coduri nu se găsesc în ICD 10, Vol.I).

Un pacient care cel mai probabil a suferit o fractură vertebrală şi/sau o luxație. În aceste cazuri, codificați de asemenea următoarele:

3. Localizarea fracturii – dacă fractura s-a produs la nivelul vertebrei (S12.0–.2-, S22.0-, S32.0- *Fractura unei vertebre* ***cervicale, toracice, lombare***).
4. Locul luxației – dacă s-a produs o luxație (S13.1-, S23.1-, S33.1- *Luxația vertebrei* ***cervicale, toracice, lombare***).

Faza inițială– pacient transferat

Dacă un pacient a suferit o leziune a măduvei spinării ca rezultat al unui traumatism şi este imediat transferat de la un spital de acuți la alt spital de acuți, codul pentru tipul leziunii ar trebui să fie ordonat ca diagnostic principal.

Codul adecvat pentru nivelul funcţional al leziunii măduvei spinării ar trebui să fie alocat ca primul cod de diagnostic adiţional în ambele spitale.

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Pacient internat în Spitalul A cu o leziune severă a măduvei spinării. O scanare CT a confirmat dislocarea vertebrei T7/8 cu contuzia măduvei spinării la acelaşi nivel. După stabilizare la Spitalul A pacientul a fost transferat la Spitalul B unde i se efectuase anterior o spondilosinteză.

Coduri:	**Spital A**	
	S24.10	*Leziunea măduvei spinării toracice, nespecificată*
	S24.70	*Leziune funcţională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat*
	S23.14	*Dislocarea vertebrelor toracice T7/8 şi T8/9*
Vezi blocul	[1959]	*Tomografia computerizată a coloanei vertebrale*
	Spital B	
	S24.10	*Leziunea măduvei spinării toracice, nespecificată*
	S24.70	*Leziune funcţională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat*
	S23.14	*Dislocarea vertebrelor toracice T7/8 şi T8/9*
	48669-00 [1389]	*Spondilosinteza anterioară, două sau mai multe nivele*

Leziunea măduvei spinării – faza ulterioară

Dacă un pacient cu paraplegie/cvadriplegie este internat într-un spital/unitate pentru tratament (de ex.: vezică urinară neurogenă), alocaţi codul G82.- (*Paraplegia şi tetraplegia*) şi alte afecţiuni ca adecvate. Ordonarea acestor diagnostice ar trebui să se ghideze după definiţia diagnosticului principal. (Vezi ACS 0625 *Cvadriplegia şi paraplegia, non-traumatice*, pag. 119).

Nu este necesar să puneţi codurile leziunii traumatice, din moment ce acestea ar trebui să fie folosite numai pentru faza iniţială.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Infecţia tractului urinar. Paraplegie incompletă la nivelul C5.

Coduri:	N39.0	*Infecţia căilor urinare, cu localizare nespecificată*
	G82.26	*Paraplegia, nespecificată, incompletă, cronică*

Tipuri de rănire a măduvei spinării

Dacă un pacient se prezintă cu o leziune a măduvei spinării, codificaţi întâi tipul de rănire a măduvei (adică, incompletă sau completă). Dacă nici o informaţie nu este disponibilă, întotdeauna codificaţi la categoria nespecificată.

Dacă este dat un diagnostic de comoţie sau edem al măduvei spinării (fără alte explicaţii), codificaţi fie la:

S14.0 *Comoţia şi edemul măduvei spinării cervicale*
S24.0 *Comoţia şi edemul măduvei spinării toracice*
S34.0 *Comoţia şi edemul măduvei spinării lombare [conus medullaris]*

EXEMPLUL 4:
Diagnostic: Pacient care a suferit o fractură la vertebra cervicală 4 cu luxaţia corpului vertebral cervical 4/5 şi o contuzie incompletă a măduvei la nivelul C5.

Coduri:	S14.13	*Alt sindrom incomplet de măduvă al măduvei spinării cervicale*
	S14.70	*Leziunea funcţională a măduvei spinării, nivel cervical nespecificat*
	S12.22	*Fractura vertebrei cervicale 4*
	S13.14	*Dislocarea vertebrei cervicale C4/5*

Leziuni ale nivelului funcţional al măduvei spinării

Leziunile măduvei spinării şi ale rădăcinii nervilor spinali sunt dificile în mod special pentru codificatorii clinici de a le clasifica în termenii segmentului intact cel mai de jos. Totuşi, documentaţia ar trebui să furnizeze aceste informaţii particulare unde au fost efectuate o scanare CT şi un RMN.

Codificaţi leziunea nivelului funcţional al măduvei spinării ca un cod adiţional după tipul leziunii măduvei.

Întotdeauna ordonaţi mai întâi tipul leziunii măduvei spinării, urmat de leziunea nivelului funcţional al măduvei spinării şi apoi de fractura/dislocarea, dacă se aplică.

Dacă nivelul funcţional al leziunii măduvei spinării nu este confirmat sau nu poate fi obţinut (preferabil de la medicul neurochirurg care tratează), atunci codificaţi la categoria nespecificată în afara secţiunii relevante (adică cervicală, toracică, lombară).

Nu presupuneţi că nivelul funcţional al leziunii măduvei spinării este la acelaşi nivel cu localizarea fracturii sau dislocării.

Leziunea nivelului funcţional al măduvei spinării nu corespunde întotdeauna cu nivelul leziunii măduvei.

EXEMPLUL 5:
Diagnostic: Pacient care a suferit o fractură a celei de-a 4 vertebre cervicale şi o leziune incompletă a măduvei spinării raportată la nivelul C5.

Coduri:	S14.13	*Alt sindrom incomplet de măduvă al măduvei spinării cervicale*
	S14.70	*Leziunea funcţională a măduvei spinării, nivel cervical nespecificat*
	S12.22	*Fractura celei de-a patra vertebre cervicale*

Codificarea fracturilor şi dislocările vertebrale

Codificaţi nivelul fracturii şi/sau dislocarea aşa cum se specifică în documentaţia medicală. Dacă este raportată o leziune a măduvei spinării, întotdeauna ordonaţi codurile leziunii măduvei spinării înainte de fractură sau dislocare. Acolo unde documentaţia medicală nu specifică clar nivelul leziunii vertebrale, codificaţi la localizare nespecificată.

Dacă s-a produs o dislocare a coloanei vertebrale, dar ambele localizări dislocate nu sunt date (de ex.: dislocare la T5) codificaţi la nivelul confirmat şi nivelul imediat sub cel confirmat (de ex.: T5/6) pentru a descrie dislocarea.

Notă: Nivelul fracturii şi/sau dislocării nu corespunde întotdeauna cu nivelul funcţional al leziunii măduvei spinării.

EXEMPLUL 6:
Diagnostic: Fractura vertebrelor toracice 2, 3 şi 4 cu dislocare la nivelele T2/3 şi T3/4. Laceraţie completă a măduvei spinării la nivelul T3.

Coduri:	S24.11	*Leziunea completă a măduvei spinării toracice*
	S24.70	*Leziune funcţională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat*
	S22.01	*Fractura vertebrei toracice, nivelele T1 şi T2*
	S22.02	*Fractura vertebrei toracice, nivelele T3 şi T4*
	S23.11	*Dislocarea vertebrelor toracice T1/T2 şi T2/T3*
	S23.12	*Dislocarea vertebrelor toracice T3/T4 şi T4/T5*

Pentru fracturile deschise/compuse ale coloanei vertebrale, folosiţi codul adiţional al plăgii deschise (*vezi, de asemenea,* ACS 1917 *Plaga deschisă,* pag. 254). Acolo unde mai multe vertebre sunt confirmate a fi compuse, aplicaţi numai un cod al plăgii deschise.

Pentru fracturile sau dislocările multiple, codificaţi fiecare nivel separat. Dacă o fractură/ dislocare a aceleiaşi localizări este descrisă ca deschisă/compusă, folosiţi codul plăgii deschise *'care comunică cu o fractură'*. Nu este necesar să se aloce codul plăgii deschise *'care comunică cu o dislocare'*.

EXEMPLUL 7:
Diagnostic: Fracturi compuse ale vertebrelor toracice 2, 3 şi 4 cu dislocare la nivelurile T2/3 şi T3/4. Laceraţia completă a măduvei spinării la nivelul T3.

Coduri:	S24.11	*Leziunea completă a măduvei spinării toracice*
	S24.70	*Leziune funcţională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat*
	S22.01	*Fractura vertebrei toracice, nivelele T1 şi T2*
	S22.02	*Fractura vertebrei toracice, nivelele T3 şi T4*
	S21.81	*Plagă deschisă (a oricărei părţi a toracelui) care comunică cu o fractură*
	S23.11	*Dislocarea vertebrelor toracice T1/T2 şi T2/T3*
	S23.12	*Dislocarea vertebrelor toracice T3/T4 şi T4/T5*

1916 LEZIUNI SUPERFICIALE

Clasificare

În secţiunea S00 (*Leziunea traumatică superficială a capului*), S10 (*Leziunea traumatică superficială a gâtului*), S20 (*Leziunea traumatică superficială a toracelui*) şi S30 (*Leziunea traumatică superficială a abdomenului, a lombelor şi bazinului*), ierarhia pentru clasificarea leziunilor superficiale este în primul rând bazată pe localizare în timp ce în toate celelalte secţiuni ale leziunii superficiale ierarhia se bazează pe tipul leziunii. Aceasta este relevant în mod special atunci când se codifică leziunile superficiale 'altele' şi 'nespecificate'.

Folosiţi un cod adiţional pentru a descrie orice agent infecţios asociat cu o leziune superficială.

Leziunile superficiale, cum ar fi abraziunile sau contuziile, nu se codifică atunci când sunt asociate cu mai multe leziuni severe ale aceleiaşi localizări.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Fractura părţii de jos a humerusului, abraziunea şi contuzia cotului, fractură de omoplat.

Coduri:	S42.40	*Fractură a părţii de jos a humerusului, parte nespecificată*
	S42.10	*Fractura omoplatului, parte nespecificată*

1917 PLĂGI DESCHISE

Definiţie

O plagă deschisă este în general definită ca o plagă care penetrează pielea şi comunică direct cu ţesuturile subiacente. Acestea includ muşcătura de animal, tăierea, laceraţia şi plaga prin înţepare (cu sau fără penetraţia unui corp străin).

Clasificare

Secţiunea plăgii deschise pentru fiecare regiune a corpului este folosită, de asemenea, pentru a descrie plăgi deschise care comunică cu o fractură sau dislocare şi leziuni unde cavităţile interne ale corpului au fost penetrate prin piele (adică plăgile intracraniene, plăgile intratoracice şi plăgile intraabdominale).

Plaga deschisă ar trebui să fie codificată împreună cu leziunea.

Consultaţi ACS 1918 *Fractura şi dislocarea*, pag. 255, ACS 1919 *Leziune intracraniană deschisă*, pag. 256 şi ACS 1920 *Leziune intratoracică/intraabdominală deschisă*, pag. 257.

Complicaţiile unei plăgi deschise

Dacă o plagă deschisă este descrisă ca fiind complicată datorită unei infecţii, unui corp străin sau datorită vindecării sau tratamentului întârziate, alocaţi un cod pentru 'plaga deschisă după localizare', urmat de:

T89.0- *Complicaţii ale plăgii deschise*

Acolo unde o plagă deschisă are un obiect străin şi o infecţie, alocaţi codul de la:

T89.01 *Plaga deschisă cu corp străin (cu sau fără infecţie)*

Folosiţi un cod adiţional pentru a identifica agentul infecţios.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacientul a fost internat cu bucăţi de geam în plaga deschisă a genunchiului. Plaga a fost infectată cu stafilococ.

Coduri:	S81.0	*Plaga deschisă a genunchiului*
	T89.01	*Plagă deschisă cu corp străin (cu sau fără infecţie)*
	B95.8	*Stafilococ, nespecificat, cauza unor boli clasificate la alte capitole*

1918 FRACTURA ŞI DISLOCAREA

Clasificare

O fractura nedocumentată ca fiind 'deschisă' este clasificată în *ICD-10-AM* ca fractură închisă.

Pentru fracturi/dislocări vertebrale, *vezi, de asemenea* ACS 1915 *Leziunea măduvei spinării*, pag. 250.

Două coduri sunt necesare pentru a codifica fracturile deschise şi dislocările deschise. Alocaţi întâi codul pentru fractură sau pentru dislocare, urmat de codul adecvat pentru plaga deschisă care comunică cu fractura/ dislocarea.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Fractură deschisă a colului femural

Coduri:	S72.00	*Fractură a colului femural, parte nespecificată*
	S71.81	*Plagă deschisă (oricare parte a coapsei şi a şoldului) comunicând cu o fractură*

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Dislocare anterioară deschisă a humerusului

Coduri:	S43.01	*Dislocare anterioară de humerus*
	S41.82	*Plagă deschisă (oricare parte a umărului şi antebraţului) comunicând cu o dislocare*

Acolo unde o fractură/ dislocare cu aceeaşi localizare este descrisă ca deschisă, folosiţi numai codul pentru 'plagă deschisă comunicând cu o fractură'. În aceste cazuri, nu este necesar să se aloce ambele coduri de plagă deschisă pentru aceeaşi localizare a leziunii.

EXEMPLUL 3:
Diagnostic: Fractură/ dislocare deschisă a humerusului distal

Coduri:	S42.40	*Fractura părţii inferioare a humerusului, parte nespecificată*
	S41.81	*Plagă deschisă (oricare parte a umărului şi antebraţului) comunicând cu o fractură*
	S43.01	*Dislocare anterioară a humerusului*

Acolo unde se produc mai multe leziuni, şi totuşi numai una este deschisă, ordonați întotdeauna codul pentru plaga deschisă imediat după codul asociat pentru fractură sau dislocare.

Excepție: Fracturile deschise cer două coduri (unul pentru a descrie localizarea fracturii şi altul pentru a indica natura 'deschisă' a fracturii) cu excepția următoarelor categorii care au al cincilea caracter pentru a descrie felul fracturii, deschisă sau închisă:

T02 *Fracturi cu localizări multiple ale corpului*
T08 *Fractura coloanei vertebrale, nivel nespecificat*
T10 *Fractura membrului superior, nivel nespecificat*
T12 *Fractura membrului inferior, nivel nespecificat*

Dislocarea fracturii

Codificați împreună fractura şi dislocarea, cu fractura ordonată prima, exceptând cazurile în care este specificat altminteri.

De exemplu, dislocarea fracturii tip Monteggia este clasificată ca o fractură (S52.21 *Fractura epifizei proximale a ulnei cu dislocarea capului radiusului*) şi dislocarea fracturii tip Lisfranc este clasificată ca o dislocare (S93.33 *Dislocarea articulației tarsometatarsale*).

1919 LEZIUNE DESCHISĂ INTRACRANIANĂ

Definiție

O leziune intracraniană deschisă este atunci când craniul sau învelişul creierului este penetrat (datorită unei leziuni), astfel fiind expusă cavitatea intracraniană.

Dacă o plagă intracraniană este documentată cu o leziune a capului, alocați întâi un cod pentru leziunea intracraniană, urmat de un cod pentru plaga deschisă.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Plagă a capului cu laceraţia creierului şi hemoragie intracerebrală.

Coduri:	S06.23	*Hematoame multiple intracerebrale şi cerebelare*
	S06.28	*Altă leziune difuză cerebrală şi cerebelară*
	S01.83	*Plagă deschisă (oricare parte a capului) comunicând cu o leziune intracraniană*

Fractură deschisă cu leziune intracraniană

Acolo unde o fractură deschisă a craniului se produce cu o leziune intracraniană asociată, alocați un cod pentru leziunea intracraniană, un cod pentru fractură şi codul:

S01.83 *Plagă deschisă (oricare parte a capului) comunicând cu o leziune intracraniană*

În aceste cazuri, **nu** alocați codul *'Plagă deschisă (oricare parte a capului) comunicând cu o fractură'* deoarece natura deschisă a fracturii este reflectată în codurile alocate pentru leziunea intracraniană.

1920 LEZIUNE INTRATORACICĂ/INTRA-ABDOMINALĂ

Definiţie

O plagă deschisă intratoracică sau intra-abdominală este atunci când cavitatea intratoracică sau intra-abdominală este penetrată, astfel expunându-se cavitatea.

Notă: O laceraţie în zona abdomenului sau toracelui nu include în mod necesar o penetraţie asociată intracavitară şi, de aceea, documentaţia medicală ar trebui să fie citită cu atenţie înainte de a codifica aceste tipuri de leziuni.

Clasificare

Dacă este descrisă o leziune deschisă intratoracică, alocaţi întâi un cod pentru leziunea intratoracică urmat de codul:

S21.83 *Plagă deschisă (oricare parte a toracelui) comunicând cu o leziune intratoracică*

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Plagă a pieptului cauzând puncţia plămânului

Coduri:	S27.38	*Alte leziuni ale plămânului şi nespecificate*
	S21.83	*Plagă deschisă (oricare parte a toracelui) comunicând cu o leziune intratoracică*

Dacă este descrisă o leziune deschisă intra-abdominală, alocaţi întâi un cod pentru leziunea intra-abdominală urmat de un cod pentru plaga deschisă.

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Dezintegrarea totală a parenchimului rinichiului, laceraţie splenică şi laceraţie a intestinului subţire. Punere în evidenţă a ieşirii intestinului subţire prin peretele abdominal.

Coduri:	S37.03	*Dezintegrare completă a parenchimului rinichilor*
	S36.02	*Ruperea capsulei splenice, fără dezintegrarea majoră a parenchimului*
	S36.40	*Leziune a intestinului subţire, porţiune nespecificată*
	S31.83	*Plagă deschisă (oricare parte a abdomenului) comunicând cu o plagă intra-abdominală*

Fractura deschisă asociată cu leziuni intratoracice şi intra-abdominale

Acolo unde o fractură deschisă a trunchiului se produce cu o leziune asociată intracavitară, alocaţi un cod pentru leziunea intracavitară, unul pentru fractură şi următoarele coduri adecvate:

S21.83 *Plagă deschisă (oricare parte a toracelui) comunicând cu o leziune intratoracică* **sau**
S31.83 *Plagă deschisă (oricare parte a abdomenului) comunicând cu o plagă intra-abdominală*

În aceste cazuri, **nu** alocaţi codul *'Plagă deschisă (…) comunicând cu o fractură'* din moment ce natura deschisă a fracturii este reflectată în codurile alocate pentru leziunea intracavitară.

1921 SCRÂNTIRI ŞI ÎNTINDERI

Clasificare

ICD-10-AM clasifică scrântirile şi întinderile în două secţiuni ale regiunilor corpului:

1. Luxaţie, scrântire şi întindere ale articulaţiilor şi ligamentelor.

2. Leziunea muşchiului şi tendonului.

Fiţi atenţi când codificaţi leziunile de scrântire şi întindere ale muşchilor şi tendoanelor, deoarece acestea nu sunt clasificate la secţiunea ' Luxaţie, scrântire şi întindere ale articulaţiilor şi ligamentelor '.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Leziune severă de întindere a ligamentului cruciat

Cod:	S83.50	*Scrântire şi întindere a unui ligament cruciat nespecificat*

EXEMPLUL 2:
Diagnostic: Scrântire a muşchiului cvadriceps

Cod:	S76.1	*Leziune a muşchiului cvadriceps şi tendonului*

1922 LEZIUNI PRIN ZDROBIRE

Definiţie

O leziune de zdrobire poate fi descrisă ca o forţă compresivă externă care a fost aplicată unei regiuni a corpului pentru o perioadă de timp (de obicei mai mult de 1 oră) şi care poate avea ca rezultat vătămarea structurii anatomice de bază şi care conduce la consecinţe sistemice serioase (adică, sindromul de zdrobire). În aceste cazuri prognoza este mult mai rea decât ar fi pentru o leziune obişnuită.

Clasificare

Se consideră că această clasificare a leziunilor prin zdrobire în *ICD-10-AM* a fost utilizată într-un sens mai larg şi că aplicarea de definiţii specifice creează o complexitate mai mare, care poate fi dificil de realizat din perspectiva unei codificări.

Codificaţi leziunea de bază când o leziune prin zdrobire a fost documentată.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Leziune prin zdrobire severă a piciorului cauzând fractura oaselor metatarsiene 2, 3 şi 5. Fractura metatarsianului 5 a fost compusă.

Coduri:	S92.3	*Fractură de metatarsian*
	S91.81	*Plagă deschisă (orice parte a gleznei şi piciorului) comunicând cu o fractură*

Sindromul de zdrobire

Adiţional, codul pentru sindromul de zdrobire (T79.5 *Anurie traumatică*) ar trebui să fie folosit acolo unde este documentat de către clinician. Un sindrom de zdrobire este definit ca:

"Edemul (sic), oliguria şi alte simptome ale insuficienţei renale, urmând zdrobirii unei părţi a corpului, în special a massei mari musculare, cauzând eliberarea mioglobinei".
Miller-Keane (1997). *Enciclopedia & Dicţionar de Îngrijiri Medicale şi Domenii înrudite ale Sănătăţii, (A 6-a ed.)*

1923 CONTACTUL CU ANIMALE ŞI PLANTE VENINOASE

Intoxicaţie cu venin

Intoxicaţia cu venin este efectul toxic al contactului cu o plantă sau cu un animal veninos.

