

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 aceeași zi	10
0005 Sindroame	11
0008 Sechele	12
0011 Internarea pentru intervenție chirurgicală neefectuată	14
0012 Afecțiuni suspecte	14
0013 Coduri 'neprecizate' și '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 și 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 și lambouri libere	47
0044 Chimioterapie	51
0045 Dispozitive de administrare a medicamentelor	52

STANDARDE DE SPECIALITATE

1. Anumite Boli Infecțioase și 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 și secvențialitatea neoplasmelor	73
0207	Complicații 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	Recurența în cicatricea mastectomiei	75
0229	Radioterapie	75
0233	Morfologie	76
0234	Localizări alăturate	76
0237	Recurența malignității primare	77
0239	Metastaze	77
0241	Tumora malignă a buzei	78
0242	Carcinomatoză diseminată	78
0245	Remisiunea în bolile imunoproliferative maligne și leucemii	78
0246	Polipoză adenomatoasă familială	79
0247	Cancer de colon ereditar non-polipozic	80
3.	Bolile Sângelui și Organelor Hematopoietice și unele Tulburări ale Sistemului Imunitar	83
0301	Procurarea și transplantul celulei stem	83
0302	Transfuzii de sânge	84
0303	Profil anormal al coagulării	85
4.	Bolile Endocrine, de Nutriție și Metabolism	87
0401	Diabet mellitus și reglementarea intoleranței la glucoză	87
0402	Fibroză chistică	101
0403	Hiperglicemia	101
5.	Tulburări Mentale și de Comportament	105
0503	Tulburări ale consumului de medicamente, alcool și tutun	105
0505	Boala mentală care complică sarcina	108
0506	Adaptare/reacție depresivă	110
0511	Atacuri de panică cu fobie	110
0512	Tulburare de personalitate/trăsături	110
0516	Coduri sociale	111
0517	Noncompliance la tratament	111
0520	Istoric familial al bolii mentale	111
0521	Pacient internat fără semn de boală mentală	111
0525	Reabilitarea și dezintoxicarea de substanțe	112
0526	Sindromul Münchhausen	112
0528	Boala Alzheimer	112
0530	Supradoză de medicamente	112
0531	Deficiența intelectuală/incapacitate intelectuală	112
0532	Deficiența cognitivă	113
0532 bis	Tulburări de dezvoltare psihologică privind vorbirea și 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 și paraplegia netraumatice	119
0627	Tulburări mitochondriale	120
0629	Radiochirurgie stereotaxică, radioterapie și 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 și ventriculostomia	124
0635	Apneea de somn și tulburări înrudite	124
7.	Ochiul și 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 și 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	Oxygenarea 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	Bronșita 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 și Țesut Subcutanat	177
1203	Debridarea	177
1204	Chirurgia plastică	177
1205	Blefaroplastia	179
1210	Celulita	179
1216	Chirurgie craniofacială	179
1217	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat	180
1220	Implanturi extraorale oseointegrate	180
13.	Sistemul Musculo-Scheletic și Țesutul Conjunctiv	185
1301	Dureri de spate	185
1302	Sindromul dorsiului joase cronice	185
1304	Sindromul compartimental	185
1307	Tulburări ale discului cu mielopatie	185
1308	'Leziunea discului'	185
1309	Dislocarea protezei de șold	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, Nașterea și Lăuzia	201
A.	Sarcina cu Rezultat Abortiv	201
1503	Avortul 'complet' și 'incomplet'	201
1504	Mola hidatiformă	201
1510	Sarcina cu rezultat abortiv	201
1511	Sfârșitul sarcinii	201
1514	Ou clar	202
1544	Complicații urmând avortului și sarcinii ectopice și molare	202
B.	Tulburări/Proceduri Privind Trăvialul și Nașterea	203
1505	Naștere unică, vaginală, spontană	203
1506	Prezentare anormală, disproporție și 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 naștere	206
1517	Rezultatul nașterii	206
1518	Durata sarcinii	206
1519	Naștere anterioară internării	207
1520	Nașteri multiple	207
1521	Afecțiuni care complică sarcina	207
1524	Primipară vârstnică	208
1525	Multiparitate mare	208
1526	Hipertensiune în sarcină	209
1527	Naștere după termen	209
1528	Hemoragie postpartum	209
1529	Trăvialu precipitat	209
1530	Naștere prematură	209
1531	Ruptura prematură a membranelor	210
1532	Trăvialu prelungit	210
1534	Nașterea cu ajutorul forcepsului	210
1536	Reducerea numărului de fetuși	211
1537	Mișcări fetale scăzute	211
1541	Cezariană de urgență și electivă	211
1542	Naștere pelvină și extracție	211
1543	Îndepărtarea manuală a placentei	212
1546	Încetinirea băților 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 și traume la naștere	218
1610	Sindromul morții subite la sugar/eveniment acut care amenință viața	220
1611	Observarea și evaluarea nou-născuților și 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 și greutate scăzută la naștere	225
17.	Malformații Congenitale, Deformații și Anomalii Cromozomiale	227
	(Acest capitol a fost lăsat intenționat în alb)	
18.	Simptome, Semne și Determinări Anormale Clinice și de Laborator, Neclasificate Altundeva	229
1802	Semne și simptome	229
1804	Ataxia	229
1805	Acopia	229
1806	Căderi	229
1807	Diagnostiche privind durerea și proceduri de monitorizare a durerii	230
1808	Incontinența	231
1809	Convulsii febrile	231
19.	Leziuni Traumatische, Otrăviri și 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 cunoștinței/comoția	242
1906	Leziuni curente și vechi	243
1907	Leziuni multiple	243
1908	Lacerații cu vătămarea nervului și tendonului	244
1909	Abuzul asupra adultului și copilului	244
1910	Leziunea pielii.....	246
1911	Arsuri	246
1912	Sechele ale leziunilor, otrăvirilor, efectelor toxice și altor cauze externe	248
1913	Infecția plăgii dobândită în spital	249
1914	Plaga dezgolită	249
1915	Leziunea măduvei spinării(include paraplegia și cvadriplegia traumatică)	250
1916	Leziuni superficiale	254
1917	Plăgi deschise	254
1918	Fractura și dislocarea.....	255
1919	Leziune deschisă intracraniană	256
1920	Leziune intratoracică/intra-abdominală	257
1921	Scrântiri și întinderi	258
1922	Leziuni prin zdrobire	258