Contactul cu şerpi

Intoxicaţia cu venin datorită muşcăturilor de şarpe

În cazurile de intoxicaţie cu venin datorită muşcăturii de şarpe, T63.0 *Efectul toxic al unui contact cu venin de şarpe* ar trebui să fie alocat ca un cod de diagnostic principal. Un cod pentru cauza externă ar trebui să fie alocat de la categoria X20.0 *Contact cu şerpi veninoşi*.

Categoria X20.0 *Contact cu şerpi veninoşi* ar trebui să fie alocată numai acolo unde este definită dovada contactului cu un şarpe veninos. Dovada contactului cu un **şarpe veninos** include:

- identificarea formală a şarpelui vinovat (ca veninos),
- detectarea veninului specific al şarpelui din fluidele corpului şi/sau
- dovada efectelor toxice ale veninului şarpelui (intoxicaţia cu venin) incluzând administrarea de ser antiveninos.

Kiturile de detectare a veninului (VDKs) sunt folosite împreună cu alte informaţii (cum ar fi prezentarea clinică, cunoştinţe despre şerpi din zona geografică, identificarea şerpilor aduşi la spital împreună cu pacientul) pentru a determina ce ser antiveninos să se folosească dacă pacientul este intoxicat semnificativ cu venin. Dacă o identificare sigură nu poate fi făcută, atunci este folosit un ser antiveninos polivalent (sau combinaţia adecvată de seruri antiveninoase monovalente aşa cum sunt utilizate în Victoria şi Tazmania - Australia).

Acolo unde o muşcătură de şarpe se produce şi rezultă un VDK pozitiv, alocaţi un cod de la X20.0- în corelaţie cu veninul detectat, chiar dacă intoxicaţia cu venin este sau nu rezultatul muşcăturii.

EXEMPLUL 1:
VDK detectează venin de şarpe maro, nu există semne de intoxicaţie cu venin şi nu se administrează nici un ser antiveninos. Alocaţi codul pentru plagă deschisă la localizare ca diagnostic principal şi codul pentru cauza externă X20.00 *Contact cu şarpele maro*.

Acolo unde s-a produs intoxicaţia cu venin necesitând administrare de ser antiveninos, alocaţi codul T63.0 *Efect toxic al unui contact cu animal veninos, venin de şarpe* ca diagnostic principal şi un cod pentru cauza externă de la X20.0 *Contact cu şarpele maro* conform cu serul antiveninos specific administrat.

Acolo unde este administrat un ser antiveninos polivalent, alocaţi pentru cauza externă codul X20.09 *Contact cu şarpe veninos, nespecificat*. Excepţia de la această regulă se face acolo unde este administrat un ser antiveninos polivalent 'exotic' pentru contactul cu şerpi veninoşi care nu sunt australieni şi există identificarea pozitivă a şarpelui vinovat, în care caz alocaţi codul X20.08 *Contac cu alţi şerpi veninoşi, specificaţi*.

Contactul cu un şarpe veninos cunoscut se poate, de asemenea, produce fără ca un ser antiveninos să fie administrat. O asemenea situaţie este numită o 'muşcătură uscată' şi nu ar trebui să fie exclusă alocarea unui cod de la categoria X20.0 *Contact cu şerpi veninoşi* acolo unde este definită dovada că şarpele a fost veninos.

Reacţii alergice la veninul de şarpe

Reacţiile alergice se pot produce la fel ca, ori în loc de, efectele toxice ale intoxicaţiei cu venin. Aceasta este cel mai probabil să se producă în cazul persoanelor care se ocupă profesional de reptile şi care au dezvoltat o alergie la venin. În aceste cazuri, un cod de la categoria T78 *Efecte adverse, neclasificate altundeva* ar trebui să fie alocat pentru a descrie efectul alergic al veninului şarpelui.

Ser antiveninos

Există o serie de cinci seruri antiveninoase monovalente folosite în tratarea muşcăturilor de şarpe australian (maro, tigrat, negru, aducător de moarte, taipan), un antivenin pentru şerpii de apă şi o varietate de seruri antiveninoase exotice folosite pentru a trata muşcăturile şerpilor veninoşi neaustralieni (de ex.: şerpii ţinuţi în grădinile zoologice). Un ser antiveninos polivalent este, de asemenea, disponibil, combinând toate cele cinci seruri antiveninoase monovalente pentru cazurile în care nu se identifică grupa din care face parte şarpele.

Serurile antiveninoase sunt disponibile, de asemenea, pentru peştele « stonefish », căpuşa paralizantă, păianjenul cu spate roşu şi păianjenul care îşi face pânză în horn.

Pacienţii pot primi mai multe fiole de ser antivenos. Asemenea pacienţi pot avea aceste fiole date ca o singură pilulă mare sau conţinutul a două fiole combinate.

Administrarea de ser antiveninos este alocată la 92182-00 [1885] *Injectarea de antidot*.

Efecte adverse ale serului antiveninos

Codificatorii clinici ar trebui să discute cu clinicianul pentru a clarifica orice dovadă a reacţiei adverse la serul antiveninos.

Indicatorii care sugerează efectele adverse ale serului antiveninos includ:

- Semne şi simptome de reacţii acute alergice, cum ar fi apariţia unui rash, greutate în respiraţie/stridor, urticarie, dureri abdominale, vomă şi/sau diaree, hipotensiune şi stop cardiac;
- Dovada tratamentului reacţiilor acute alergice prin aplicarea injecţiilor de adrenalină; antihistaminice, corticosteroizi şi perfuzii cu substanţe cristaloide şi/sau coroidale;
- Utilizarea mai multor fiole de ser antiveninos;
- Istoric preexistent de alergie la venin şi/sau ser antiveninos;
- Demonstrarea utilizării adrenalinei, antihistaminicelor şi corticosteroizilor pentru tratamentul reacţiilor alergice acute după administrarea de ser antiveninos.

Notă: *Codificatorii ar trebui să fie atenţi că documentaţia pentru folosirea acestor medicamente ca tratament pentru reacţiile acute alergice ar trebui să se diferenţieze de folosirea lor ca premedicaţie înaintea administrării serului antivenos.* Premedicaţia cu adrenalină subcutanată se recomandă în mod curent înaintea administrării intravenoase a serurilor antiveninoase pentru şerpii australieni. Codificatorii ar trebui să verifice cu clinicianul dacă dovada injectării cu adrenalină a fost făcută în mod profilactic, înaintea injectării serului antiveninos sau ca tratament pentru o reacţie adversă.

Şoc anafilactic

Şocul anafilactic, când este documentat ca o reacţie adversă la administrarea de ser antiveninos, ar trebui să fie alocat la T80.5 *Şoc anafilactic datorit serului*.

Boala serului

Boala serului, datorită depozitării complexelor imune, este o complicaţie recunoscută a administrării de soluţii proteine străine, cum ar fi serurile antiveninoase.

Există o rată mai mare de **reacţii întârziate,** specifică bolii serului, atunci când se folosesc mai multe fiole de ser antiveninos. Este improbabil ca aceste reacţii să fie evidente în cursul episodului de spitalizare (deoarece aceasta se produce de obicei la două săptămâni după administrarea serului antiveninos). Boala serului ar trebui să fie alocată la T80.6 *Alte reacţii serice*.

Alte reacţii adverse specifice la serul antiveninos

Alte reacţii adverse specificate la injecţia de ser antiveninos sunt alocate la T80.6 *Alte reacţii serice*. Acolo unde un efect advers nespecificat este documentat, codificatorii ar trebui să se consulte cu clinicianul pentru a confirma reacţia specifică. În absenţa unei documentaţii viitoare alocaţi T88.7 *Efect advers al unui medicament, nespecificat.*

Toate cazurile de efecte adverse la serul antiveninos ar trebui să fie alocate la Y59.3 *Imunoglobuline* ca un cod de cauză externă.

Contact cu şerpi neveninoşi

Acolo unde nu există o dovadă pozitivă a faptului că şarpele a fost veninos, plaga deschisă ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal şi un cod de la W59.- *Muşcătură sau zdrobire provocată de alte reptile* ca un cod de cauză externă. W59.0 *Muşcătură sau zdrobire provocată de şerpi neveninoşi* ar trebui să fie alocat numai acolo unde s-a demonstrat că şarpele a fost neveninos şi acolo unde nu există o dovadă a intoxicaţiei cu venin (vezi mai sus). Acolo unde nu s-a demonstrat că şarpele a fost neveninos şi nu există nici o dovadă de intoxicaţie cu venin, alocaţi codul W59.1 *Muşcătură sau zdrobire provocată de şarpe, reptile veninoase sau neveninoase necunoscute* ca un cod de cauză externă.

Contact cu păienjeni

Intoxicaţia cu venin de la muşcăturile păianjenului

În cazurile de intoxicaţie de la muşcătura de păianjen, codul T63.3 *Efectul toxic al unui contact cu animal veninos, venin de păianjen* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal. Păianjenii sunt aproape în exclusivitate veninoşi (99.9% dintre păienjeni sunt veninoşi). Un cod de cauză externă de la X21.- *Contact cu păianjeni veninoşi* ar trebui, de asemenea, să fie alocat.

Contact cu păianjenul cu talie albă şi alte arahnide care provoacă necroză

Păianjenul cu talie albă şi alte arahnide care provoacă necroză cauzează formarea de pustule sau necroze ale ţesutului la locul muşcăturii. Mulţi pacienţi se prezintă fără un istoric definit al muşcăturii ori fără identificarea creaturii vinovate de muşcătură, dacă a rămas o muşcătură. Deci, diagnosticul de arahnidism necrotic este unul care trebuie considerat circumstanţial în multe cazuri. Schimbările locale (pustule tipice, eritem sau durificare (indurație) de obicei se rezolvă în câteva săptămâni. Codificatorii ar trebui să clarifice şi să se consulte cu clinicianul pentru a confirma identificarea păianjenului şi/sau trăsăturilor clinice ale contactului în toate cazurile înainte de alocarea codului X21.2 *Contact cu păianjenul cu talie albă sau alţi păienjeni care produc necroză.*

Contact cu păianjen neveninos

W57 *Muşcături şi înţepături neveninoase de insecte şi alte artropode* ar trebui să fie alocat numai acolo unde este specific documentat că păianjenul a fost neveninos.

Imunoterapie profilactică

Imunoterapia cu venin este distinctă de desensibilizarea la polen ori la particulele de praf de acarieni, care sunt tipuri specifice de imunoterapie profilactică (de ex.: infuzare normală de gamaglobulină). Imunoterapia cu venin implică mai degrabă injectarea de cantităţi mici, dar crescătoare, de venin decât de anticorpi.

În cazurile în care se face o internare pentru imunoterapie profilactică în vederea desensibilizării la veninul albinei, viespii şi furnicii, alocaţi Z51.6 *Desensibilizarea faţă de un alergen* ca diagnostic principal şi 92179-00 [1885] *Imunizarea pentru alergii* ca un cod de procedură.[1]

[1] [1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Leziuni Traumatice, Otrăviri şi alte Consecinţe ale Cauzelor Externe.

20 CAUZELE EXTERNE ALE MORBIDITĂȚII

2001 FOLOSIREA CODULUI CAUZEI EXTERNE ŞI ORDONARE

Codurile U50–Y98 nu urmează a fi folosite ca diagnostic principal. Ele sunt destinate pentru a fi folosite drept coduri adiționale în vederea identificării cauzei externe a afecțiunilor clasificate la Capitolul XIX *Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecințe ale cauzelor externe* şi pot fi folosite şi drept coduri adiționale cu afecțiunile clasificate la oricare alt capitol dar având cauză externă.

Un cod de cauză externă trebuie să fie folosit cu coduri de la S00–T98 şi Z04.1–Z04.5 şi pentru complicațiile şi reacțiile anormale care sunt clasificate înafara Capitolului de Leziuni (S00–T98).

Mai mult de un cod pentru cauza externă poate fi alocat dacă cele adiționale sunt necesare pentru a traduce complet constatarea diagnostică. Codurile pentru cauzele externe ar trebui să fie ordonate direct după codul (codurile) de diagnostic de care ele sunt legate. Codurile cauzelor externe multiple ar trebui să fie alocate cu atenție pentru a se asigura că aceste coduri de diagnostic semnificative nu sunt îndepărtate pentru a înregistra coduri extra ale cauzelor externe (*vezi* mai jos pentru codurile care nu necesită un cod de cauză externă)

Vezi categoria Y92 *Locul producerii* şi blocul U50–U73 *Activitatea* din Lista Tabelară a Bolilor pentru regulile care privesc codurile adiționale necesare împreună cu codurile pentru anumite cauze externe.

Coduri care nu necesită un cod al cauzei externe

Un şir de afecțiuni care sunt provocate de evenimente externe sunt reprezentate de anumite coduri din cadrul Capitolelor I–XVIII. Unele din aceste coduri nu necesită un cod de cauză externă pentru a fi alocat (*vezi lista de mai jos*). Codul cauzei externe nu este necesar deoarece informațiile privind cauza externă sunt cuprinse în codul de diagnsotic şi de aceea, adăugarea unui cod de cauză externă nu aduce nici o altă informație.

COD	DESCRIERE
L23.0	*Dermita alergică de contact datorită metalelor*
L23.1	*Dermita alergică de contact datorită adezivelor*
L23.2	*Dermita alergică de contact datorită cosmeticelor*
L23.4	*Dermita alergică de contact datorită vopselelor*
L23.5	*Dermita alergică de contact datorită altor produse chimice*
L23.6	*Dermita alergică de contact datorită alimentelor în contact cu pielea*
L23.7	*Dermita alergică de contact datorită plantelor, exceptând alimentele*
L24.0	*Dermatita iritantă de contact datorită detergenților*
L24.1	*Dermatita iritantă de contact datorită uleiurilor şi grăsimilor*
L24.2	*Dermatita iritantă de contact datorită solvenților*
L24.3	*Dermatita iritantă de contact datorită cosmeticelor*
L24.5	*Dermatita iritantă de contact datorită altor produse chimice*
L24.6	*Dermatita iritantă de contact datorită alimentelor în contact cu pielea*
L24.7	*Dermatita iritantă de contact datorită plantelor, exceptând alimentele*
L24.8	*Dermatita iritantă de contact, datorită altor agenți*
L25.0	*Dermatita de contact, nespecificată, datorită cosmeticelor*
L25.2	*Dermatita de contact, nespecificată, datorită vopselelor*
L25.3	*Dermatita de contact, nespecificată, datorită altor produse chimice*
L25.4	*Dermatita de contact, nespecificată, datorită alimentelor în contact cu pielea*
L25.5	*Dermatita de contact, nespecificată, datorită plantelor, exceptând alimentele*
L25.8	*Dermatita de contact, nespecificată, datorită altor agenți*
L55.0	*Eritem provocat de arsura de soare*
L55.1	*Arsură de soare, profunzime parțială*
L55.2	*Arsură de soare, profunzime totală*
L55.8	*Alte arsuri de soare*
L55.9	*Arsură de soare, nespecificată*

COD	DESCRIERE
L56.2	*Dermatita de fotocontact[dermatita de breloc]*
L56.3	*Urticaria solară*
L56.4	*Erupția polimorfă la lumină*
L56.8	*Alte modificări acute specificate ale pielii datorite razelor ultraviolete*
L56.9	*Modificări acute ale pielii datorite razelor ultraviolete, nespecificate*
L57.0	*Cheratoza actinică*
L57.1	*Actinoreticuloză*
L57.2	*Piele romboidală (ceafă romboidală)*
L57.3	*Poikilodermia Civatte*
L57.4	*Piele laxă senilă*
L57.5	*Granulom actinic*
L57.8	*Alte modificări ale pielii datorite unei expuneri cronice la raze neionizate*
L57.9	*Modificări ale pielii datorite unei expuneri cronice la raze neionizate, nespecificate*
O34.2	*Îngrijiri acordate mamei pentru o cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare*
O86.0	*Infecția unei plăgi chirurgicale de origine obstetricală*
O90.0	*Ruptura unei suturi de cezariană*
O90.1	*Ruptura unei suturi obstetricale la nivelul perineului*
O90.2	*Hematomul la nivelul unei plăgi obstetricale*
P04.0	*Făt şi nou-născut afectați de o anestezie şi analgezie la mamă, în cursul sarcinii, travaliului şi naşterii*
P04.2	*Făt şi nou-născut afectați de tabagismul mamei*
P04.3	*Făt şi nou-născut afectați de alcoolismul mamei*
P04.6	*Făt şi nou-născut afectați de expunerea mamei la substanțe chimice din mediu*
P04.8	*Făt şi nou-născut afectați de un efect nociv matern, nespecificat*
P10.0	*Hemoragia subdurală datorită traumatismului la naştere*
P10.1	*Hemoragia cerebrală datorită traumatismului la naştere*
P10.2	*Hemoragia intraventriculară datorită traumatismului la naştere*
P10.3	*Hemoragia subarahnoidiană datorită traumatismului la naştere*
P10.4	*Ruptura tentonium cerebellum datorită traumatismului la naştere*
P10.8	*Alte rupturi şi hemoragii intracraniene datorită traumatismului la naştere*
P10.9	*Ruptură şi hemoragia intracraniană nespecificată datorită traumatismului la naştere*
P11.0	*Edem cerebral datorită traumatismului la naştere*
P11.1	*Alte leziuni cerebrale specificate, datorită traumatismului la naştere*
P11.2	*Leziunea cerebrală specificată, datorită traumatismului la naştere*
P11.3	*Leziunea nervului facial datorită traumatismului la naştere*
P11.4	*Leziunea altor nervi cranieni datorită traumatismului la naştere*
P11.5	*Leziunea coloanei vertebrale şi a măduvei spinării datorită traumatismului la naştere*
P11.9	*Leziunea sistemului nervos central datorită traumatismului la naştere, nespecificată*
P12.0	*Cefalohematom datorită traumatismului la naştere*
P12.1	*Hematom în coc datorită traumatismului la naştere*
P12.2	*Hemoragia epicraniană subaponevrotică datorită traumatismului la naştere*
P12.3	*Distrugerea pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naştere*
P12.4	*Leziunea pielii păroase a scalpului legată de monitorizare*
P12.8	*Alte leziuni ale pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naştere*
P12.9	*Leziunea pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naştere, nespecificată*
P13.0	*Fractura craniului datorită traumatismului la naştere*
P13.1	*Alte leziuni ale craniului datorită traumatismului la naştere*
P13.2	*Leziunea femurului datorită traumatismului la naştere*
P13.3	*Leziunea altor oase lungi datorită traumatismului la naştere*
P13.4	*Fractura claviculei datorită traumatismului la naştere*
P13.8	*Leziunea scheletului cu alte localizări datorită traumatismului la naştere*
P13.9	*Leziunea scheletului datorită traumatismului la naştere, nespecificată*
P14.0	*Paralizia Duchenne-Erb datorită traumatismului la naştere*
P14.1	*Paralizia Dejerine-Klumpke datorită traumatismului la naştere*
P14.2	*Paralizia nervului frenic datorită traumatismului la naştere*
P14.3	*Alte leziuni ale plexului brahial datorită traumatismului la naştere*
P14.8	*Leziunea sistemului nervos periferic cu alte localizări, datorită traumatismului la naştere*

COD	DESCRIERE
P14.9	*Leziunea sistemului nervos periferic cu alte localizări, datorită traumatismului la naştere, nespecificată*
P15.0	*Traumatismul ficatului la naştere*
P15.1	*Traumatism splinei la naştere*
P15.2	*Leziunea sterno-cleido-mastoidianului datorită traumatismului la naştere*
P15.3	*Leziunea ochiului datorită traumatismului la naştere*
P15.4	*Leziunea facială datorită traumatismului la naştere*
P15.5	*Leziunea organelor genitale externe datorită traumatismului la naştere*
P15.6	*Adipo-necroza subcutanată datorită traumatismului la naştere*
P15.8	*Alte traumatisme la naştere specificate*
P15.9	*Traumatism la naştere, nespecificat*

Notă: Sunt anumite circumstanțe în care nu este obligatoriu să se aloce un cod de cauză externă în plus față de un cod de la capitolul de leziuni (S00–T99). (*Consultați autoritățile sanitare statale/teritoriale pentru clarificări*).

2004 REACȚII ALERGICE NESPECIFICATE ALTMINTERI

Reacția alergică nespecificată altundeva se codifică la T78.4 *Alergie, nespecificat*. Dacă agentul cauzativ este necunoscut, codul pentru cauza externă privind Reacția alergică nespecificată altundeva ar trebui să fie X59 *Expunere la un factor nespecificat*.

2005 OTRĂVIRI ŞI LEZIUNI – INDICAREA INTENȚIEI

Există un număr de categorii în cadrul clasificării codurilor pentru cauza externă care permit diferențierea dintre otrăviri şi leziuni avându-se în vedere dacă ele au fost accidentale; sinucigaşe sau auto-cauzate; omucidere sau leziuni cauzate special de alte persoane sau nedeterminate.

Notă: Nu presupuneți intenția. Intenția trebuie să fie documentată în foaia clinică de către clinician.

X40–X49 Intoxicații accidentale prin expunere la substanțe nocive

Nota 'include' de la începutul acestui bloc din Lista tabelară a bolilor specifică:

- supradoză accidentală de medicament
- medicament greşit dat sau luat din greşeală
- medicament luat din inadvertență
- accidente în folosirea drogurilor, medicamentelor şi substanțelor biologice în procedurile medicale şi chirurgicale.

X60–X84 Leziuni auto-provocate

Aceste categorii sunt pentru a fi folosite cu leziuni şi otrăviri specificate ca:

- otrăvire sau leziune auto – cauzată.
- sinucidere (încercare)

Notă: Leziunile auto-cauzate fără o intenție declarată sau implicată ar trebui să primească un cod de la blocul Y10–Y34 *Evenimente cu intenție nedeterminată.*

X85–Y09 Agresiunea

Aceste categorii sunt pentru a fi folosite cu leziunile şi otrăvirile specificate ca:

- omucidere
- leziuni cauzate de o altă persoană cu intenția de a leza sau ucide, prin orice mijloace.

Y10–Y34 Evenimente cu intenție nedeterminată

Codurile de la această categorie sunt desemnate pentru folosire atunci când intenția nu este specificată sau nu poate fi determinată. Adică, leziunile nu sunt specificate ca accidentale (neintenționate), auto-cauzate cu intenția de auto-vătămare sau agresiune.

2008 AUTOR AL AGRESIUNII, ABUZULUI ŞI NEGLIJENȚEI

În cazurile de agresiune, leziunea(ile) ar trebui să fie codificată(e) ca diagnostic principal. Un cod de cauză externă de la categoriile X85–Y09 *Agresiune*, ar trebui să fie alocat independent de mecanismul leziunii (de ex.: înjunghiere, bătaie, arsură).

Următoarele subcategorii pentru clasificarea autorului sunt folosite la nivelul celui de-al cincilea caracter pentru codurile X85–Y09.

.0 *Soț/soție sau partner domestic*
.1 *Părinte*
.2 *Alt membru al familiei*
.3 *Îngrijitor*
.4 *Cunoștință sau prieten*
.5 *Autorități oficiale*
.6 *Persoană necunoscută victimei*
.7 *Persoane multiple necunoscute victimei*
.8 *Alte persoane specificate*
.9 *Persoană nespecificată*

Notă: Al patrulea caracter '0' este necesar pentru categoriile X85–X91, X93, X96–X98, Y00–Y02 şi Y04–Y09.

Al cincilea caracter este listat ierarhic având în vedere relația dintre autor şi victimă. Alocați al cincilea caracter care indică cea mai apropiată legătură dintre autor şi victimă (adică, numărul cel mai ridicat din listă).

EXEMPLUL 1:
Fiica unui vecin este plătită să stea cu copilul. Ea maltratează copilul; relația predominantă față de copil este aceea de baby-sitter. Alocați al cincilea caracter .3 *Îngrijitor*.

Relații de familie

O relație de familie dintre victimă şi autor va înlătura întotdeauna o relație nefamilială.

EXEMPLUL 2:
Vărul victimei este plătit să stea cu copilul. El/ea maltratează copilul; relația predominantă față de copil este aceea a unei rude (văr). Alocați al cincilea caracter .2 *Alt membru al familiei* mai degrabă decât .3 *Îngrijitor*.

Partenerul părintelui – coabitare şi necoabitare

În cazurile în care autorul agresiunii, abuzului sau neglijenței a fost găsit a fi partenerul părintelui, alocați al cincilea caracter .1 *Părinte* numai când autorul agresiunii locuieşte în aceeaşi gospodărie cu victima (coabitare). În cazurile în care partenerul părintelui are altă adresa permanentă decât victima (necoabitare), alocați al cincilea caracter .4 *Cunoştință sau prieten*.

Acolo unde documentația nu este adecvată pentru a determina situația rezidențială a autorului, identificat ca partenerul părintelui, iar alte informații nu sunt disponibile, alocați al cincilea caracter .1 *Părinte* (adică în mod normal este coabitarea cu partenerul părintelui).

Autoritățile oficiale

Autoritățile oficiale sunt oricare dintre persoanele considerate a avea autoritate asupra altei perosane, care, fiind în exercițiul funcțiunii, agresează, neglijează sau abuzează de acea persoană. Această categorie include, dar nu se limitează la poliție, personal militar, gărzi de securitate şi personal de serviciu corecțional. Alocați subcategoria de la nivelul celui de-al cincilea caracter .5 *Autorități oficiale*, numai atunci când autorul agresiunii are o poziție de autoritate față de victimă **în momentul** agresiunii.

Agresori multipli

Când agresorii multipli sunt cunoscuți victimei, autorul agresiunii care are relația cea mai apropiată de victimă ar trebui să fie codificat indiferent de cine provoacă cea mai mare vătămare. Dacă nu este disponibilă nici o informație pentru sprijinirea alocării unui cod individual, alocați .7 *Agresori multipli*.

Când toți agresorii multipli nu sunt cunoscuți victimei, alocați .7 *Agresori multipli*. Acolo unde agrresorii multipli au fost documentați individual, codificatorii ar trebui să aloce subcategoria pentru agresorul care are legătura cea mai apropiată cu victima.

EXEMPLUL 3:
Mama şi partenerul ei cu care nu coabitează agresează cu pumnii pe fiul ei. Alocați codul adecvat leziunii şi Y04.01 *Agresiune prin forța corpului, părinte,* plus coduri adecvate pentru locul producerii şi pentru activitate.

EXEMPLUL 4:
Persoană agresată, cu forța corpului, de către un coleg de muncă şi altă persoană, necunoscută victimei. Alocarea codului ar trebui să reflecte relația dintre victimă şi agresorul cunoscut. Alocați Y04.04 *Agresiune prin forța corpului, cunoştință sau prieten,* plus coduri adecvate pentru locul producerii şi pentru activitate.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Cauzele externe ale morbidității.

21 FACTORI INFLUENȚÂND STAREA DE SĂNĂTATE ŞI CONTACTUL CU SERVICIILE DE SĂNĂTATE

2103 INTERNARE PENTRU CONVALESCENȚĂ/POST ÎNGRIJIRI

Când un pacient este transferat de la un spital la altul cu un diagnostic de 'convalescență postoperatorie' şi este clar că pacientul încă primeşte un tratament activ, alocați pentru diagnostic principal codul Z48.8 *Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală.* Afecțiunea care a necesitat intervenția chirurgicală ar trebui să primească un cod de diagnostic adițional.

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Un pacient care a avut un anevrism cerebral clipat la Spitalul A este transferat la Spitalul B şi rămâne în Spitalul B pentru 21 de zile.

Coduri:	Z48.8	*Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală*
	I67.1	*Anevrism cerebral, fără ruptură*

Când singurul tratament este 'îngrijiri generale', alocați ca diagnostic principal un cod de la categoria Z54.- *Convalescență.*

Dacă îngrijirile după boală urmează tratamentul medical (în comparație cu cel chirurgical) al unei afecțiuni, alocați codul pentru afecțiune ca un diagnostic adițional.

Dacă documentația indică motive sociale care să împiedice externarea pacientului acasă de la Spitalul A şi prin aceasta prilejuind transferul la Spitalul B, *vezi* ACS 2107 *Îngrijiri transferate altei persoane*, pag. 276, pentru instrucțiuni.

2104 REABILITARE

Pacienții internați în mod special pentru reabilitare ar trebui să primească codul adecvat Z ((Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*) ca un cod de diagnostic principal cu excepția Z50.2 *Reabilitarea alcoolicilor* şi Z50.3 *Reabilitarea drogaților vezi* ACS 0525 *Reeducare şi dezintoxicarea de substanțe*, pag. 112).

Când sunt efectuate proceduri multiple de reeducare, Z50.9 *Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată* ar trebui să fie alocat nespecificat din moment ce detaliile privind procedurile specifice de reeducare vor fi indicate de către codurile procedurilor.

Afecțiunea care duce la reeducarea pacientului într-o unitate de reeducare ar trebui să fie alocată ca un diagnostic adițional.

Dacă atât reeducarea cât şi îngrijirile pentru convalescență au fost acordate, codul adecvat de reeducare Z ar trebui să fie ordonat mai întâi, apoi codul de convalescență. Codurile multiple Z pot fi folosite, acolo unde ele întrunesc criteriile pentru diagnsotice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*.

În general, afecțiunile urmează să fie codificate în următoarea ordine:

1. Diagnostic principal, Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare.*
2. Afecțiunea medicală care necesită reeducarea.
3. Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale.*
4. Coduri pentru proceduri de reeducare.

Notă : Urmați ghidurile privind morbiditatea dacă un cod al cauzei externe este necesar în cazurile de leziuni.

EXEMPLUL 1: ACCIDENT CEREBRAL

Diagnostic: Pacient transferat la un spital de reeducare pentru reeducarea după un infarct cerebral care s-a produs cu o săptămână în urmă. Deficiturile curente includ hemiplegia, afazia şi incontinența urinară.

Coduri:
- Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
- I63.9 *Infarctul cerebral, nespecificat*
- G81.- *Hemiplegia*
- R47.0 *Disfazia şi afazia*
- R32 *Incontinență urinară nespecificată*
- Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*
- Codurile procedurii de reeducare

Diagnostic: Reeducare pentru hemiplegia după un accident cerebral care s-a produs cu 3 ani în urmă

Coduri:
- Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
- G81.9 *Hemiplegia, nespecificat*
- I69.4 *Sechelele accidentului cerebral, nespecificate ca hemoragie sau infarct*
- Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*
- Codurile procedurii de reeducare

Pentru alte informații privind alocarea codurilor în cazurile de accident vascular, mai ales în legătură cu deficiturile reziduale, vă rugăm să vă referiți la ACS 0604 *Accident cerebral*, pag. 117.

EXEMPLUL 2: ÎNLOCUIREA ARTICULAȚIEI

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a înlocuirii şoldului din cauza osteoartritei şoldului de lungă durată.

Coduri:
- Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
- M16.1 *Altă coxartroză primară*
- Z96.64 *Prezența implantului de şold*
- Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*
- Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 3: LEZIUNEA CAPULUI

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a unei hemoragii cerebrale provocată de un accident cu vehicul cu motor.

Coduri:
- Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
- S06.23 *Hematoame multiple intracerebrale şi cerebelare*
- Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*
- Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 4: FRACTURĂ

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a unui tratament inițial pentru femurul fracturat (cădere de pe balcon).

Coduri:
- Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
- S72.3 *Fractura colului femural*
- Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*
- Codurile procedurii de reeducare

Notă: Un cod adițional de la Z96.6 *Prezența de implante de articulație ortopedică* poate fi alocat acolo unde se cunoaşte că un implant ortopedic a fost folosit în tratamentul fracturii.

EXEMPLUL 5: AMPUTAȚIA

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a amputației sub genunchi ca rezultat al angiopatiei periferice diabetice.

Coduri:	Z50.-	*Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
	E10.51	*Diabet mellitus tip I cu angiopatie periferică, fără gangrenă*
	I79.2*	*Angiopatie periferică în bolile clasificate altundeva*
	Z89.5	*Absența dobândită a piciorului la sau sub genunchi*
	Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*	
	Codurile procedurii de reeducare	

EXEMPLUL 6: INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ SPINALĂ

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a laminectomiei pentru prolaps de disc L5/S1.

Coduri:	Z50.-	*Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
	M51.2	*Altă deplasare a unui disc intervetebral specificat*
	Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*	
	Codurile procedurii de reeducare	

EXEMPLUL 7: LEZIUNEA TRAUMATICĂ A MĂDUVEI SPINĂRII

Diagnostic: Pacient transferat pentru reeducare dintr-un spital de boli acute ca urmare a unui accident de bicicletă cu motor în care a suferit o fractură a celei de-a patra vertebre cervicale cu dislocarea a 4/5 din corpul vertebral cervical şi contuzia măduvei spinării la acelaşi nivel.

Coduri:	Z50.-	*Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
	S14.10	*Leziunea măduvei spinării cervicale, nespecificat*
	S14.70	*Leziunea funcțională a măduvei spinării, nivel cervical nespecificat*
	S12.22	*Fractura celei de-a patra vertebre cervicale*
	S13.14	*Dislocarea vertebrei cervicale C4/5*
	Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*	
	Codurile procedurii de reeducare	

Diagnostic: Pacient internat pentru continuarea reabilitării pentru leziunea spinală de mai sus, 9 luni după accident. Pacientul are paraplegie incompletă la nivelul C4.

Coduri:	Z50.-	*Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
	G82.26	*Paraplegia, nespecificată, incompletă, cronică*
	Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*	
	Codurile procedurii de reeducare	

EXEMPLUL 8: REABILITARE CARDIACĂ

Diagnostic: Pacient internat pentru reabilitare ca urmare a grefelor de bypass pe artera coronariană în urmă cu 5 zile pentru boala arterei coronariene.

Coduri:	Z50.-	*Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
	I25.1-	*Boala de inimă aterosclerotică*
	Z95.1	*Prezența grefei bypass aortocoronariană*
	Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*	
	Codurile procedurii de reeducare	

EXEMPLUL 9: ALTE AFECȚIUNI MEDICALE

Diagnostic: Pacient cu boala Parkinson internat pentru reabilitare generală şi întărire.

Coduri:	Z50.-	*Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
	G20	*Boala Parkinson*
	Diagnostice adiționale aşa cum se arată în ACS 0002 *Diagnostice adiționale*	
	Codurile procedurii de reeducare	

2105 PACIENȚI SPITALIZAȚI CARE PRIMESC ÎNGRIJIRI PE TERMEN LUNG/TIP CASĂ DE SĂNĂTATE

Din cauza lipsei unor case de sănătate şi altor tipuri de servicii pentru sprijin în unele zone, pacienții pot fi internați în spitale ca rezidenți pe termen lung sau pot fi internați în unități tip case de sănătate. Aceste internări se pot face direct de acasă (sau din altă parte) fără a fi nevoie de îngrijiri acute sau ca un episod de îngrijiri într-un tip de unitate unde pacientul nu mai primeşte îngrijiri acute. (Referiți-vă la *(Comitetul Național pentru Datele de Sănătate. (2001). Dicționarul Național de Date de Sănătate, Versiunea 10, AIHW*) pentru definițiile 'Tipul de îngrijiri' şi 'Îngrijiri acute').

În asemenea cazuri, un cod de la categoria Z75.- *Probleme legate de unitățile medicale şi alte îngrijiri de sănătate* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal. Orice afecțiuni care apar ulterior în timpul episodului de îngrijiri ar trebui să fie codificate ca diagnostice adiționale (conform ACS 0002 *Diagnostice adiționale*).

Când pacienții sunt internați pentru tratamentul unei probleme acute şi apoi rămân în spital ca rezidenți pe termen lung sau ca un tip de pacienți din casele de sănătate, iar tipul episodului de îngrijiri NU este schimbat, atunci ar trebui să fie codificată afecțiunea acută ca diagnostic principal şi un cod Z75.- alocat ca diagnostic adițional.

2107 ÎNGRIJIRI TRANSFERATE ALTEI PERSOANE

Termenul 'îngrijiri transferate altei persoane' se referă la internarea pacienților într-un spital şi care, pe o perioadă definită de timp, nu au un îngrijitor disponibil pentru acasă. Este foarte obişnuit ca perioada de îngrijiri să îi permită îngrijitorului(lor) să 'poată avea şi altă activitate' de la rolul de îngrijitor.

Codul pentru diagnosticul principal cel mai mult folosit pentru îngrijirile de acest fel este Z75.5 *Îngrijiri dispensate pentru a ajuta familiile în timpul vacanțelor*, dar Z74.2 *Necesitatea pentru asistență acordată acasă şi nici un alt membru al gospodăriei nu poate să acorde îngrijiri* este de asemenea potrivit.

Chiar dacă pacienții vor primi probabil îngrijiri pentru afecțiunea(le) lor cât timp sunt în spital, este important ca aceste afecțiuni să nu fie ordonate ca diagnostic principal din moment ce ele nu au ocazionat internarea pacienților în spital. Deseori aceşti pacienți au boli cronice, cum ar fi limitarea cronică a funcțiilor respiratorii, ce poate fi monitorizată de către o persoană care îngrijeşte acasă.

Dacă un pacient a fost transferat de la spitalul A la spitalul B deoarece condițiile sociale au împiedicat externarea acasă, diagnosticul principal (de la spitalul B), este motivul social care a produs transferul cu un cod de diagnostic adițional Z54.- *Convalescență.*

2108 EVALUARE

Când pacienții sunt internați într-o unitate alta decât pentru boli acute în vederea evaluării, motivul pentru evaluare ar trebui să fie diagnosticul principal.

2111 SCREENING PENTRU TULBURĂRI SPECIFICE

Definiție

Screening este testarea sau examinarea pentru boală sau pentru precursorii bolii la indivizi asimptomatici astfel încât depistarea timpurie şi tratamentul să poată fi acordate celor care se dovedesc a fi pozitivi la boală.

Clasificare

Codurile de la categoriile Z11.-, Z12.- şi Z13.- *Examinare specială screening pentru…* ar trebui să fie alocate ca diagnostic principal când un pacient este examinat (de ex.: endoscopie) pentru o anumită boală sau tulburare, atunci când boala pentru care pacientul a fost examinat **nu a fost depistată sau nu a fost niciodată depistată.**

Alocați un cod pentru boală ca diagnostic principal dacă boala pentru care el este examinat **este** depistată în timpul episodului de îngrijiri. Un cod de la Z11.-, Z12.- sau Z13.- nu este necesar.

Z12.- *Examinare specială screening pentru neoplasme* **nu** ar fi alocat în următoarele circumstanțe:

- examinare de **control** pentru un istoric anterior de neoplasm (Z08.- *Examinare de control după tratamentul neoplasmului malign*), **sau**

- când un simptom sau semn este motivul pentru examinare (codificat la simptomul/semnul).

(*Vezi de asemenea* ACS 2112 *Istoric personal*, pag. 277 şi ACS 2113 *Examinări de control pentru tulburări specifice*, pag. 277)

EXEMPLUL 1:
Diagnostic: Pacient internat pentru colonoscopie datorită antecedentelor familiale de cancer de colon. Colonoscopia nu a găsit nici o anormalitate.

Coduri:	Z12.1	*Examinare specială screening pentru neoplasmul tractului intestinal*
	Z80.0	*Istoric familial de neoplasm malign la organele digestive*
	32090-00 [905]	*Colonoscopie cu fibră optică la caecum*

2112 ISTORIC PERSONAL

Codurile de la categoriile Z85–Z87 *Pentru istoric personal de neoplasm malign sau alte boli sau afecțiuni*, nu ar trebui să fie ordonate niciodată ca diagnostic principal. (Vezi de asemenea ACS 0236 *Codificarea şi ordonarea neoplasmului*, pag. 73).

Aceste coduri ar fi alocate numai ca diagnostice adiționale acolo unde afecțiunea este rezolvată complet şi totuşi istoricul este relevant în mod direct pentru episodul curent de îngrijiri. (*Vezi de asemenea* ACS 2111 *Screening pentru tulburări specifice*, pag. 276 şi ACS 2113 *Examinări de control pentru tulburări specifice*, pag. 277).

2113 EXAMINĂRI DISPENSARIZATE PENTRU TULBURĂRI SPECIFICE

(*Vezi, de asemenea,* ACS 2111 *Screening pentru tulburări specifice*, pag. 276*).*

Codurile de la categoria Z08 *Examinare de control după tratamentul unor tumori maligne* sau Z09 *Examinare de control după tratament pentru alte afecțiuni decât tumorile* ar trebui să fie alocate ca diagnostic principal când pacientul este internat pentru controlul unei afecțiuni şi nici o afecțiune reziduală sau recurentă nu sunt găsite.

Notă: Acest standard exclude cazurile când pacienții sunt internați pentru continuarea tratamentului unui neoplasm, de exemplu excizia largă a unei leziuni excizate (vezi ACS 0236 *Codificarea şi ordonarea neoplasmului*, pag. 73).

Codul adecvat care descrie tipul tratamentului anterior de la categoria Z08 sau Z09 ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal. Înregistrați ca diagnostic adițional codul adecvat de la categoriile Z85–Z87 pentru istoricul personal.

EXEMPLUL 1:
Pacient internat pentru controlul cancerului vezicii urinare (tratat anterior prin terapie cu radiații). Trabecularea vezicii urinare a fost observată dar fără recurența malignității.

Z08.1	*Examinare de control după radioterapie pentru neoplasm malign*
N32.8	*Alte tulburări specificate ale vezicii urinare*
Z85.5	*Istoric personal de neoplasm malign al tractului urinar*

EXEMPLUL 2:
Pacient internat pentru controlul ulcerelor gastrice (tratat medicamentos). Endoscopia relevă ulcerele vindecate, dar fără nici o dovadă a ulcerațiilor active.