1923	Contactul cu animale și plante veninoase.....	259
20.	Cauzele Externe ale Morbidity	265
2001	Folosirea codurilor cauzelor externe și ordonare.....	265
2004	Reacții alergice nespecificate altminteri	267
2005	Otrăviri și leziuni – indicarea intenției	267
2008	Autor al agresiunii, abuzului și neglijenței	268
21.	Factorii Influențând Starea de Sănătate și 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 și 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 Științe Medicale, Universitatea din Sydney a pus bazele Programului Case Mix, Departamentul de Sănătate și de Îngrijire a Vârstnicilor. Centrul Național de Clasificare al Sănătății (Brisbane), Școala de Sănătate Publică, Universitatea de Tehnologie din Queensland au baza în Programul Case Mix, Institutul Australian de Sănătate și Asistență Socială, Biroul Australian de Statistică și 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 cunoștință cu gratitudine importanta contribuție la acest volum prin aplicarea lor de către codificatorii clinici și personalul medical, grupurile medicale și Comitetul Consultativ de Standardizare a Codificării (CSAC)¹. NCCH își exprimă recunoștința pentru sprijinul acordat de către Comitetul Clinic Australian pentru Case Mix (ACCC) și Ramura de Coordonare a Asistenței Medicale de Urgență și a îngrijirii curente, Departamentul de Sănătate pentru Persoanele Vârstnice care a dus la întâlnirea dintre Grupurile de Codificare și Clasificare Clinică.