Z09.8	*Examinare de control după alt tratament pentru alte afecțiuni*
Z87.11	*Istoric personal de boala ulceroasă peptică*

Dacă afecțiunea a fost recurentă sau este prezentă o afecțiune reziduală, codificați afecțiunea ca diagnostic principal. (Vezi de asemenea ACS 0046 *Selecția diagnosticului pentru endoscopie aceeaşi zi*, pag. 10).

EXEMPLUL 3:
Carcinom de vezică urinară găsit la control prin cistoscopie.

C67.9	N*eoplasm malignan al vezicii urinare, nespecificat*
M8010/3	*Carcinom nespecificat altminteri*
Z08.9	*Examinare de control după tratament nespecificat pentru neoplasm malign*[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Factori Care Influențează Starea de Sănătate şi Contactul cu Serviciile de Sănătate.

APENDIX A

CLASIFICAREA CLINICĂ ŞI GRUPURI DE CODIFICARE

ANESTEZIA

Dr S Germann	*Flinders Medical Centre, Adelaide*
Ms K Gins	*Royal North Shore Hospital, Sydney*
Dr M King	*St Vincent's Public Hospital, Sydney*
Ms R Quinn	*Sydney Pain Management Centre, Sydney*
Dr W Shearer	*Monash Hospital, Melbourne*
Ms L Ward	*Royal Adelaide Hospital, Adelaide*
Dr A Weeks	*The Alfred Hospital, Melbourne*

ARSURI

Mrs R Carroll	*The Alfred Hospital, Melbourne*
Mrs L Donnelly	*The Alfred Hospital, Melbourne*
Dr A Holland	*The Children's Hospital at Westmead, Sydney*
Mr R Judson	*Royal Melbourne Hospital, Melbourne*
Dr F Wood	*Consultant Plastic Surgeon/Burns, Perth (Convenor)*

CARDIOVASCULAR

Ms M Dixon	*Victoria House Private Hospital, Melbourne*
Mrs L Donnelly	*The Alfred Hospital, Melbourne*
Dr L Grigg	*Royal Melbourne Hospital, Melbourne* (Convenor)
A/Prof J Harris	*University of Sydney, Sydney*
Prof R Lord	*St Vincent's Hospital, Sydney*
Prof P Phillips	*Flinders Medical Centre, Adelaide*
Dr J Quinn	*Princess Alexandra Hospital, Brisbane*
Dr G Sholler	*The Children's Hospital at Westmead, Sydney*
Ms C Stoddard	*Sir Charles Gairdner Hospital, Perth*
Dr P Thompson	*Sir Charles Gairdner Hospital, Perth*

ÎNGRIJIRI CRITICE

Dr W Butt	*Royal Children's Hospital, Melbourne (Convenor)*
Dr R Herkes	*Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*
Prof K Hillman	*Liverpool Health Service, Sydney*
Dr A Holt	*Flinders Medical Centre, Adelaide*
Ms T Letizia	*The Northern Hospital, Melbourne*
Prof S McKinley	*Royal North Shore Hospital, Sydney*
Dr A Vedig	*Flinders Medical Centre, Adelaide*
Ms L Ward	*Royal Adelaide Hospital, Adelaide*
Dr C Wright	*Monash Medical Centre, Melbourne*

DERMATOLOGIE

Mr P Beckhor	*Royal Children's Hospital, Melbourne*
Dr L Hales	*Specialist Skin Centre, Mildura (VIC)*
Dr R Kelly	*Melbourne*
Ms J Knights	*St John of God Healthcare Network, Perth*

ENDOCRINOLOGIE

Prof R Griffiths	*Liverpool Health Service, Sydney*
Dr W Johnson	*Cabrini Medical Centre, Melbourne*
Ms M Lau	*Royal Melbourne Hospital, Melbourne*
Dr G B Senator	*Allamanda Medical Centre, Southport (QLD) (Convenor)*
Ms J Vanderlinde	*Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne*
Prof T Welborn	*Sir Charles Gairdner Hospital, Perth*
Dr J Williams	*International Diabetes Institute, Melbourne*

URECHE, NAS, GURĂ ŞI GÂT (ENMT)

Miss C Bancroft	*Southern Healthcare Network, Melbourne*
Ms S Benz	*Lyell McEwin Health Service, Adelaide*
A/Prof R G Berkowitz	*Royal Children's Hospital, Melbourne*
Dr R Jones	*Oral & Maxillofacial Surgeon, Adelaide*
Mr J T Kennedy	*ENT, Head & Neck Clinic, Melbourne* (Convenor)
Ms J Pollard	*Royal Children's Hospital, Melbourne*
A/Prof A Smith	*University of Melbourne, Melbourne*

GASTROENTEROLOGIE/HEPATOBILIARĂ

Prof E L Bokey	*Concord Repatriation General Hospital, Sydney*
Prof P Chapuis	*Concord Repatriation General Hospital, Sydney*
A/Prof J M Duggan	*Princeton Medical Centre, Newcastle (NSW)*
Prof D Fletcher	*Fremantle Hospital, Perth*
Ms A M Gordon	*John Hunter Hospital, Newcastle (NSW)*
Ms M Lau	*Royal Melbourne Hospital, Melbourne*
Mr P Nottle	*The Alfred Hospital, Melbourne*
Dr C Worthley	*Royal Adelaide Hospital, Adelaide*

GERIATRIE ŞI REABILITARE

Dr J Corry	*Rehabilitation & Pain Management, Canberra*
Prof H Dickson	*Liverpool Health Service, Sydney*
Dr T Finnegan	*Royal North Shore Hospital, Sydney* (Convenor)
Ms K Holcombe	*Mt Waverley, Victoria*
Dr B Katz	*Malvern, Melbourne*
Mrs T Mulukin	*Lady Davidson Hospital, Sydney*
Ms C Nall	*Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne*
Mr G Pearce	*Carlingford, Sydney*

IMUNOLOGIE, REUMATOLOGIE & BOLI INFECȚIOASE

Dr D Fisher	*Royal Darwin Hospital, Darwin (Convenor)*
Ms K Holcombe	*Mt Waverley, Melbourne*
Dr P Jones	*Prince Henry Hospital, Sydney*
Ms C Langley	*Women's & Children's Hospital, Adelaide*
Ms G Smith	*Royal Children's Hospital, Melbourne*
Dr D Spencer	*Specialist Medical Centre, Sydney*

LEZIUNI

Dr R Ashby	*Royal Brisbane Hospital, Brisbane*
Ms J Burgoyne	*Alice Springs Hospital, Alice Springs (NT)*
A/Prof M Cleary	*The Prince Charles Hospital, Brisbane* (Convenor)
A/Prof J E Harrison	*Research Centre for Injury Studies, Australian Institute of Health & Welfare, Adelaide*
A/Prof J Hart	*Orthopaedic Surgeon, Melbourne*
Dr T Joseph	*Royal North Shore Hospital, Sydney*
Prof J Ozanne-Smith	*Monash University, Melbourne*
Dr J Vinen	*Royal North Shore Hospital, Sydney*
Ms L Williams	*South Western Sydney Area Health, Sydney*

SĂNĂTATE MENTALĂ, MEDICAMENTE & ALCOOL

Mr A Bennett	*Central Sydney Area Mental Health Services, Sydney*
A/ Prof D Ben-Tovim	*Flinders Medical Centre, Adelaide*
Dr L O'Brien	*University of Western Sydney, Sydney*
Prof P Burgess	*Mental Health Research Institute, Melbourne*
Mr D Casey	*Department of Health & Aged Care, Canberra*
Dr P Cotton	*Clinical Psychologist, Brisbane*
Dr R Elzinga	*South Australia Health Commission, Adelaide*
Prof B Emmerson	*Royal Brisbane Hospital, Brisbane (Convenor)*
Ms K Mason	*Hunter Mental Health, Newcastle (NSW)*
Ms J Nursey	*Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne*
Dr R G Pols	*Flinders Medical Centre, Adelaide*
Mr D Stokes	*RMIT University, Melbourne*
Dr K A Wilhelm	*St Vincent's Hospital, Sydney*

NEONATOLOGIE

Dr W Butt	*Royal Children's Hospital, Melbourne*
Dr D Cartwright	*Royal Women's Hospital, Brisbane*
Mr J Edwards	*The Canberra Hospital, Canberra*
Dr A Gill	*John Hunter Hospital, Newcastle (NSW)*
A/Prof R Hagan	*King Edward Memorial Hospital for Women, Perth*
A/Prof P Lancaster	*Sydney Children's Hospital, Sydney*
Dr P Marshall	*Flinders Medical Centre, Adelaide* (Convenor)
Dr A McPhee	*Women & Children's Hospital, Adelaide*
Ms S Pang	*The Children's Hospital at Westmead, Sydney*
Dr C A Ramsden	*Monash Medical Centre, Melbourne*
Ms K Wilton	*Royal Children's Hospital, Melbourne*

NEFROLOGIE ŞI UROLOGIE

Ms M Atkinson	*Ballarat Health Services, Ballarat (VIC)*
Dr K Bannister	*Royal Adelaide Hospital, Adelaide*
Mr D Cook	*Ballarat Urology Clinic, Ballarat (VIC)*
Ms K Francis	*Monash Medical Centre, Melbourne*
Prof B Murphy	*St Vincents Hospital, Melbourne*
Prof L P Roy	*Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*
Ms J Shepheard	*Shepheard Health Management, Melbourne*
Ms G Stewart	*Central Sydney Area Health Service, Sydney*
Mr D G Travis	*Urologist, Melbourne*

ŞTIINȚE DE NEUROLOGIE

Mr A Bennett	*Central Sydney Area Health Service, Sydney*
Dr L Davies	*Royal Prince Alfred Hospital, Sydney*
Ms M Dixon	*Victoria House Private Hospital, Melbourne*
Dr G Fabinyi	*Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne*
Ms J Nursey	*Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne*
Dr L Smith	*Monash Neurology, Melbourne*
Mr D Stokes	*RMIT University, Melbourne*
Mr D Wallace	*Neurosurgeon, Melbourne*
Ms M Williams	*Liverpool Health Service, Sydney*

OBSTETRICĂ ŞI GINECOLOGIE

Ms W Baker	*Royal Women's Hospital & District Health Service, Brisbane*
Dr I Cope	*RANZCOG, Sydney*
A/Prof P Lancaster	*Sydney Children's Hospital, Sydney*
Ms E Larwood	*Women's & Children's Hospital, Adelaide*
Dr C Maxwell	*East Hawthorne, Melbourne* (Convenor)
Prof J Oats	*Mater Mothers' Hospital, Brisbane*
Prof R J Pepperell	*Royal Women's Hospital, Melbourne*
Ms M Phythian	*Women's & Children's Hospital, Adelaide*
Dr C Verco	*Flinders Medical Centre, Adelaide*

ONCOLOGIE ŞI HEMATOLOGIE

Mr J Agar	*Freemason's Hospital, Melbourne*
Ms A Byron	*Royal Adelaide Hospital, Adelaide*
Ms I Carapina	*Peter McCallum Cancer Institute, Melbourne*
Dr F Firkin	*St Vincent's Hospital, Melbourne*
Dr D Gorman	*Calvary Hospital, Sydney*
Dr M Henderson	*St Vincent's Hospital, Melbourne*
Dr C Lewis	*Prince of Wales Hospital, Sydney*
Ms F Middleton	*Peter McCallum Cancer Institute, Melbourne*
Dr M Smith	*Mt Druitt Hospital, Sydney* (Convenor)
Dr J Szer	*Royal Melbourne Hospital, Melbourne*
Dr D Thomas	*Queensland Radium Institute, Brisbane*
Dr G Toner	*Peter McCallum Cancer Institute, Melbourne*
Dr K Waters	*Royal Children's Hospital, Melbourne*

OFTALMOLOGIE

Dr D Colville	*Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne*
Prof M Coroneo	*Prince of Wales Hospital, Sydney*
Dr M Hennessy	*Prince of Wales Hospital, Sydney* (Convenor)
Dr R A Higgins	*Bondi Junction, Sydney*
Ms J Knights	*St John of God Healthcare Network, Perth*
Dr L Lee	*South Eastern Sydney Area Health Service, Sydney*
Ms K Martin	*Royal Victorian Eye & Ear Hospital, Melbourne*
Dr P Martin	*Bondi Junction, Sydney*
Dr L Robinson	*Bondi Junction, Sydney*
Ms S Russell	*Western Hospital, Melbourne*
Sr J Stretton	*Sydney Hospital Complex, Sydney*

ORTOPEDIE

Ms D Abbott	*New Farm Clinic, Brisbane*
Mrs L Batchelor	*The Avenue Private Hospital, Melbourne*
Dr B Courtenay	*St Vincent's Clinic, Sydney*
A/Prof J Hart	*Orthopaedic Surgeon, Melbourne (Convenor)*
Ms L J Lambert	*Royal Adelaide Hospital, Adelaide*

PEDIATRIE

Dr I Alexander	*Sydney Children's Hospital, Sydney*
Dr E Hallam	*St John's Hospital, Hobart*
Dr R Hanson	*The Children's Hospital at Westmead, Sydney (Convenor)*
Dr I Hewitt	*Princess Margaret Hospital for Children, Perth*
Dr A Moulden	*Royal Children's Hospital, Melbourne*
Ms N Rankin	*Sydney Children's Hospital, Sydney*
Ms G Smith	*Royal Children's Hospital, Melbourne*
Ms S Travis	*NSW Health Department, Sydney*
Ms K Wilton	*Royal Children's Hospital, Melbourne*

PATOLOGIE

Dr D Gillis	*The Institute of Medical & Veterinary Science, Adelaide*
Dr D Looke	*Princess Alexandra & District Health Service, Brisbane*
Ms P Morris	*Box Hill Hospital, Melbourne*
Ms J Shepheard	*Shepheard Health Management, Melbourne*
Prof D Thomas	*Women & Children's Hospital, Adelaide*

CHIRURGIE PLASTICĂ

Mrs R Carroll	*The Alfred Hospital, Melbourne*
A/Prof J Hart	*Melbourne (Convenor)*
Mr J Hokin	*Glenelg Day Surgery, Adelaide*
Mr B Johnstone	*Plastic & Reconstructive Surgery, Melbourne*
Ms L Ward	*Royal Adelaide Hospital, Adelaide*

RESPIRATOR

Dr C Clarke	*The Ashley Centre, Sydney*
Mrs L Donnelly	*The Alfred Hospital, Melbourne*
Dr J Douglass	*The Alfred Hospital, Melbourne* (Convenor)
Dr P Frith	*Repatriation General Hospital, Adelaide*
Ms L Maxwell	*University of Sydney, School of Physiotherapy, Sydney*

COMITETUL DE RECOMANDĂRI PRIVIND CODIFICAREA STANDARDELOR

Ms K Bonello	*Representing: Private Sector*
Ms J Burgoyne	*Royal Darwin Hospital, Darwin*
*Mrs C Cheney**	*Health Information Management Association of Australia*
Ms J Chicco	*NSW Health, Sydney*
Ms K Chisholm	*Department of Health & Aged Care, Canberra*
Ms T Drake	*SA Department of Human Services, Adelaide*
Ms A Groom	*Clinical Coders Society of Australia*
Ms J Hargreaves	*Australian Institute of Health & Welfare, Canberra*
Ms A Hay*	*Queensland Health, Brisbane*
Ms K Hinton	*Department of Community & Health Services, Hobart*
Ms D Hosking	*Department of Health & Community Care, Canberra*
Ms K Innes	*National Centre for Classification in Health, Sydney*
Ms I Kearsey	*Department of Human Services, Melbourne*
Dr L Lee*	*Casemix Clinical Committee of Australia*
Mr S McAlister*	*Department of Health & Aged Care, Canberra*
Ms T Patterson	*Health Information Management Association of Australia*
Ms K Peasley	*National Centre for Classification in Health, Melbourne*
*Ms R Pfeiffer**	*SA Department of Human Services, Adelaide*
A/Prof R Roberts	*National Centre for Classification in Health, Sydney (Convenor)*
Ms M Snell	*Queensland Health, Brisbane*
Mr B Stanley	*Health Department of WA, Perth*
Mrs S Stevens*	*Health Department of WA, Perth*
Ms C Thorpe	*NZ Health Information Service, New Zealand*
Mrs S Walker	*National Centre for Classification in Health, Brisbane*

*** membri pensionaţi recent**[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Apendix A Clasificare Clinică şi Grupuri de Codificare.

APENDIX B

GHID PRIVIND CODIFICAREA DE BAZĂ

Indexurile alfabetice conţin mulţi termeni care nu sunt incluşi în listele tabelare, iar codificarea necesită ca atât Indexul cât şi Lista tabelară să fie consultate înainte de a aloca un cod.

Ceea ce urmează este un simplu ghid destinat sprijinirii beneficiarului ocazional care consultă *ICD-10-AM*.

1. Identificaţi tipul de enunţ care urmează să fie codificat şi referiţi-vă la secţiunea adecvată din Indexul alfabetic.

2. Localizaţi termenul cheie. Pentru boală şi leziuni, acesta este de obicei un substantiv pentru afecţiunea patologică. Pentru proceduri, acesta este de obicei un substantiv care identifică tipul de procedură efectuată. Totuşi, unele afecţiuni, exprimate ca adjective sau eponime sunt incluse în Index ca termeni cheie.

3. Citiţi şi ghidaţi-vă după orice notă care apare sub termenul cheie.

4. Citiţi orice termen din paranteze după termenul cheie, (aceşti modificatori neesenţiali nu afectează numărul de cod), ca şi orice termeni aliniaţi sub termenul cheie (aceşti modificatori esenţiali afectează numărul de cod), până când toate cuvintele din expresia clinică au fost justificate.

5. Urmăriţi cu atenţie orice referinţe de genul '*vezi*' şi '*vezi, de asemenea*' găsite în Index.

6. Referiţi-vă la Lista tabelară pentru a verifica corectitudinea numărului de cod selecţionat. Pentru clasificarea bolii, notaţi că un cod cu trei caractere din Index cu o liniuţă în poziţia a patra sau a cincea înseamnă că există al patrulea sau al cincilea caracter ce poate fi găsit în Lista tabelară, Volumul 1. Alte subdiviziuni care să fie folosite într-un caracter suplimentar nu sunt indexate şi, dacă sunt folosite, trebuie să fie localizate în Volumul 1.

7. Ghidaţi-vă după orice notă de includere sau excludere de la codul selecţionat sau de la capitol, bloc sau categorie.

8. Alocaţi codul.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Apendix B Ghid privind Codificarea de Bază.

APENDIX C

CODUL ETICII PENTRU CODIFICATORII CLINICI

Centrul Național pentru Clasificare în Sănătate (NCCH) este un centru australian de expertiză în clasificarea morbidității, cauzei de deces şi intervențiilor în sănătate. Unul dintre obiectivele Centrului este să dezvolte şi să promoveze standardele codificării incluzând practica etică.

Acest Cod al Eticii a fost dezvoltat de către NCCH pentru a ghida codificatorii clinici în vederea reflectării corecte a caracteristicilor clinice ale pacienților şi ale intervențiilor serviciului de sănătate.[1] Datele clinice sunt folosite pentru cercetare, monitorizarea sănătății publice şi pentru planificarea, evaluarea şi finanțarea serviciilor de sănătate. Codul va fi, de asemenea, de folos clinicienilor şi personalului sanitar pentru a înțelege obligațiile etice ale codificatorilor.

1. Participați la activitățile de îmbunătățire a calității pentru a vă asigura de calitatea codificării care sprijină folosirea datelor pentru cercetare, planificare, evaluare şi rambursare în spiritul respectului reciproc față de colegi.

2. Asigurați-vă că sunt disponibile toate informațiile necesare pentru rezumate şi procesele de codificare.

3. Aplicați Standardele de Codificare Australiene (ACS) şi alte necesități de raportare oficiale în scopul:
- extragerii diagnosticelor şi procedurilor folosind întreaga foaie de observație clinică
- selectării şi ordonării codurilor de diagnostic şi procedură
- optimizării rambursării numai când este legitimă.[2]

4. Asigurați-vă că textul foii de observație clinică justifică selectarea diagnosticelor şi procedurilor, consultând clinicienii ori de cîte ori este necesar.

5. Participați la instruirea continuă pentru a vă asigura că îndemânarea şi cunoştințele întrunesc nivelul adecvat de competență.[3]

6. Contribuți la dezvoltarea continuă a sistemelor de clasificare în conformitate cu codificarea adecvată şi cu experții clinici.[4]

7. Observați politicile şi necesitățile legale privind confidențialitatea pacientului vis-à-vis de informațiile clinice.

8. Refuzați să participați sau să tăinuiți procese sau proceduri ilegale neetice.

Notă:

1 Codul de Etică a fost dezvoltat de către NCCH şi aprobat de membrii Comitetului Consultativ privind Standardele de Codificare (CSAC) în 1999. CSAC include reprezentanți ai: Departamentului Commonwealth privind Sănătatea şi Îngrijirea Vârstnicilor, autorităților sanitare statale şi teritoriale, sectorului privat de sănătate, Institutului Australian pentru Sănătate şi Bunăstare, Comitetului Australiei privind Casemix-ul Clinic, Asociației privind Managementul Informațiilor de Sănătate din Australia, Societății Codificatorilor Clinici din Australia şi Ministerului Sănătății din Noua Zeelandă.

2 Necesitățile raportării pot fi stabilite de către:
- state şi teritorii (de ex.: definiția datelor de stat)
- corporații naționale prin publicații cum ar fi *Dicționarul Național privind Datele de Sănătate, Standardele Codificării Australiene* şi alte publicații ale NCCH, cum ar fi *Probleme de Codificare* şi standarde specifice de specialitate

3 Nivelul competenței poate fi determinat prin referire la *Standardele naționale privind competența codificatorului clinic şi ghidul de evaluare* al Managementului Informațiilor de Sănătate din Australia sau de către acreditarea națională a codificatorului.

4 Implicarea poate fi realizată prin dialog cu NCCH şi cu alte organizații care se ocupă cu clasificarea privind sănătatea.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Apendix C Codul Eticii pentru Codificatorii Clinici.

APENDIX D

PROFESIUNEA DE CREDINȚĂ A CODIFICATORILOR CLINICI

Cu toate că sunt introduse coduri noi în mod regulat, structura întregii clasificări *ICD-10-AM* rămâne constantă de-a lungul timpului. Codurile şi standardele de codificare necesită schimbare pentru a încerca să se țină pasul cu medicina, dar în cele din urmă, codificatorii clinici vor fi nevoiți să ia decizii care se bazează pe **experiența şi bunul lor simț** ca şi pe resursele care le sunt disponibile.

Când vă uitați la ceea ce fac codificatorii clinici în mod obiectiv, adică alocă numere dintr-un sistem de codificare structurat unor concepte medicale în continuă schimbare şi care nu sunt documentate într-o manieră standardizată – nu e de mirare că este dificil! Pentru a revedea îndemânarea codificatorului clinic:

- Un codificator clinic are cunoştințe integrale, lucrând cu ştiința medicală şi cu terminologia acesteia.
- Un codificator clinic poate să citească foaia de observație clinică şi să ia decizii privind codurile adecvate de alocat, bazate pe documentarea clinică
- Un codificator clinic înțelege strucutura şi folosirea unei clasificări statistice

Trăsăturile importante ale acestor trei puncte sunt **ştiința medicală, luarea deciziilor** şi **structura**.

- Stiința medicală este complexă şi în continuă schimbare.
- Luarea deciziilor este subiectivă.
- Structura clasificării este statică.

Esențialul este că, indiferent cât de mult putem spera că vor fi reguli grele şi stricte pentru a rezolva toate problemele noastre de codificare, ele toate la un loc nu vor înlocui vreodată judecățile calificate pe care le emit codificatorii privind cazurile speciale bazate pe …

Profesiunea de credință a codificatorilor clinici
Aceste lucruri formează bazele artei şi ştiinței codificării clinice:
documentarea **C**linică
Comunicarea cu clinicienii
standardele **C**odificării
Convenții
Experiența în **C**lasificare
Bunul simț
Ştiința medicinei

Toate acestea servesc la aducerea în centrul atenției a îndemânării considerabile şi deseori uitată a codificatorilor clinici.

Munca unui codificator clinic competent înseamnă luarea deciziilor în codificare bazate pe **Navigarea printre aceste 7 principii şi care, împreună cu profesiunea de credință a codificatorilor clinici,** vor asigura alocarea unui cod care să fie tot atât de bun pe cât posibil.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Apendix D Profesiunea de credință a codificatorilor clinici

.

INDEXUL STANDARDELOR

Numerele standardelor apar imediat după fiecare linie şi sunt urmate de numărul paginii în caractere italice boldate.

A

Abces
- față 1007, ***167***

Abraziuni 1916, ***254***

Abuz
- adult 1909, ***244***
- autor al 2008, ***268***
- copil 1909, ***244***

Acanthosis nigricans 0401, ***92***

Acces
- venos 0045, ***53***

Accident cerebrovascular (CVA) 0604, ***117***

Accident(al)
- cerebrovascular 0604, ***117***
- - vechi 0604, ***118***
- otrăvire/leziune 2005, ***267***

Accidente
- cauza externă 1904, ***239***
- clasificare 1904, ***239***

Acidoza lactică
- cu diabet 0401, ***93***

Acopia 1805, ***229***

Acut - *vezi alte afecțiuni*
- condiție
- - şi cronic 0001, ***7***
- eveniment care amenință viața 1610, ***220***
- fază
- - paraplegia/cvadriplegia 0625, ***120***
- intoxicație 0503, ***105***
- sindromul infecției HIV 0102, ***59***

Adaptare reacție 0506, ***110***

Adenita
- mezenterică 1111, ***172***

Adenita mezenterică (cu apendicectomie) 1111, ***172***

Aderențe
- abdominal 1105, ***171***

Adițional
- cod, convenție 0027, ***18***
- diagnostic 0002, ***9***; 0010, ***5***
- în centre de tratament pentru o singură zi 0002, ***10***

Adopție 1608, ***218***

Afazia 0606, ***119***

Afecțiune(i)
- acută - *vezi, de asemenea, afecțiune*
- - eveniment care amenință viața 1610, ***220***
- - şi/spre cronic 0001, ***7***
- alta 0013, ***15***
- antepartum cu naştere 1515, ***206***
- comorbidă 0002, ***9***
- cromozomial/genetic 0005, ***11***
- cu origine în perioada perinatală 1605, ***217***
- - eveniment acut care amenință viața 1610, ***220***
- de bază 0001, ***7***
- legate între ele (două sau mai multe) 0001, ***8***
- neonatale, asociate cu
- - diabet matern 0401, ***90***; 1602, ***217***
- - dificultăți de punere la sân 1538, ***213***
- nespecificată 0013, ***15***
- pericol iminent 0010, ***6***
- postpartum 1548, ***214***
- postproceduralã 1904, ***237***
- - complicație/accident 1904, ***237***
- - tranzitorie 1904, ***238***
- rău-definite 0001, ***7***
- reziduală 0001, ***9***
- specifică 0013, ***16***
- suspectată 0001, ***8***; 0012, ***14***
- - nou-născut sau copil 1611, ***220***
- tranzitorie
- - clasificare 1904, ***238***

Afecțiuni eradicate
- complicații diabetice 0401, ***100***

Afecțiuni/complicații postpartum 1548, ***214***

Afereza
- celule stem 0301, ***84***
Agalactia 1539, ***213***
Agenți
- hipoglicemici, pentru diabetul de Tip 2 0401, ***88***
Agorafobia 0511, ***110***
Agranulocitoza 0109, ***67***
Alcool
- băutor social/înveterat 0503, ***106***
- dezintoxicare şi reabilitare 0525, ***112***
- şi medicație
- - reacție adversă 1903, ***236***
- tulburare de consum 0503, ***105***
- utilizare nocivă 0503, ***105***
Alterare, Alterat
- cognitivă 0532, ***113***
- glicemia pe nemâncate 0401, ***87***
- intelectuală 0531, ***112***
- în reabilitare 2104, ***273***
- renală (cronică) 1430, ***194***
- toleranța la carbohidrați 0401, ***86***
- toleranță glucoză/reglare 0401, ***87***
- - în sarcină 0401, ***90***
- - secundară altor tulburări 0401, ***88***
Alunecare
- disc
- - intervertebral 1330, ***186***
Alunecat
- disc, intravertebral 1330, ***186***
Amiloid
- dializa 1426, ***193***
Amputația
- ca o comorbiditate 0002, ***10***
Anafilaxia
- datorită serului antiveninos 1923, ***259***
Analgezia
- monitorizarea durerii 1807, ***230***
- postprocedural 0031, ***41***
Anastomoză
- trompă uterină 0020, ***35***
Anemia
- Azidotimidină (AZT) indus 0102, ***61***
Anestezia 0031, ***40***
- examinare sub 0022, ***35***; 0031, ***40***
- ordonare 0031, ***40***
- pentru
- - ginecologie 1431, ***194***; 0031, ***40***
- - monitorizarea durerii 1807, ***230***
Anevrism
- vena coronară 0940, ***155***
Angina 0940, ***152***
Angiograma
- cerebrală 0020, ***35***
- coronară
- - cu cateter cardiac 0933, ***146***
Angioplastia
- cu trombectomia fistulei/shuntului atrioventricular (AV) 0939, ***151***
- efectuată pentru ateroscleroză 0941, ***156***
- stare 0940, ***156***
Anormal
- constatări 1802, ***229***
- - şi rezumat 0010, ***5***
- prezentații (obstetrice) 1506, ***203***
- profil de coagulare 0303, ***85***
- **rezultate 1802,** ***229***
Antepartum
- afecțiune cu naştere 1515, ***206***
Antibiotice
- intravenos 0042, ***46***
Apendicectomia 1111, ***172***
Apendicita 1101, ***171***
Aphachia 0701, ***131***
Aplicare
- plasture 0042, ***46***
Apnee de somn centrală (CSA) 0635, ***126***
Apneea
- somn 0635, ***125***
Apneea de somn obstructivă (OSA) 0635, ***126***
Arsuri 1911, ***246***
- coduri de localizare 1911, ***246***
- inhalare 1911, ***246***
- multiplă 1911, ***246***

- suprafața corpului (BSA) 1911, ***246***
Arsuri datorită inhalării 1911, ***246***
Arterioscleroza 0941, ***156***
Artrita
- juvenilă 1352, ***188***
Artroplastia
- disc Silastic 1329, ***186***
Artroscopia 0023, ***36***
Asfixia
- naştere
- - cu encefalopatie ischemică hipoxică 1616, ***223***
Asistență religioasă 0032, ***43***
Aspirația
- chisturi ovariene, multiple 0020, ***34***
- sindrom, masiv 1613, ***220***
Astm 1002, ***163***
Atac
- febril 1809, ***231***
Atac vascular cerebral 0604, ***117***
- extensie 0605, ***118***
Atac(uri)
- panică 0511, ***110***
- tremurături (benign) 0631, ***122***
Atacuri de tremurături, benigne 0631, ***122***
Ataxia 1804, ***229***
Ateroscleroza 0941, ***156***
- coronară 0941, ***156***
- - cu boala de inimă ischemică 0940, ***154***
Audiologie 0032, ***42***
Augmentație 1513, ***205***
Autor
- al agresiunii, abuzului, neglijenței 2008, ***268***
Avort (pentru) 1510, ***201***
- complet 1503, ***201***
- - mola hidatiformă 1504, ***201***
- cu
- - complicație 1544, ***202***
- - născut viu 1511, ***201***
- iminență 0010, ***6***
- incomplet 1503, ***201***; 1544, ***202***
- indus 1511, ***201***
- lipsă 1544, ***202***
- spontan 1503, ***201***; 1504, ***201***
Avort complet 1503, ***201***
Avort incomplet 1503, ***201***
Azidotimidină (AZT) 0102, ***61***

B

Bacteremia
- dobândită în spital 0111, ***70***
Bandare
- gastrică, pentru obezitate morbidă 0023, ***36***
Băutor înrăit 0503, ***105***
Biopsia ganglionilor limfatici paraaortici 0028, ***37***
Biopsie
- ganglion limfatic
- - para-aortic 0028, ***37***
- sân, cu malignitate 0219, ***74***
BiPAP 1006, ***164***
Blefaroplastia 1205, ***179***
- bilaterală 0020, ***34***
Bloc
- neuroaxial 0031, ***40***
- - în timpul travaliului 1508, ***204***
Boala
- maternă
- - necesitând îngrijiri nursing neonatale 1615, ***222***
- mentală
- - complicând sarcina 0505, ***108***
- - istoric familial de 0520, ***111***
- nou-născut
- - necesitând intervenții specifice 1615, ***222***
Boala Alzheimer 0528, ***112***
Boala arterei coronare (CAD) 0941, ***156***
Boala imunoproliferativă
- remisiune 0245, ***78***
Boala membranei hialine 1614, ***221***
Boala ochiului
- diabetic 0401, ***96***
Boala pulmonară obstructivă cronică (COPD) 1008, ***168***
Boala vasculară
- periferică 0941, ***156***

- - în diabet 0401, ***99***

Boala vasculară periferică (PVD) 0941, ***156***

- diabetică 0401, ***97***

Boală

- acută (în)
- - cronică 0001, ***7***
- alta 0013, ***15***
- artera coronară 0940, ***154***; 0941, ***156***
- boala Alzheimer 0528, ***112***
- boala lui Crohn
- - histologie 0010, ***5***
- boala pulmonară, obstructivă (cronică) 1008, ***168***
- hipertensivă
- - inimă 0926, ***146***
- - renală 0913, ***145***
- - - cu
- - - - inimă 0927, ***146***
- inimă
- - aterosclerotică 0940, ***154***
- - HIV - vezi Uman
- - ischemică 0940, ***154***
- - - formă specificată NEC 0940, ***154***
- inimă aterosclerotică 0940, ***154***; 0941, ***156***
- inimă ischemică 0940, ***154***
- membrana hialină 1614, ***221***
- nespecificată 0013, ***15***
- ochi, diabetic 0401, ***96***
- renală
- - diabetică 0401, ***95***
- - - stadiu final 0401, ***96***
- suspectată 0001, ***6***
- - nou-născut sau copil 1611, ***220***
- vasculară
- - periferică 0941, ***156***
- - - cu diabet 0401, ***99***

Boală pulmonară obstructivă, cronică (COPD) 1008, ***168***

- acută/exacerbarea infecției 1008, ***168***

Boli mentale

- ca diagnostic principal şi coduri sociale 0516, ***111***
- complicând sarcina 0505, ***108***

Bolnav - *vezi Boală*

Brahiterapia

- stereotaxică 0632, ***123***

Bronşita

- cronică (la copii) 1011, ***168***

Bypass

- aortocoronar 0909, ***141***
- stare 0940, ***156***

Bypass arteră coronară

- grefe 0909, ***141***

C

Cancer de colon ereditar (fără polipoză) (HNPCC) 0247, ***80***

Cancer de colon ereditar non-polipozic 0247, ***80***

Carcinomatoză

- diseminată 0242, ***78***
- limfangită 0218, ***74***

Cardiac

- procedură de revizie/reoperare 0934, ***147***
- sistem de conducere 0936, ***147***
- stop 0904, ***141***

Cardioplegia 0042, ***46***

Cardiotocografia (CTG) 0042, ***46***

Cataracta 0701, ***131***

- cu glaucom 0701, ***131***
- definiție 0701, ***131***
- diabetică 0401, ***96***; 0701, ***131***
- după cataractă 0701, ***131***
- hipermatură 0701, ***131***
- imatură 0701, ***131***
- inserția lentilei secundar 0701, ***131***
- intumescentă 0701, ***131***
- maturitate 0701, ***131***
- Morgagniană 0701, ***131***
- pseudo-cataractă 0701, ***131***
- senilă
- - cu diabet 0401, ***96***

Cataractă morgagniană 0701, ***131***

Cateter

- Broviac 0045, ***53***
- cardiac 0933, ***146***

- Cook 0045, ***53***
- Groshong 0045, ***53***
- Hickman 0045, ***53***
- Infusa-Port 0045, ***53***
- Portacath 0045, ***53***
- venos 0045, ***53***

Cateter venos central (CVC) 0045, ***53***

Cateterizare
- arteriovenoasă 0939, ***151***
- cardiacă 0933, ***146***
- central venoasă 0045, ***53***
- urinară
- - postprocedurală 0042, ***42***

Caudală
- anestezie 0031, ***40***

Cauză
- externă 2001, ***265***
- - complicații timpurii şi târzii 1904, ***237***
- - şi accidente 1904, ***239***

Căderi 1806, ***229***

Celulita (orbitală) (periorbitală) 1210, ***178***

Cezariana de urgență 1541, ***211***

Cezariană electivă 1541, ***211***

Chelare
- calciu
- - cornee 0724, ***132***

Chelarea calciului
- cornean 0724, ***132***

Cheto-acidoză diabetică (cu cetoză) (DKA) 0401, ***93***

Chimioterapie 0044, ***51***
- pentru HIV/SIDA 0102, ***59***

Chirurgia
- artroscopică 0023, ***36***
- baza craniului 0612, ***119***
- complicație 1904, ***237***
- craniofacială 1216, ***179***
- de zi
- - pentru monitorizarea durerii 1807, ***230***
- endoscopică 0023, ***36***
- - sinus (funcțională) 0807, ***137***
- gaură de trepan 0909, ***141***
- laparoscopică 0023, ***36***
- mână
- - cvadriplegică 0630, ***122***
- neefectuată 0011, ***14***
- plastică (electivă) 1204, ***177***
- sinus
- - endoscopică (funcțională) 0807, ***137***
- stereotaxică
- - intracraniană 0629, ***121***
- - spinală 0629, ***121***; 0633, ***123***

Chirurgia funcțională endoscopică a sinusului (FESS) 0807, ***137***

Chirurgia plastică 1204, ***177***

Chirurgie anulată 0011, ***14***

Chist corp galben 1434, ***194***

Chisturi
- foliculare 1434, ***194***
- ovariene 1434, ***194***
- - fiziologice 1434, ***194***
- - patologice 1434, ***194***

Chisturi foliculare 1434, ***194***

Chisturi ovariene 1434, ***194***

Chisturi ovariene multiple 1434, ***194***

Cicatrice
- cezariană 1506, ***203***
- chirurgie plastică 1204, ***177***
- mastectomie, recurență în 0227, ***75***
- uterină 1506, ***203***

Cifoza, procedură pentru 1348, ***188***

Cingulotomia, stereotaxică 0633, ***123***

Circumcizia 1607, ***218***

Citopatia
- mitocondrială 0627, ***120***

Clearance
- dentar, anterior radioterapiei 0236, ***73***

Codificare dublă 0025, ***17***

Coduri
- altul şi nespecificat 0013, ***15***
- cauză externă 2001, ***265***
- combinație 0015, ***17***
- dagger şi asterisc 0001, ***7***; 0027, ***18***
- etiologie şi manifestare 0001, ***6***; 0027, ***18***

- rău definit 0001, ***7***; 0013, ***16***
- rezidual 0013, ***16***
- simptome/semne 0001, ***7***
- social 0516, ***111***
Coduri combinate 0015, ***17***
Coma
- în
- - diabet 0401, ***94***
- - otrăvire 1901, ***235***
- nelegată de leziunea capului 1905, ***242***
Comorbiditate 0002, ***10***
Comoție 1905, ***242***
Complicație (a)
- accident 1904, ***237***
- amenințare 0010, ***5***
- chirurgie 1904, ***237***
- - complicație/accident 1904, ***237***
- diabet 0401, ***87***
- - acut metabolic 0401, ***91***
- - boala periferică vasculară 0401, ***97***
- - circulator 0401, ***97***
- - metabolic 0401, ***91***
- - microvascular 0401, ***99***
- - neonatal 0401, ***91***; 1602, ***217***
- - neuropatie 0401, ***96***
- - ochi 0401, ***96***
- - periodontal 0401, ***99***
- - piele 0401, ***99***
- - renal 0401, ***96***
- grefă de bypass coronar 0909, ***141***
- medicală
- - complicație/accident 1904, ***237***
- naştere, afectând nou-născutul 1609, ***218***
- neoplasm 0207, ***73***
- nespecificată 0013, ***16***
- perinatal 1605, ***217***
- plagă, deschisă 1917, ***254***
- postpartum 1548, ***214***
- postproceduralã1904, *237*
- procedurilor cardiace şi de revizie/reoperare 0934, ***147***
- reziduală 0008, ***12***
- sarcină
- - afectând nou-născutul 1609, ***218***
- - boală mentală 0505, ***108***
- - diabet (preexistent) 0401, ***90***
- sechelă 1904, ***238***
- suspectată 0012, ***19***
- - nou-născut şi copil 1611, ***220***
- târzie 1904, ***237***
- - clasificare 1904, ***240***
- - cod cauză externă 1904, ***240***
- terapiei antiretrovirale 0102, ***61***
- timpurie 1904, ***237***
- - clasificare 1904, ***240***
- - cod cauză externă 1904, ***240***
- tranzitorie postprocedurală 1904, ***238***
- travaliu, afectând nou-născutul 1609, ***218***
- urmând
- - avort 1544, ***202***
- - sarcină ectopică/molară 1544, ***202***
Conjunctivita (cronică) 0719, ***132***
Consiliere
- îngrijire paleativă 0224, ***75***
- pentru cei afectați de abuz, alții decât victima 1909, ***244***
Consolidare proastă
- fractură 1912, ***248***
Continuu
- suport pentru respirație 1006, ***164***
Contuzia 1916, ***254***
Convalescența 2103, ***273***
Convenția 'codificați şi'
- boala de bază 0027, ***18***
Convenții, ale ICD-10-AM
- codificați de asemenea (boala de bază) 0027, ***19***
- dagger şi asterisc 0027, ***19***
- etiologie şi manifestare 0027, ***18***
- folosiți cod adițional 0027, ***20***
- index alfabetic
- - boala 0034, ***24***
- - proceduri 0041, ***31***
- lista tabulară
- - boli 0033, ***20***