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

¹ Pentru listele de membrii ai grupului de codificare și clasificare clinică (CCCG) și 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
NKHHHC	Nonketotic hyperglycaemic-hyperosmolar coma
NLD	Necrobiosis lipoidica diabetorum
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	Polymerase 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 dentiștilor australieni
AHMAC	Consiliul Consultativ al Ministerului Sănătății din Australia
AIDS	Sindromul deficienței imunitare dobândite
AIHW	Institutul Australian de Sănătate și 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 Anesteziști
AV	Atrioventricular
AVF	Fistula artero-venoasă
AZT	Azidotimidină (Zidovudină)
BAHA	Ajutor auditiv atașat 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 și clasificare clinică
CDE	Explorarea obișnuită 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 și curetaj
DCIA	Artera iliacă circumflexă profundă
DES	Sindromul dietilstilbesterol
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	Oxygenarea cu membrană extracorporală permeabilă
ECT	Terapie electroconvulsivă
EGD	Esofagogastroduodenoscopie
EEG	Electroencefalogramă
EMG	Electromiografie
ENMT	Ureche, nas, gură și gât
ENT	Ureche, nas și 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	Oxygen 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 și problemelor de sănătate asociate – Revizia 10
CIM – 10- AM	Clasificarea statistică internațională a maladiilor și 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 creșterii 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 roșii 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	Neclassificate în altă parte
NIDDM	Diabet mellitus non-insulino-dependent
NKHHHC	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 antebraț
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 și) 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 și probleme de sănătate asociate – Revizia 10 – Modificări australiene (CIM-10-AM) se aplică la spitalele publice și private din România. Se anticipează că reviziile se vor face pe bază de regulament și 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 și planificarea sunt ținte luate în considerație după ce solicitarea de codificare precisă CIM-10-AM a fost satisfăcută.

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

Fișele 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 fișei medicale (sau o copie a acesteia) ci sunt rezultatul analizei tuturor înregistrărilor medicale făcute înainte alocării codului.

Dacă o fișă medicală este inadecvată pentru completare și codificare corectă, codificatorul trebuie să caute mai multe informații de la clinician. Atunci când diagnosticul este înregistrat și documentația din cadrul fișei 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 și pentru descrierea procedurilor. Dacă această acțiune nu are rezultat, trebuie anunțat managementul spitalului despre documentarea neadecvată a fișei medicale și de efectul rezultat asupra datelor privitoare la pacienții spitalului.

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

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

DESCRIEREA CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A MALADIILOR ȘI 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 și comparația sistematică a datelor referitoare la morbiditate colectate în diferite spitale, state și țări. Sistemul CIM-10-AM dă posibilitatea translației diagnosticelor și procedurilor precum și a altor probleme de sănătate din cuvinte într-un cod alfanumeric, care permite păstrarea, găsirea și analiza datelor.

CIM a fost folosit pentru prima dată la clasificarea cauzelor de mortalitate în același fel în care sunt înregistrate decesele. Mai târziu scopul a fost extins cu includerea diagnosticelor de morbiditate. Este important faptul că, deși inițial CIM a fost destinată clasificării maladiilor și 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 și circumstanțe sociale care pot înlocui un diagnostic.

Structura de bază și 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 și 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 și ușor de înțeles.

CIM-10-AM este o clasificare cu șase 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 creștere
- leziuni

Primele două și ultimele două din aceste grupuri includ „grupe speciale”, care adună afecțiuni ce vor fi ordonate necorespunzător pentru studiile epidemiologice atunci când sunt împrăștiate, 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 clasificarea maladiilor compusă din 21 de capitole. Primul caracter din codul CIM-10-AM este o literă și fiecare literă este asociată cu un capitol anume, cu excepția literei D, care apare atât în Capitolul II, *Tumori* cât și în Capitolul III, *Boli ale sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar*, și litera H, care este folosită atât în Capitolul VII, *Bolile ochiului și ale anexelor sale* și Capitolul VIII, *Boli ale urechii și apofizei mastoide*. Patru capitole (Capitolul I, II, XIX și 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 și pentru cercetare.