- - proceduri 0040, ***27***
Convulsia
- febră (pirexia) 1809, ***231***
Convulsii
- febrile 1809, ***231***
Convulsii febrile 1809, ***231***
Copii prematuri 1618, ***225***
Copil cu risc 1909, ***244***
Cordotomia, stereotaxică 0633, ***123***
Corecție
- hidrocel 1427, ***193***
Cornean
- chelarea calciului 0724, ***132***
- inel ruginiu 0723, ***132***
- rejectare/insuficiența grefei 0731, ***132***
Corp străin
- cu
- - plagă deschisă 1917, ***254***
Craniotomia 0612, ***119***
Criterii, diagnostic
- pentru
- - insuficiență/deteriorare renală 1430, ***194***
Cromozomial/genetic 0005, ***11***
Cronic - *vezi, de asemenea, afecțiune*
- afecțiune
- - cu afecțiune acută 0001, ***7***
- fază, paraplegia/cvadriplegia 0625, ***119***
Cunoştință, pierdere de 1905, ***242***
Cvadriplegia 0625, ***119***; 1915, ***250***
- chirurgia mâinii 0630, ***122***

D

Debridare 1203, ***177***
Decelerație, fetală (fişa mamei) 1546, ***212***
Deficiență de surfactant 1614, ***221***
Deficiență (de)
- surfactant 1614, ***221***
Definiție (a)
- accident 1904, ***237***
- afecțiuni perinatale 1605, ***217***
- arsuri 1911, ***246***
- avort 1510, ***201***
- bacteremia, dobândită în spital 0111, ***70***
- cataractă 0701, ***131***
- celule stem 0301, ***84***
- - procurare 0301, ***84***
- cod de cauză externă 2001, ***265***
- coduri, altele şi nespecificate 0013, ***15***
- complicație
- - procedurală 1904, ***237***
- - sechela 1904, ***238***
- - târziu 1904, ***237***
- - timpuriu 1904, ***237***
- convulsie febrilă 1809, ***231***
- cvadriplegia 0625, ***119***; 1915, ***250***
- depresia postnatală 0505, ***108***
- diagnostice adiționale 0002, ***9***
- după analiză 0001, ***6***
- efecte adverse ale medicamentelor 1902, ***235***
- electrozi, cardiaci 0936, ***147***
- eveniment acut care amenință viața 1610, ***220***
- forceps 1534, ***210***
- generator de puls 0936, ***147***
- hepatita, virală 0104, ***63***
- infecția
- - Campylobacter 1122, ***173***
- - Helicobacter 1122, ***173***
- infecția plăgii dobândită în spital 1913, ***249***
- leziune
- - de zdrobire 1922, ***258***
- - dezgolire 1914, ***249***
- - intra-abdominală 1920, ***257***
- - intracraniană 1919, ***256***
- - intratoracică 1920, ***257***
- - măduva spinării 1915, ***250***
- - veche/curentă 1906, ***243***
- leziune
- - măduvă (completă)(incompletă) 1915, ***250***
- - - nivel funcțional 1915, ***250***
- limfom (extranodal) 0222, ***74***
- medicament/alcool

- - intoxicație acută 0503, ***105***
- - sindrom de dependență 0503, ***105***
- - utilizare nocivă 0503, ***105***
- metastatic 0239, ***77***
- moarte subită la copil 1610, ***220***
- mutilare organe genitale feminine 1435, ***195***
- născut viu 1510, ***201***
- nou-născut/neonatal 1607, ***218***
- otrăvirea 1901, ***235***
- pacemaker 0936, ***147***
- paraplegia 0625, ***119***; 1915, ***250***
- pediatrice (proceduri) 0037, ***44***
- plaga dezgolită 1914, ***249***
- plagă
- - deschisă 1917, ***254***
- pneumonia 1004, ***163***
- polipoză adenomatoasă familială 0246, ***79***
- principal
- - diagnostic 0001, ***6***
- - - pentru două sau mai multe diagnostice 0001, ***6***
- proceduri de reoperare, cardiace 0934, ***147***
- puerperal 1501, ***212***
- revizia procedurilor, cardiace 0934, ***147***
- screening 2111, ***276***
- sechela, unei leziuni 1912, ***248***
- simptome/semne 1802, ***229***
- sindrom de zdrobire 1922, ***258***
- sindrom Münchausen 0526, ***112***
- sistem de comunicare cardiacă 0936, ***147***
- suport de ventilare continuă 1006, ***164***
- ventilație mecanică 1006, ***164***
- viabilitate fetală 1510, ***201***

Demența, Boala Alzheimer 0528, ***112***

Dependența
- alcool 0503, ***105***
- medicamente 0503, ***105***
- - în HIV 0102, ***59***

Depresia (scurtă) (majoră) (prelungită) 0506, ***110***
- postnatală 0505, ***108***

Desensibilizare
- venin 1923, ***259***

Deshidratare cu gastroenterită 1120, ***172***

Destresă, fetală (fişa mamei) 1546, ***212***; 1547, ***212***

Detresă respiratorie (sindrom) 1614, ***221***; 1615, ***222***

Dezintoxificare
- alcool 0525, ***112***
- droguri 0525, ***112***

Diabet gestațional 0401, ***90***

Diabet latent autoimun la adulți (LADA) 0401, ***88***

Diabet (mellitus), diabetic
- boala ochiului 0401, ***96***
- cataractă 0401, ***96***
- cu
- - acanthosis nigricans 0401, ***92***
- - acidoza lactică 0401, ***93***
- - afecțiuni eradicate 0401, ***100***
- - afecțiuni neonatale 0401, ***91***
- - ateroscleroză 0401, ***97***
- - boala vasculară periferică 0401, ***97***
- - cardiomiopatie ischemică 0401, ***98***
- - cataractă 0401, ***96***
- - chetoacidoza (DKA) 0401, ***93***
- - coma hipoglicemică 0401, ***94***
- - complicații
- - - circulatorii 0401, ***97***
- - - metabolice 0401, ***91***
- - - microvasculare 0401, ***99***
- - - oftalmice 0401, ***96***
- - - periodontale 0401, ***99***
- - - piele 0401, ***99***
- - - renale 0401, ***95***
- - - sarcină 0401, ***90***
- - dislipidemia 0401, ***92***
- - hiperinsulinism 0401, ***22***
- - hiperosmolaritate 0401, *93*
- - hipertensiune 0401, ***92***
- - obezitate 0401, ***92***
- - reacția la insulină 0401, ***94***
- - sarcina 0401, **90**
- - sindrom metabolic 0401, ***91***
- - sindromul de rezistență la insulină 0401, ***91***
- diabet cu debut la maturirate

- - la tineri (începutul maturității diabetului la tineri) (MODY) 0401, ***89***
- diabet latent auto-imun
- - la adulți 0401, ***88***
- educație 0401, ***101***
- gestațional 0401, ***90***
- instabil 0401, ***93***
- maternal (afectând nou-născutul) 0401, ***91***; 1602, ***217***
- nefropatia
- - incipientă 0401, ***96***
- neuropatia 0401, ***97***
- picior 0401, ***98***
- retinopatia 0401, ***96***
- rezistența la insulină 0401, ***91***
- screening 0401, ***101***
- secundar datorită 0401, ***87***
- - boli pancreatice exocrine 0401, ***89***
- - bolilor pancreatice exocrine 0401, ***89***
- - endocrinopatii 0401, ***89***
- - indus medicamentos sau chimic 0401, ***89***
- - infecții 0401, ***89***
- - maladiei auto-imune-mediate 0401, ***90***
- - sindrom genetic 0401, ***90***
- Tip 1 0401, ***88***
- Tip 2 0401, ***88***
- ulcerație, picior 0401, ***99***

Diagnostic (în)
- adițional 0002, ***5***
- - în
- - - centre de tratament pentru o singură zi 0002, ***10***
- - - endoscopie efectuată în aceeaşi zi 0046, ***10***
- alte 0013, ***15***
- cercetări 0012, ***11***
- codificare dublă 0025, ***18***
- codificare multiplă 0027, ***18***
- - diagnostice adiționale 0002, ***5***
- conflict cu histologie 0010, ***5***
- malignitate după biopsia sânului 0219, ***74***
- neoplasm excizat anterior 0236, ***73***
- nespecificată 0013, ***15***
- pentru chirurgia neefectuată 0011, ***14***
- principal (pentru) 0001, ***6***
- - abuz asupra adultului 1909, ***244***
- - abuz asupra copilului 1909, ***244***
- - angina 0940, ***152***
- - arsuri 1911, ***246***
- - celulita 1210, ***179***
- - chirurgie plastică 1204, ***177***
- - convalescența 2103, ***273***; 2104, ***273***
- - convulsii febrile 1809, ***231***
- - dializa 0001, ***6***; 1404, ***191***
- - două sau mai multe diagnostice 0001, ***8***
- - - endoscopie efectuată în aceeaşi zi 0046, ***10***
- - endoscopie, efectuată în aceeaşi zi 0046, ***10***
- - evaluare 2108, ***276***
- - injecția Intragam 0214, ***74***
- - istoric de malignitate 2112, ***277***
- - îngrijire acută, cu
- - - reabilitare 2104, ***273***
- - - sănătate mentală 0012, **15**
- - - tip casă de sănătate 2105, ***276***
- - îngrijire paleativă 0224, ***75***
- - îngrijiri transferate altei persoane 2107, ***276***
- - leziune 1906, ***243***
- - - multiplă 1907, ***243***
- - limfagita carcinomatoasă 0218, ***74***
- - morfologie 0233, ***76***
- - multiplă 0001, ***6***
- - naştere
- - - cu afecțiune antepartum 1515, ***206***
- - - înainte de internare 1519, ***207***
- - - prematuritate 1530, ***209***
- - naştere prematură 1530, ***209***
- - neoplasm 0236, ***73***
- - - ordonare 0236, ***73***
- - nou-născut 1607, ***218***
- - obstetric
- - - complicație 1521, ***207***
- - radioterapie 0229, ***75***
- - reabilitare 2104, ***273***
- - septicemia 0109, ***67***; 0110, ***67***
- - sindroame 0005, ***11***
- - surditate 0801, ***137***

- - virusul papilomatos uman (HPV) 1408, ***191***
- probabilă 0012, ***11***
- secundară 0002, ***9***
Dializa
- amiloidă 1426, ***193***
- renală 1404, ***191***
- - multiplă 0020, ***34***
Dietetic 0032, ***42***
Dificil, dificultăți
- de punere la sân
- - postnatale 1538, ***213***
Dificultăți de punere la sân, post-natal 1538, ***213***
Diformitate
- arteră coronară (dobândită) 0940, ***154***
Disfazia 0606, ***119***
Disfuncția ventriculară, stângă (LVD) 0915, ***145***
Disfuncție
- ventricul (stâng) 0915, ***145***
Dislipidemia
- cu diabet 0401, **92**
Displazia
- fibroasă 0612, ***119***
Dispozitiv de acces vascular (VAD) 0045, ***53***
Dispozitiv de acces vascular 0045, ***53***
Dispozitive
- acces vascular 0045, ***53***
- administrare medicamente 0045, ***52***
Disreflexia
- autonomă 0624, ***119***
Disreflexia/hiperreflexia autonome 0624, ***119***
Distanțier/perle de ciment 1316, ***186***
Dobândită în spital
- bacteremia 0111, ***70***
- infecția plăgii 1913, ***249***
Domenii înrudite cu sănătatea 0032, ***42***
Donator
- pacient, pentru procurarea de organe sau transplant 0030, ***38***
Drenare
- fluid cerebrospinal 0634, ***124***
Duodenoscopia 0024, ***36***
După cataractă 0701, ***131***
Durata
- sarcină 1518, ***206***
Durere 1807, ***230***
- abdominală 1111, ***172***; 1101, ***171***
- acută (postoperatorie) 1807, ***230***
- cronică 1807, ***230***
- monitorizare 1807, ***230***
- netratabilă 1807, ***230***
- spate 1301, ***185***; 1302, ***185***; 1344, ***188***
Durere în lombe/sindromul hematuriei 1429, ***194***

E

Ecocardiografia 0907, ***141***; 0042, ***46***
Ectropion 0741, ***133***
Edem
- cornean 0719, ***132***
- pulmonar (acut) 0920, ***145***
Educația
- diabetică 0401, ***101***
Efect
- advers (al)
- - medicament 1902, ***235***
- - - combinație 1903, ***236***
- - - warfarină 0303, ***85***
- - terapie antiretrovirală 0102, ***59***
- substanțe (adverse) 1902, ***235***
- - combinație 1903, ***236***
- târziu (al)
- - accident cerebrovascular 0604, ***117***
- - leziune, otrăvire 1912, *248*
- - maladie 0008, ***12***
Efect târziu - *vezi Efect, târziu*
Efecte adverse - *vezi Efecte, adverse*
Electrocardiografia (ECG) 0042, ***46***
Electroencefalografia (EEG) 0042, ***46***
Electromiografia (EMG) 0042, ***46***
Electrozi
- cardiaci 0936, ***147***
- craniul fătului pentru CTG 0042, ***46***
Embolism, embolus 0941, ***156***

- cerebral
- - ca o cauză a unui efect târziu 0008, ***12***
Encefalopatia
- hipoxică ischemică 1616, ***223***
- mitocondrială 0627, ***121***
Endoscopia 0023, ***36***
- a ileumului 0024, ***36***
- panendoscopia 0024, ***36***
- pentru sângerare gastrointestinală 1103, ***171***
Entropion 0741, ***133***
Epidural
- analgezia 1807, ***230***
- anestezia 0031, ***40***
- în timpul
- - travaliului 1508, ***204***
Epilepsia
- mioclonus 0627, ***120***
Epilepsia mioclonică cu fibre roşii zdrenţuite (MERRF) 0627, ***120***
Epilepsia mioclonică cu fibre roşii zdrenţuite 0627, ***120***
Episod de encefalopatie mitocondrială datorită acidozei lactice cu alură de atac cerebral (MELAS) 0627, ***120***
Eponime 0041, ***33***
Eritem
- arsură 1911, ***246***
Eroziune
- genunchi 1343, ***187***
- rotulă 1343, ***187***
Esofagita
- cu
- - hemoragie 1103, ***171***
- ulcerativă 1121, ***172***
Esofagogastroduodenoscopia 0024, ***36***
Esofagoscopia 0024, ***36***
Estriole, în cădere 1509, ***204***
Eşantion
- ganglion para-aortic 0028, ***37***
Etiologie 0027, ***18***
Evaluare
- diagnostice 0002, ***9***
- unităţi de boli neacute 2108, ***276***
Evaluare
- pentru afecţiuni suspectate
- - clinică 0012, ***14***
- - copil şi nou-născut 1611, ***220***
- - medicală 0001, ***6***
Eveniment acut care ameninţă viaţa (ALTE) 1610, ***220***
Eveniment, acut ameninţând viaţa 1610, ***220***
Eversiune
- sac, hidrocel 1427, ***193***
Examinare
- de control 2113, ***277***
- psihiatrică 0521, ***111***
- sub anestezie 0022, ***35***; 0031, ***40***
- - ginecologică 1431, ***194***; 0031, ***40***
Examinări de control 2113, ***277***
Excizia
- largă (cu grefă)
- - localizare neoplasm 0236, ***73***
- leziuni ale pielii
- - multiple 0020, ***34***
- prin debridare 1203, ***177***
- tumoră
- - faţă 1216, ***179***
Exostoza 1311, ***186***
Extern
- cod de cauză 2001, ***265***
- - abuz asupra adultului şi copilului 1909, ***244***
- - - autorul agresiunii 2008, ***268***
- - accident 1904, ***239***
- - complicaţii timpurii şi târzii 1904, ***240***
- - efect târziu 1912, ***248***
- suport de acces vascular 0045, ***52***
Externare
- cu afecţiuni suspectate 0012, ***14***
Extracţia
- pelvină 1542, ***211***

F

Farmacia 0032, ***42***
Febra
- neutropenia 0109, ***67***
Fertilizare in-vitro (IVF) 1437, ***197***
Fetal
- detresă (fişa mamei) 1546, ***212***; 1547, ***212***
- încetinirea bătăilor de inimă (fişa mamei) 1546, ***212***
- mişcări scăzute 1537, ***211***
- reducție 1536, ***211***
- viabilitate 1510, ***201***
Fibrosarcom 0612, ***119***
Fibroza
- chistică 0402, ***101***
Fibroza chistică 0402, ***101***
Fire pacemaker
- inserție 0042, ***46***
Fistula
- arteriovenoasă 0939, ***151***
Fistularizare
- sclerală 0740, ***133***
Fistularizare sclerală 0740, ***133***
Fizioterapia 0032, ***42***
Fluid
- intraperitoneal (liber) 1110, ***172***
Fluid intraperitoneal (liber) 1110, ***172***
Fobia 0511, ***110***
Forceps
- definiție 1534, ***210***
- eşuat 0019, ***34***
- la cezariană 1534, ***210***
Forceps Haig-Ferguson 1534, ***210***
Forceps Keilland 1534, ***210***
Forceps Lauff 1534, ***210***
Forceps Neville-Barnes 1534, ***210***
Forceps Simpson 1534, **210**
Forceps Wrigley 1534, ***210***
Fototerapia (pentru)
- icter al nou-născutului 1615, ***222***
Fractura 1918, ***255***
- Colles bilaterală 0025, ***17***
- coloană vertebrală 1915, ***250***
- cu
- - leziune
- - - intra-abdominală/intratoracică 1920, ***257***
- - - intracraniană 1919, ***256***
- - luxație 1918, ***255***
- trunchi 1920, ***257***
Fragilitate 1805, ***229***
Fuziune
- spinală 1348, ***188***

G

Ganglion limfatic
- para-aortic
- - biopsie a 0028, ***37***
Gangrena
- diabetică 0401, ***98***
- iminentă 0010, ***5***
Gastrita
- cu
- - ulcer (gastric) 1106, ***171***
Gastroenterita 1120, ***172***
Gastroscopia 0024, ***36***
Gavaj
- gastric, nou-născut 1615, ***222***
Găuri de trepan
- cu stereotaxie intracraniană
- - brahiterapie 0632, ***123***
- - radiochirurgie, radioterapie 0629, ***121***
- pentru shuntul fluidului cerebrospinal 0634, ***124***
Generator de puls 0936, ***147***
Glaucom
- cu
- - cataractă 0701, ***131***
Glucoza
- niveluri ridicate 0403, ***101***
- toleranță
- - în diabet mellitus 0401, ***87***
Grad
- arsuri 1911, ***247***
Grefa 0043, ***47***
- arsuri 1911, ***246***
- arteră mamară 0909, ***141***
- bypass arteră coronară 0909, ***141***
- corneană (respingere) (eşec) 0731, ***132***
- os, pentru chirurgia facială 1216, ***179***

Grefă de bypass pe artera coronară (CABG's) 0909, ***141***
Greutate scăzută la naştere 1618, ***225***
Grosime
- arsură 1911, ***246***

H

Heliodermita 1911, ***246***
Hemimaxilectomia 1216, ***179***
Hemiplegia 0604, ***117***
- ca efect întârziat 0008, ***12***
Hemodiluția 0733, ***133***
Hemoragia
- gastrointestinală 1103, ***171***
- intracerebrală/subarahnoidă 0604, ***117***
- post-cezariană 1528, ***209***
- postpartum 1528, ***209***
Hemoragia gastrointestinală 1103, ***171***
Hemoragia postpartum 1528, ***209***
Hepatita (activă) (cronică) (purtător) (virală) 0104, ***63***
Hernia
- disc, intervertebral 1330, ***186***
Hidrocefalia
- tratată prin ventriculostomie 0634, ***124***
Hidrocel 1427, ***193***
Hiperglicemia 0403, ***101***
Hiperlipidemia
- cu diabet mellitus 0401, ***92***
Hiperosmolaritate 0401, ***93***
Hiperplazia
- prostată 1420, ***192***
Hiperreflexia 1342, ***187***
- autonomă/simpatică 0624, ***119***
Hiperreflexia simpatică 0624, ***119***
Hipertensiune 0925, ***145***
- cardiacă 0925, ***145***; 0926, ***146***
- - şi renală 0927, ***146***
- cu diabet mellitus 0401, ***92***
- renală 0913, ***145***; 0925, ***145***
- - şi cardiacă 0927, ***146***
- sarcină 1526, ***209***
- secundară 0928, ***146***
Hipertonia 1336, ***187***
Hipertrofia
- prostată (benignă) 1420, ***192***
Hiphema
- post-operatorie 0732, ***133***
Hipogammaglobulinemia 0214, ***74***
Hipoglicemia 0401, ***94***
- agenți, orali
- - pentru diabet tip 2 0401, ***94***
Hipotermia 0042, ***46***
Hipoxic
- encefalopatia ischemică 1616, ***223***
Histologia
- conflict cu diagnostic 0010, ***5***
HIV 0102, ***59***
- boala 0102, ***59***
- chimioterapia 0102, ***59***
- dovezi de laborator 0102, ***59***
- ordonare 0102, ***59***
- sindrom acut al infecției 0102, ***59***
- stare asimptomatică 0102, ***59***

I

Icter
- nou-născut 1615, ***222***
Ierarhie
- al patrulea şi al cincilea digit 0013, ***15***
Ileoscopia 0024, ***36***
Imobilitate 1805, ***229***
Implant(uri)
- oseointegrate
- - extraorale 1220, ***180***
- - intraorale 0809, ***138***
- sân (îndepărtare) 1204, ***177***
Imunoterapia
- profilactică, venin 1923, ***239***
Incapacitate
- intelectuală 0531, ***112***
- în reabilitare 2104, ***273***

Incapacitate
- a mamei
- - de a îngriji nou-născutul 1615, ***222***
Incizie
- vezica urinară (col) 1420, ***192***
Incontinență 1808, ***231***
Inducție
- travaliu 1513, ***205***
Inel
- cornean, ruginiu 0723, ***132***
Infarct
- cerebral 0604, ***117***
- miocardic 0940, ***153***
- - cronic sau cu durată declarată de peste 4 săptămâni 0940, ***154***
- - cu
- - - angina 0940, ***152***
Infarct miocardic 0940, ***153***
Infecția
- Campylobacter 1122, ***173***
- cu
- - arsuri 1911, ***246***
- - leziune superficială 1916, ***254***
- - plagă deschisă 1917, ***254***
- Enterococcus rezistent la vancomicină (VRE) 0112, ***70***
- Helicobacter 1122, ***173***
- microorganisme rezistente la medicamente 0112, ***70***
- plagă
- - dobândită în spital 1913, ***249***
- - plagă deschisă 1917, ***254***
- sindrom
- - acut HIV 0102, ***59***
- Staphylococccus Aureus rezistent la methicillin (MRSA) 0112, ***70***
- streptococică 0103, ***63***
- - grup B în sarcină 1549, ***214***
- tract urinar 0108, ***66***
- virus papilomatos uman (HPV) 1408, ***191***
Infecția cu Campylobacter (şi test cu organism asemănător Campylobacter-CLO) 1122, ***173***
Infecția cu Helicobacter 1122, ***173***
I**nfertilitate** 1437, ***197***
- fertilizare in-vitro (IVF) 1437, ***197***
Infuzie
- electroliți 1615, ***222***
- enterală, nou-născut 1615, ***222***
- pompe 0045, ***52***
- produse de sânge 0302, ***84***
- substanțe nutritive 1615, ***222***
Injecție
- analgezic 1807, ***230***
- gammaglobulină 0214, ***74***
Inserare
- pompă de infuzie 0045, ***52***
- suport de acces vascular 0045, ***52***
Inserție
- cateter - vezi Cateter
- distanțier de ciment 1316, ***186***
- dren
- - ventriculară, externă 0634, ***124***
- fire pacemaker 0042, ***46***
- lentilă, intraoculară
- - secundară 0701, ***131***
- perle cu gentamicină 1316, ***186***
- pompă
- - infuzare 0045, ***52***
- shunt
- - fluid cerebrospinal 0634, ***124***
Insuficiență (eşec)
- cardiacă
- - stângă 0920, ***145***
- grefă
- - corneană 0731, ***132***
- renală, acută
- - diabetică 0401, ***95***
Insuficiență, insuficient
- coronară
- - cronică sau cu o durată declarată de peste 4 săptămâni 0940, ***154***
Insulina
- reacție 0401, ***94***
- - anticorpi 0401, ***94***
- rezistența 0401, ***91***
- terapie

- - pentru diabet 0401, ***88***
Intenție
- otrăvire/leziune 2005, ***267***
Internare (pentru)
- adopție 1608, ***218***
- chirurgie, neefectuată 0011, ***14***
- consiliere în abuzul asupra adultului/copilului 1909, ***244***
- convalescență 2103, ***273***
- dializa renală 1404, ***191***
- evaluare 2108, ***276***
- - diagnostice adiționale 0002, ***10***
- examinare psihiatrică 0521, ***111***
- închiderea unei fistule AV 0939, ***151***
- îndepărtare tub(uri) de timpanostomie 0803, ***137***
- naştere înainte de 1519, ***207***
- necomplianță cu tratament medicamentos 0517, ***111***
- post-îngrijiri 2103, ***273***
- procurare
- - celule stem 0301, ***84***
- - măduvă osoasă 0301, ***84***
- procurare celule stem 0301, ***84***
- procurare măduvă osoasă 0301, ***83***
- radioterapie 0229, ***75***
- schimbare pansament la arşi 1911, ***246***
- screening 2111, ***276***
- transplant celule stem 0301, ***83***
- trial clinic 0026, ***18***
- trial medicamentos 0026, ***18***
Intervenții
- înrudite cu sănătatea 0032, ***42***
- - proceduri multiple 0020, ***34***
Intoleranța
- glucoză 0401, ***87***
- lentila de contact 719, ***132***
Intoxicația cu venin
- muşcături de păienjeni 1923, ***259***
- muşcături de şarpe 1923, ***259***
Intoxicații
- acute 0503, ***105***
Intractabil
- durere (cronică) 1807, ***230***
Intragam 0214, ***74***
Intubare
- endotraheală 1006, **164**
- nasofaringiană 1006, ***164***
- nasogastrică 0042, ***46***
Investigație(ii)
- ecocardiografie 0907, ***141***
- pentru afecțiuni suspectate 0012, ***14***
- rezultate
- - şi rezumat 0010, ***5***
Iradiere
- beta 0709, ***132***
Iridectomie (periferică) 0740, ***133***
Ischemia, ischemic 0941, ***156***
- boală de inimă 0940, ***152***; 0941, ***156***
- encefalopatie, hipoxică 1616, ***223***
- picior 0941, ***156***
Istoric
- abuz/rele tratamente 1909, ***244***
- - examinare de control 2113, ***277***
- familal
- - screening pentru 2111, ***276***
- - tulburare mentală/ de comportament 0520, ***111***
- personal (de) 2112, ***277***

Î

În aceeaşi zi
- dializa 1404, ***191***
- radioterapia 0229, ***75***
În scădere
- estrioli 1509, ***204***
Încărcare
- dispozitiv de administrare a medicamentelor 0045, ***52***
Începutul maturității diabetului la tineri (MODY) 0401, ***89***
Îndepărtare
- distanțator de ciment 1316, ***186***
- dren
- - fluid cerebrospinal 0634, ***124***
- implant(uri)
- - sân (electiv) 1204, ***177***
- perle cu gentamicină 1316, ***186***
- placentă (manual) 1543, ***212***

- shunt
- - fluid cerebrospinal 0634, ***124***
- tub(uri) de timpanostomie (grommet(s)) 0803, ***137***
Îngrijire pe termen lung 2105, ***276***
Îngrijiri
- generale 2103, ***273***
- paliative 0224, ***75***
- termen lung 2105, ***276***
- tip casă de sănătate 2105, ***276***
- trasferate altei persoane 2107, ***276***
Îngrijiri paleative 0224, ***75***
Îngrijiri transferate altei persoane 2107, ***276***
Înlăturare (tromb)
- fistulă arteriovenoasă 0939, ***151***
Înlocuire
- articulație 1329, ***186***
- - şold, bilaterală 0020, ***34***
Întârziere de creştere intrauterină (IUGR)
- cu estrioli în scădere 1509, ***204***
Întindere
- atac vascular cerebral 0605, ***118***
Întindere 1921, ***258***
- spate 1301, ***185***
Înțepată
- plagă 1917, ***254***

K

Keratita 0719, ***132***
Keratopatia
- bandă 0724, ***132***
Ketoacidoza
- în diabet 0401, ***93***

L

L-dopa (levodopa) 0633, ***123***
Lacerația
- cu
- - vătămarea nervului şi tendonului 1908, ***244***
- plagă deschisă 1917, ***254***
Lactația
- suprimată 1539, ***213***
Lambouri (libere) 0043, ***47***
- revizie 0043, ***47***
Laparoscopia 0023, ***36***
Laser Yag 0701, ***131***
Lentilă de contact
- intoleranță 0719, ***132***
Leucemia
- acută sau cronică 0001, ***7***
- remisiune 0245, ***78***
Leziune
- autoprovocată 2005, ***267***
- cap (închisă) 1905, ***242***
- - cu leziune intracraniană 1919, ***256***
- cauza, externă
- - definiție 2001, **265**
- coloană vertebrală 1915, ***250***
- cu
- - arsură(ri) 1911, ***246***
- curentă 1906, ***243***
- dezgolită 1914, ***249***
- efect târziu (al) 1912, ***248***
- intenționată 2005, ***267***
- intra-abdominală 1920, ***257***
- intracavitară 1920, ***257***
- intracraniană (deschisă) 1919, ***256***
- - cu fractură deschisă 1919, ***256***
- intratoracică 1920, ***257***
- măduva spinării 1915, ***250***
- - faza
- - - inițială (acută) 1915, ***250***
- - - - imediat după traumă 1915, ***250***
- - - - pacient transferat 1915, ***250***
- - - ulterioară 1915, ***250***
- muşchi 1921, ***258***
- ordonare 1907, ***243***
- perinatală
- - hipoxie ischemică 1616, ***223***
- superficială 1916, ***254***
- tendon 1921, ***258***
- țesut cutanat 1331, ***187***
- veche 1906, ***243***; 1319, ***186***
- zdrobire 1922, ***258***
Leziune
- biomecanică 1335, ***187***

- disc, intervertebral 1308, ***185***
- măduva spinării 0625, ***119***; 1915, ***250***
- non-alopat 1335, ***187***
- număr 0038, ***45***
- piele
- - excizii multiple 0020, ***34***
- reziduală/recurentă 2113, ***277***

Leziune dezgolită 1914, ***249***

Leziunea țesutului
- moale 1331, ***187***

Leziuni biomecanice, NEC 1335, ***187***

Limfangita
- carcinomatoasă 0218, ***74***

Limfom (extranodal) 0222, ***74***

Limitare
- căi respiratorii (cronică) - *vezi COPD*

Limitarea cronică a căilor respiratorii (CAL) - *vezi BPOC*

Liza
- aderențe
- - abdominale 1105, ***171***

Localizare, stereotaxică
- intracraniană
- - brahiterapie 0632, ***123***
- - neurochirurgie 0633, ***123***
- spinală
- - radiochirurgie/radioterapie 0629, ***121***

Localizări alăturate 0234, ***76***

Locul de producere 2001, ***265***

Lumbago 1302, ***185***

Luna de miere
- fază, în diabet 0401, ***88***

Luxație 1918, ***255***
- articulații/ligamente 1921, ***258***
- coloană vertebrală 1915, ***250***
- cu
- - fractură 1918, ***255***
- prosteză
- - coapsă 1309, ***185***

M

Mai multe zile
- dializă 1404, ***191***
- radioterapie 0229, ***75***

Malignitate - *vezi Neoplasm*

Manifestare(i) 0027, ***18***
- a otrăvirii 1901, ***235***
- HIV 0102, ***59***

Mastectomie (pentru)
- cicatrice
- - recurență în 0227, ***75***
- neoplasm malign la biopsie 0219, ***74***
- profilactic 1204, ***177***

Maternă
- boala, incapacitate de a îngriji nou-născutul 1615, ***222***
- cauza morbidității/mortalității perinatale 1609, ***218***
- diabet, afectând nou-născutul 0401, ***91***; 1602, ***217***

Măduva, spinării - *vezi Măduva, spinării*

Meconium lichid (fişa mamei) 1547, ***212***

Medicală
- observație/evaluare 0001, ***6***

Medicament
- dezintoxicare şi reabilitare 0525, ***112***
- efect advers 1902, ***235***
- - combinație, două sau mai multe 1903, ***236***
- - warfarină 0303, ***85***
- instrumente pentru naştere 0045, ***52***
- otrăvire 1901, ***235***; 2005, ***267***
- supradoză
- - cu diagnostic psihiatric 0530, ***112***
- - indicarea intenției 2005, ***267***
- trial, de internare 0026, ***19***
- tulburare de dependență/folosire 0503, ***105***
- utilizare nocivă 0503, ***105***

Medicație
- alterată sau ajustată 0002, ***9***

Melena 1103, ***171***

Meningiom
- baza craniului 0612, ***119***

Mentenanță
- suport de acces vascular 0045, ***52***

Metastaze 0239, ***77***; 0236, ***73***

Microalbuminuria 0401, ***95***

Mielita 0625, ***119***

Mielopatia 1307, ***185***

Miopatia

- mitocondrială 0627, ***121***

Mişcări

- scăzute

- - fetale 1537, ***211***

Mitocondrial

- citopatie 0627, ***120***

- episod de encefalopatie mitocondrială datorită acidozei lactice cu alură de atac 0627, ***12***0

- miopatie 0627, ***120***

Mola

- hidatidiformă 1504, ***201***

Mola hidatiformă 1504, ***201***

Monitorizare

- durere 1807, ***230***

- - proceduri multiple 0020, ***34***

- transplant celule stem/măduvă osoasă pacient 0301, ***83***

Monitorizare

- cardiacă 0042, ***46***

- electroencefalogramă 0042, ***46***

- presiune 0042, ***46***

- presiune intracraniană 0042, ***46***

Monoplegia

- ca efect întârziat 0008, ***12***

Morbiditate

- perinatală

- - datorită cauzei materne 1609, ***218***

Morfologia 0233, ***76***

Mortalitate

- perinatală

- - datorită cauzei materne 1609, ***218***

Multiparitate

- mare 1525, ***208***

Multiparitate mare 1525, ***208***

Multiplă

- codificare 0027, ***18***; 0002, ***9***

- leziuni 1907, ***243***

- naştere 1520, ***207***

Muşcături, veninoase 1923, ***259***

Mutilare, organe genitale (feminine) 1435, ***195***

N

Naştere

- anterioară internării 1519, ***207***

- complicată (prin)

- - întârziată (datorită)

- - - bloc neuroaxial 1508, ***204***

- - naştere multiplă 1520, ***207***

- - ruptură

- - - membrane, prematură 1531, ***210***

- - travaliu precipitat 1529, ***209***

- - travaliu prelungit 1532, ***210***

- după termen 1527, ***209***

- forceps 1534, ***210***

- operație cezariană

- - de urgență 1541, ***211***

- - electivă 1541, ***211***

- pelvină 1542, ***211***

- precipitată 1529, ***209***

- prematură 1530, ***209***

- rezultat 1517, ***206***

- vaginală spontană 1505, ***203***

Naştere după termen 1527, ***209***

Naştere pelvină şi extracție 1542, ***211***

Naştere vaginală

- unică spontană 1505, ***203***

Naştere, multiplă 1520, ***207***

Nefropatia

- incipientă diabetică 0401, ***96***

Nefrostomia (pentru)

- rezecție (a)

- - tumoră 1417, ***192***

Neonatal - *vezi Nou-născut*

Neoplasm 0236, ***73***

- buză 0241, ***78***

- chimioterapie 0044, ***51***

- complicații 0207, ***73***

- de control 2113, ***277***

- depăşind 0234, 76
- excizie largă, a localizării 0236, ***73***
- extensie 0234, ***76***
- istoric 2112, ***277***
- îngrijiri paleative 0224, ***75***
- localizări alăturate 0234, ***76***
- localizări vagi 0234, ***76***
- metastaze 0239, ***77***
- - ordonare 0236, ***73***
- morfologie 0233, ***76***
- ordonat 0236, ***73***
- primar cu extindere 0234, ***76***
- răspândire 0234, ***76***
- recurență 0237, ***77***
- - cicatrice după mastectomie 0227, ***75***
- secundar 0239, ***77***

Neuroendoscopia 0634, ***127***

Neuropatia
- diabetică 0401, ***97***

Neutropenia 0109, ***67***

Nivele de anticoagulare 0303, ***85***

Noncomplianța
- cu tratament 0517, ***111***

Nou-născut 1608, ***218***
- afectat de cauze materne 1609, ***218***
- afecțiuni asociate cu
- - diabetul matern 0401, ***91***; 1602, ***217***
- - dificultăți de punere la sân 1538, ***213***
- aşteptând adopția 1608, ***218***
- bolnav
- - intervenție pentru 1615, ***222***
- definiție 1607, ***218***
- - copil şi nou-născut 1611, ***220***

Obstrucția respiratorie iminentă 1007, ***167***

Obstrucționat, obstrucție
- arterială 0941, ***156***
- respiratorie (datorită)
- - împiedicând 1007, ***167***
- travaliu 1506, ***203***

Ocluzia
- arteră 0941, ***156***

Oftalmoplegia
- în citopatia mitocondrială 0627, ***120***

Omucidere
- intenție 2005, ***267***

Operație cezariană (cu)
- cicatrice anterioară cezariană/uterină 1506, ***203***
- electivă 1541, ***211***
- urgență 1541, ***211***

Orbire
- ca efect întârziat 0008, ***12***

Ordonare 0002, ***9***; 0001, ***6***
- anestezia 0031, ***40***
- arsuri 1911, ***246***
- celulita/plaga 1210, ***179***
- coduri de cauză externă 2001, ***265***
- complicația
- - neoplasm 0207, ***73***
- convalescența 2103, ***273***
- diagnostic adițional 0002, ***9***
- efecte întârziate 0008, ***12***; 1912, ***248***
- glaucom şi cataractă 0701, ***131***
- HIV 0102, ***59***
- HPV 1408, ***191***
- leziuni 1907, ***243***
- malignitate 0236, ***73***
- - istoric de 2112, ***277***
- metastaze 0236, ***73***
- morfologie 0233, ***76***
- naşterea 1515, ***206***
- neoplasm 0236, ***73***
- neutropenia 0109, ***67***
- nou-născuți 1607, ***218***

O

Obezitate
- în diabet 0401, ***92***

Observație
- după cezariană 1609, ***218***
- medicală 0001, ***6***
- pentru afecțiune suspectată negăsită

- obstetrică 1515, ***206***
- proceduri 0016, ***26***
- radioterapie 0229, ***75***
- reabilitare 2104, ***273***
- rezecția transuretrală a prostatei (TURP)/BNI 1420, ***192***
- septicemia 0108, ***66***; 0110, ***67***
- sindroame 0005, ***11***
- vătămare/lacerație nerv 1908, ***244***

Organ
- procurare 0030, ***38***
- transplant 0030, ***38***

Ortetica 0032, ***42***

Ortotica 0032, ***42***

Ostectomia
- oase faciale 1216, ***179***

Otita medie (seroasă) 0802, ***137***

Otrăvire (prin)
- efect întârziat 1912, ***248***
- intenție 2005, ***267***
- medicament(e) 1901, ***235***
- - combinație/multiplă 1903, ***236***

Ou clar 1514, ***202***

Ovare polichistice 1434, ***194***

Oxigen
- terapie, nou-născut 1615, ***222***

Oxigenare
- membrană extracorporeală permeabilă 0938, ***150***

Oxigenare cu membrană extracorporală permeabilă (ECMO) 0938, ***150***

Oxigenare extracorporală prin membrană permeabilă 0938, ***150***

P

Pacemaker(s) 0936, ***147***
- stare 0936, ***147***

Pallidotomia, stereotaxică 0633, ***123***

Pancreatita
- acută spre cronică 0001, ***7***

Panendoscopia 0024, ***36***

Panică
- atacuri 0511, ***110***

Pansare
- arsură 1911, ***246***
- necodificată 0042, ***46***

Paraplegia 0625, ***119***; 1915, ***250***

Parenterale
- antibiotice/anti-infecțioase 1615, ***222***
- terapie cu fluid 1615, ***222***

Patologia vorbirii 0032, ***42***

Perfuzia 0042, ***46***

Perinatală
- morbiditate/mortalitate, cauza maternă 1609, ***218***
- perioada 1605, ***217***

Personalitate
- grupa B 0512, ***110***
- trăsătură, tulburare 0512, ***110***

Pierdere
- cunoştință 1905, ***242***
- piele 1910, ***246***

Pierderea sarcinii - *vezi Avort*

Placenta (reținută)
- îndepărtare manuală a 1543, ***212***

Plaga
- deschisă 1917, ***254***
- - cu
- - - celulita 1210, ***179***
- - - cu vătămare arterială şi de nerv 1908, ***244***
- - fractură/luxație (care comunică) 1917, ***254***; 1918, ***255***
- - leziune intra-abdominală/intratoracică 1920, ***257***
- infecție, dobândită în spital 1913, ***249***
- intracraniană, cu leziunea capului 1919, ***256***
- înțepătură 1917, ***254***
- piele şi țesut subcutanat, reparare 1217, ***180***

Pneumonia 1004, ***163***

Podiatria 0032, ***42***

Poliomielita
- ca o cauză a unui efect târziu 0008, ***12***

Polip
- esofag 0013, ***15***

Polipectomia, multiplă 0020, ***34***

Polipoză adenomatoasă familială (FAP) 0246, ***79***

Polipoză adenomatoasă familială 0246, ***79***

Pompă

- infuzie 0045, ***52***

Post-îngrijiri 2103, ***273***

Postnatal

- depresie 0505, ***108***
- dificultăți de punere la sân 1538, ***213***

Postprocedural/postoperator

- afecțiune
- - tranzitorie 1904, ***238***
- complicații/accidente 1904, ***237***
- - întârziat 1904, ***237***
- - sechela 1904, ***237***
- - timpuriu 1904, ***237***
- documentare 1904, ***237***
- durere 1807, ***230***
- hiphaema 0732, ***133***
- sepsis 0108, ***66***; 0110, ***67***
- terminologie (index) 1904, ***237***

Poziție anormală 1506, ***203***

Pre-eclampsia 1526, ***209***

Prematur

- copil 1618, ***225***
- naştere 1530, ***209***
- ruptură de membrane 1531, ***210***; 1518, ***206***

Presiune

- presiunea pozitivă continuă (CPAP) 1006, ***164***
- presiunea pozitivă între două niveluri presionale (BiPAP) 1006, ***164***
- respirația prin presiunea pozitivă intermitentă (IPPB) 1006, ***164***

Presiunea pozitivă continuă (CPAP) 1006, ***164***

Prezentare anormală 1506, ***203***

Prezentația

- obstetrică 1506, ***203***

Primipara

- vârstnică 1524, ***208***

Primipară vârstnică 1524, ***208***

Principal

- diagnostic - *vezi, de asemenea, Diagnostic, principal*

Procedura Jaboulay 1427, ***193***

Procedura Torkildsen (ventriculocisternostomia) 0634, ***124***

Procedura(i) 0016, ***26***

- amânată 0011, ***14***
- bilaterală 0020, 34; 0025, ***17***
- componente 0016, ***26***
- contractată 0029, ***37***
- distinsă prin
- - dimensiune 0038, ***45***
- - număr de leziuni 0038, ***45***
- - timp 0038, ***45***
- incompletă 0019, ***34***
- întreruptă 0019, ***34***
- Jaboulay 1427, ***193***
- monitorizare
- - durere 1807, ***230***
- monitorizarea durerii 1807, ***230***
- multiplă 0020, ***34***; 0025, ***17***
- ne
- - codificată 0042, ***46***
- - completă 0019, ***34***
- - efectuată 0011, ***14***
- ordonare 0016, ***26***
- pediatrică 0037, ***44***
- pentru
- - cifoză/scolioză 1348, ***188***
- reoperare, cardiacă 0934, ***147***
- revizia cardiacă/re-operare 0934, ***147***
- revizie
- - cardiacă 0934, ***147***
- **Torkildsen (ventriculocisternostomia)** 0634, ***124***
- trabeculectomia 0740, ***133***

Proceduri contractate 0029, ***37***

Proceduri întrerupte 0019, ***34***

Proceduri pediatrice 0037, ***44***

Proceduri pentru scolioză 1348, ***188***

Procurare

- celule stem (autologe)(hematopoietice) 0301, ***83***
- organ(e) 0030, ***38***
- os
- - măduvă 0301, ***83***
- - pentru chirurgia facială 1216, ***170***

Produs de concepție, reținut 1544, ***202***
Produsul naşterii 1517, ***206***
Profilaxia, profilactic
- îndepărtarea unui organ
- - pentru malignitate 0236, ***73***
- mastectomia 1204, ***177***
- tratament în HIV 0102, ***59***
Prolaps
- disc, intervertebral 1330, ***186***
Prostatic
- hipertrofie, cu incizia colului vezicii urinare 1420, ***192***
Prostetic
- intervenții înrudite cu sănătatea 0032, ***42***
Prosteza
- coapsă, luxația 1309, ***185***
Psihologic 0032, ***42***
Pterigium 0709, ***132***
Puerperal
- definiție 1501, ***212***
Pulmonar
- boala pulmonară, obstructivă (cronică) 1008, ***168***
- edem, acut 0920, ***145***
Purtător
- hepatită 0104, ***65***
- streptococi grup B, în sarcină 1549, ***214***
Pustule
- arsuri 1911, ***246***

R

Radiculopatia 1307, ***185***
Radiochirurgia
- stereotaxică 0629, ***121***
Radioterapia 0229, ***75***
- clearance dentar 0236, ***73***
- stereotaxică 0629, ***121***
Raze X
- fără substanță de contrast 0042, ***46***
Re-operare
- CABG's 0909, ***141***
- cardiacă 0934, ***147***
Reabilitare 2104, ***273***
- alcool 0525, ***112***
- medicament 0525, ***112***
Reacția
- adaptare/depresivă 0506, ***110***
- alergică 2004, ***267***
- combinație de medicamente 1903, ***236***
- hipoglicemică 0401, ***94***
- insulină 0401, ***94***
- - anticorpi 0401, ***94***
Reacția hipoglicemică (comă) (şoc) 0401, ***94***
Reacție alergică 2004, ***267***
- ser antiveninos 1923, ***259***
- venin de şarpe 1923, ***259***
Reconstrucția
- os 0612, ***119***
- - față, cu rezecție 1216, ***179***
- pleoapă, bilaterală 0020, ***34***
Recurența
- neoplasm (în)
- - cicatrice 0227, ***75***
- - primar 0237, ***77***
Redeschidere
- localizare operatorie 0039, ***46***
Reducția
- fetală 1536, ***211***
- fractura
- - Colles, bilaterală 0025, ***17***
- gastrică, pentru obezitatea morbidă 0023, ***36***
- luxație
- - proteză, coapsă 1309, ***185***
Redundant
- colon 1109, ***172***
Reeducare
- vezică urinară 1433, ***194***
Reinternare
- pentru tratarea arsurii 1911, ***246***
Reîncărcare
- suport de acces vascular 0045, ***52***
Rejecție
- grefă

- - corneană 0731, ***132***

Remisiune

- bolile imunoproliferative 0245, ***78***
- leucemia 0245, ***79***

Renal

- alterare, cronică 1430, ***194***
- complicație
- - în diabet 0401, ***95***
- dializa, internare 1404, ***191***

Reparare

- hidrocel 1427, ***193***
- mutilare organe genitale feminine 1435, ***195***
- plaga pielii şi a țesutului subcutanat 1217, ***180***
- strabism 0710, ***132***
- tendon, multiplă 0020, ***34***

Respirația prin presiunea pozitivă intermitentă (IPPB) 1006, ***164***

Resuscitare

- la naştere 1615, ***222***

Retardare

- creştere intrauterină 1509, ***204***
- mentală 0531, ***112***

Retinopatia

- diabetică 0401, ***96***

Retracția

- creier 0612, ***119***

Retrolisteza 1334, ***187***

Reținut

- placenta
- - îndepărtare manuală 1543, ***212***
- produse de concepție 1544, ***202***
- tub de timpanostomie 0803, ***137***

Revizia

- fistulă
- - arteriovenoasă 0939, ***151***
- lambou 0043, ***47***
- procedură
- - cardiacă 0934, ***147***
- shunt
- - fluid cerebrospinal 0634, ***124***

Rezecția

- oase față (mandibulă) (maxilar) 1216, ***179***
- tumoră
- - baza craniului 0612, ***119***
- - rinichi (percutană) 1417, ***192***

Rezidual

- afecțiune 0001, ***6***
- - urmând controlului 2113, ***277***
- leziune (leziune recurentă) 2113, ***277***

Rezistența la insulină 0401, ***91***

Rezultat

- anormal (diagnostic) (patologic) 0010, ***5***
- investigație
- - şi rezumat 0010, ***5***

Rezultat(e)

- anormal(e) 0010, ***5***

Rezultate de laborator

- HIV 0102, ***59***
- şi rezumat 0010, ***5***

Rezumat

- general 0010, ***5***

Risc de sepsis, neonatal 1617, ***224***

Rupere, rupt

- ligament (vechi) 1319, ***186***
- menisc (vechi) 1319, ***186***

Ruptura

- membrane
- - falsă 1531, ***210***
- - prematură 1518, ***206***; 1531, ***210***

S

Sarcina

- complicată (prin) 1521, ***207***
- - boală
- - - mentală 0505, ***108***
- - diabet 0401, ***90***
- - hipertensiune 1526, ***209***
- - mutilarea organelor genitale feminine 1435, ***195***
- cu rezultat avortiv 1510, ***201***
- durată 1518, ***206***
- molară/ectopică
- - cu complicații 1544, ***202***

- prelungită 1527, ***209***
- stare, incidentală 1521, ***207***
- terminată 1511, ***201***

Sarcom
- Kaposi 0102, ***61***

Sarcomul Kaposi 0102, ***61***

Sângerare
- gastrointestinală 1103, ***171***
- per-rectală 1117, ***172***
- per-vaginală 1405, ***191***

Sângerare per-rectală 1117, ***172***

Sângerare per-vaginală (PV) 1405, ***191***

Scăzut
- mişcări fetale 1537, ***211***

Scrântiri 1921, ***258***

Screening
- pentru diabet 0401, ***101***
- pentru tulburări specifice 2111, ***276***

Sechela(e) 0001, ***6***; 0008, ***12***
- accident cerebrovascular 0604, ***117***
- leziuni/otrăviri/efecte toxice/cauze externe 1912, ***248***
- postprocedurală 1904, ***238***
- - clasificare 1904, ***241***

Secundar
- diabet 0401, ***88***
- hipertensiune 0928, ***146***

Semne 1802, ***229***

Separare
- aderențe
- - abdominale 1105, ***171***

Sepsis 0110, ***66***
- neonatal (risc de) 1617, ***224***
- secundar datorită
- - infecție tract urinar 0108, ***66***

Septicemia 0108, ***66***; 0110, ***67***
- clinică 0109, ***67***
- cu neutropenie 0109, ***67***
- cultură negativă 0109, ***67***

Ser antiveninos 1923, ***259***

Severitatea atacului cerebral 0604, ***117***

Sfârşit
- sarcină 1511, ***201***; 1513, ***205***

Sforăit 0635, ***125***

Shunt
- arteriovenos 0939, ***151***
- fluid cerebrospinal 0634, ***124***

SIDA 0102, ***59***

Simpatectomia 1807, ***230***

Simptome 1802, ***229***
- complicând sarcina 1521, ***207***
- investigate prin endoscopie 0046, ***10***
- şi afecțiuni suspectate 0012, ***14***
- - nou-născut sau copil 1611, ***220***

Sindrom 0005, ***11***
- acut al infecției HIV 0102, ***59***
- aspirație masivă 1613, ***220***
- boală în lombe/hematuria 1429, ***194***
- comportament 1304, ***185***
- congenital 0005, ***11***
- dependență, medicamente şi alcool 0503, ***105***
- detresă respiratorie 1614, ***221***
- dietilstilbestrol 1428, ***193***
- disreflexie autonomă 0624, ***119***
- dorsalgie joasă cronică 1302, ***185***
- Dressler 0940, ***154***
- epilepsie mioclonică cu fibre roşii zdrențuite 0627, ***120***
- episod de encefalopatie mitocondrială datorită acidozei lactice cu alură de atac 0627, ***120***
- hipoventilație în timpul somnului 0635, ***125***
- moarte
- - copil (subit) (aproape ratat) 1610, ***220***
- Münchausen 0526, ***112***
- pacemaker 0936, ***147***
- postlaminectomie 1344, ***188***
- răspuns sistemic inflamator (SIRS) 0110, ***67***
- rele tratamente ale copilului 1909, ***244***
- rezistența căilor respiratorii superioare 0635, ***125***
- Young 1415, ***192***
- zdrobire 1922, ***258***

Sindrom apnee de somn obstructivă (OSAS) 0635, ***126***

Sindrom apnee-hipoapnee de somn obstructivă (OSAHS) 0635, ***126***

Sindrom central al apneei de somn (CSAS) 0635, ***126***

Sindrom central al apneei-hipoapneei de somn (CSAHS) 0635, *126*

Sindrom de comportament 1304, ***185***

Sindrom postlaminectomie 1344, ***188***

Sindrom Young 1415, ***192***

Sindromul de aspirație masivă 1613, ***220***

Sindromul de dietilstilbestrol (DES)1428, ***193***

Sindromul de hematurie 1429, ***194***

Sindromul morții subite la sugar (SIDS) 1610, ***220***

Sindromul morții subite la sugar 1610, ***220***

Sindromul Münchausen 0526, ***112***

- prin mandat 0526, ***112***

Sindromul răspunsului inflamator sistemic (SIRS) 0110, ***67***

Social

- băutor 0503, ***105***
- coduri 0516, ***111***
- muncă 0032, ***42***

Somn

- apnee 0635, ***125***

Spălare cu jet (de)

- dispozitiv de acces vascular 0045, ***52***

Spinal

- anestezie 0031, ***40***
- măduvă
- - leziune (nivel funcțional) 0625, ***119***; 1915, ***250***
- - rănire 1915, ***250***
- sudură 1348, 188

Spondilolisteza 1334, ***187***

Spondiloza 1334, ***187***

Spontan

- avort 1503, ***201***; 1504, ***201***
- naştere vaginală, unică 1505, ***203***

Stabilizare

- a diabetului 0401, ***93***

Stare

- angioplastie coronară sau bypass 0940, ***156***
- asimptomatică HIV 0102, ***59***
- astmatică 1002, ***163***
- purtător de hepatită 0104, ***63***

Stare de sarcină incidentală 1521, ***207***

Stare HIV asimptomatică 0102, ***59***

Stenoza

- arteră 0941, ***156***

Stereotaxia, stereotaxic

- radiochirurgie 0629, ***121***
- radioterapie 0629, ***121***

Stereotaxic

- brahiterapia 0632, ***123***
- localizare
- - intracraniană 0629, ***121***; 0632, ***123***
- - spinală 0629, ***123***
- neurochirurgie (cingulotomie)(pallidotomie)(thalamotomie) 0633, ***123***
- radiochirurgie 0629, ***121***
- radioterapie 0629, ***121***

Stop

- cardiac 0904, ***141***
- cardiorespirator 0904, ***141***

Strabism 0710, ***132***

Streptococcic

- grup B purtător în sarcină 1549, ***214***
- infecție 0103, ***63***
- - grup B în sarcină 1549, ***214***

Strictura

- arteră 0941, **156**

Stripping şi ligatură

- vene varicoase
- - bilaterală 0025, ***17***

Substanțe

- reabilitare şi dezintoxicare 0525, ***112***
- tulburare de folosire, psihoactive 0503, ***105***

Supradoza

- cu diagnostic psihiatric 0530, ***112***
- indicație a intenției 2005, ***267***

Suprimare

- lactație 1539, ***213***

Surditate 0801, ***137***

Sutura

- primară
- - plagă chirurgicală/traumatică 0042, ***46***

T

Tahipneea

- tranzitorie, a nou-născutului 1613, ***220***

Tahipneea tranzitorie a nou-născutului (TTN) 1613, ***220***

Talamotomia, stereotaxică 0633, ***123***

Terapia

- fluid parenteral 1615, ***222***
- insulină
- - pentru diabet 0401, ***88***
- oxigen, nou-născut 1615, ***222***

Terapia electroconvulsivă (ECT)

- multiplă 0020, ***34***

Terapia ocupațională 0032, ***42***

Terapia prin muzică 0032, ***43***

Test

- organisme asemănătoare cu Campylobacter (CLO) 1122, ***173***
- stress 0042, ***46***

Test de stress 0042, ***46***

Tip de îngrijiri acordate în casa de sănătate 2105, ***276***

Tomografia computerizată

- multiplă 0020, ***34***

Tonsilita (cu tonsilectomie) 0804, ***137***

Toxemia

- pre-eclamptică 1526, ***209***

Toxicitate

- warfarină 0303, ***85***

Trabeculectomia 0740, ***133***

Tracțiune 0042, ***46***

Traheostomia

- cu ventilație 1006, ***164***

Trahom

- cauza efectului târziu 0008, ***12***

Transfer (pentru)

- convalescență 2103, ***273***
- cu afecțiune suspectată 0012, ***14***
- după naştere 1519, ***207***
- nou-născut după naştere 1607, ***218***

Transfuzia

- la nou-născut 1615, *222*
- sânge 0302, ***84***

Transfuzia de sânge 0302, ***84***

- multiplă 0020, ***34***

Transplant, transplantare

- celule stem (autologe) (hematopoietice) 0301, ***83***
- organ 0030, ***38***

Tranzitoriu

- afecțiune postprocedurală 1904, ***238***
- tahipneea nou-născutului 1613, ***220***; 1615, ***222***

Tratament

- neefectuat 0001, ***6***
- noncomplianța 0517, ***111***

Trauma, naştere

- afectând nou-născutul 1609, ***218***

Travaliu

- iminență de 1518, ***206***
- precipitat 1529, ***209***
- prelungit 1532, ***210***

Travaliu precipitat 1529, ***209***

Travaliu prelungit 1532, ***210***

Trăsătură

- personalitate 0512, ***110***

Trial

- de golire 1436, ***196***
- medicamente/clinic 0026, ***18***

Trial de golire 1436, ***196***

Trombectomia

- înlăturarea unui tromb al fistulelor/shunturilor AV 0939, ***151***

Tromboza

- arteră 0941, ***156***

Tub(uri) de timpanostomie (grommet(s))

- îndepărtare 0803, ***137***

Tub(uri) timpanostomie

- internare pentru îndepărtare 0803, ***137***

Tulburare

- disc 1307, ***185***
- folosire
- - alcool 0503, ***105***
- - medicament 0503, ***105***
- mentală
- - ca diagnostic principal

- - - cu coduri sociale 0516, ***11***
- - istoric familial 0520, ***111***
- mitocondrială 0627, ***120***
- ochi, diabetic 0401, ***96***
- panică 0511, ***110***
- personalitate 0512, ***110***
- postproceduralã 1904, ***235***
- tulburare folosire substanțe psihoactive 0503, ***105***

Tulburări ale consumului de substanțe psihoactive 0503, ***105***

Tumora
- baza craniului 0612, ***119***
- celula germinală, a testicului 0028, ***37***
- glomus jugular 0612, ***119***
- intracraniană, creier 0629, ***121***; 0632, ***123***
- pituitară 0612, ***119***

U

Ulcer
- diabetic, al piciorului 0401, ***98***
- gastric 1106, ***171***
- - vindecat 2113, ***277***
- piele
- - cu celulită 1210, ***179***

Ultrasunete 0042, ***46***

Uman
- virus imunodeficiență 0102, ***59***
- virus papilomatos 1408, ***191***

Ureche cu mucozități 0802, ***137***

Urosepsis 0108, ***66***

Utilizare nocivă
- medicament sau alcool 0503, ***105***

V

Vătămare
- nerv şi tendon
- - cu laceraţie 1908, ***244***

Vene
- varicoase, bilaterale 0025, ***17***

Ventilare mecanică 1006, ***164***

Ventilația
- mecanică/continuă 1006, ***164***

Ventriculocisternostomia (procedura Torkildsen) 0634, ***124***

Ventriculograma
- cu cateterism cardiac 0933, ***146***

Ventriculostomia 0634, ***124***

Veruce
- asociate cu HPV 1408, ***191***

Vezică urinară
- incizie
- - pentru hipertrofie prostatică 1420, **192**
- reeducare 1433, ***194***

Viabilitate, făt 1510, ***201***

Virus
- imunodeficiența umană 0102, ***59***
- papilomatos
- - uman 1408, ***191***
- veruca 1408, ***191***

Virus papilomatos uman (HPV) 1408, ***191***

Z

Zdrobire
- leziune 1922, ***258***
- sindrom 1922, ***258***

Note

Note

Standarde de specialitate

BIBLIOGRAFIE

Australian Dental Association Inc. (2000). *An Australian Schedule of Dental Services and Glossary* (7th ed.). Australian Dental Association, Sydney.

Barnett, B. and Fowler, C. (1995) *Caring for the family's future*. Haymarket. Norman Swan Medical Communications.

Berkow, R. (Ed.). (1999). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy* (17th ed.). Merck Research Laboratories, West Point.

Brown. (1994). *ICD-9-CM Coding Handbook with Answers.*

Cassin, B. and Solomon, S. (1990). *Dictionary of Eye Terminology* (2nd ed.). Triad Publishing Company, Florida.

Connellan, M. and Wallace, E.U. (2000). *Prevention of perinatal group B streptococcal disease: screening practice in public hospitals in Victoria*. Med J Australia, 172: 317–320.

Miller-Keane (1997). *Encyclopedia & Dictionary of Medicine Nursing and Allied Health* (6th ed.). W.B. Saunders Company, Philadelphia.

National Health Data Committee. (2001). *National Health Data Dictionary*, Version 10. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.

World Health Organization. (1992). The *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* World Health Organization, Geneva.

World Health Organization. (1993). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision.* Volume 2. Instructional Manual. World Health Organization, Geneva.[1]

[1] Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Bibliografie