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

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

Capitolul	Titlul capitolului	Prefixul codului	Tip
Capitolul XV	<i>Sarcina, nașterea, lăuzia</i>	O	Special
Capitolul XVI	<i>Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada..</i>	P	Special
Capitolul XVII	<i>Malformații congenitale, deformații și anomalii...</i>	Q	Special
Capitolul XVIII	<i>Simptome, semne și rezultate anormale ale...</i>	R	N/A
Capitolul XIX	<i>Leziuni traumatiche, otrăviri și alte...</i>	S,T	Special
Capitolul XX	<i>Cauze externe de morbiditate și mortalitate</i>	V,W,X,Y	N/A
Capitolul XXI	<i>Factorii care influențează starea de sănătate...</i>	Z	N/A

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

Structura de bază și principiile clasificăției CIM-10-AM

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

1. un cod de șapte caractere în format xxxxx-xx. Primele cinci caractere reprezintă numărul poziției MBS iar ultimele două caractere au fost alocate pentru fiecare concept procedural ce derivă din descrierea poziției 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-instituționalizate, cum sunt comunitățile bazate pe asistența medicală ambulatorie.

Pentru mai multe informații despre clasificarea procedurilor vezi CIM-10-AM, volumele 3 și 4.

CIM-10-AM & STANDARDELE DE CODIFICARE

Manualul de codificare CIM-10-AM împreună cu *Standardele de codificare* va suferi un proces ulterior 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 și proceduri a CIM-10-AM (volumele 1 și 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 și/sau aparat în concordanță cu caracteristica diagnosticelor sau procedurilor.

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

Operațiile și procedurile sunt grupate în funcție de localizare. De exemplu, “tonsilită” este pusă în discuție la Capitolul VIII, *Ureche, nas, gură și 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 și trebuie în primul rând să se facă trimitere la index. De exemplu “chirurgia bazei craniului” implică ENT, chirurgia plastică și neurochirurgia sau este discutată în Capitolul VI, *Sistemul nervos*.

Termenul de clinician este folosit în cadrul documentului și 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 șters, standardul și 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 și 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 și nu sunt adecvate conținutului standardului specific.

Ortografia

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

STANDARDE GENERALE PENTRU MALADII

0010 Îndrumări teoretice generale

Listarea diagnosticilor în partea superioară a paginii fișei medicale este responsabilitatea clinicianului. Înainte de codificarea oricărui diagnostic/procedură înregistrată, codicatorul medical trebuie să **verifice** informația înregistrată din partea superioară a paginii prin revizuirea pertinentă a documentelor din cadrul fișei 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. Deși 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 fișei medicale care nu este susținut de către fișa medicală, **și**
- Clarificarea discrepanțelor dintre rezultatele investigațiilor și documentația medicală.

EXEMPLUL 1:

Clinicianul a înregistrat în partea superioară a fișei medicale diagnosticul principal de fractură a capului femural. Diagnosticile secundare înregistrate în partea superioară a fișei medicale sunt pneumonie și ulcer duodenal. Examinarea notelor de evoluție clinică scoate la iveală faptul că pacientul a fost spitalizat cu 6 luni înainte pentru pneumonie și 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 și/sau se explică prin SC 0002 *Diagnostiche suplimentare**

Rezultate anormale

Analizele de laborator, radiografiile și alte rezultate ale diagnosticării nu trebuie codificate decât dacă semnificația lor clinică este indicată în tratamentul medical **și** este în concordanță definirea unui diagnostic secundar așa cum este definit în SC 0002 *Diagnostiche 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 *Bronșiolita acută datorită virusului respirator sincițial* unde documentația arată bronșiolita, 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 și ale altor diagnostice care necesită interpretarea medicului curant pentru a decide semnificația lor clinică și/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 și 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 îngrijiri medicale datorită tratamentului prompt. În index nu este o asemenea intrare ‘gangrenă periculoasă’ și în consecință acest caz trebuie codificat la boala care prevestește afecțiunea curentă, cum ar fi artero-scleroză cu ulceratii.

Stări indexate ca periculoase:

O20.0 *Avort periculos*

O47.- *Travaliu fals*

0001 DIAGNOSTICE PRINCIPALE

Diagnosticile 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, și orice examen patologic sau radiologic. Afecțiunea stabilită în urma studiului poate confirma sau nu diagnosticul de la internare.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic așă cum sunt înregistrate în partea superioară a fișei:

Diabet zaharat

Boala arterelor coronariene

Infarct miocardic

Istoricul bolii prezente:

Pacientul acuză dureri acute în piept la internarea de dimineață și 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 și SC 0034 *Convenții folosite în Indexul alfabetic al maladiilor* la pag. 24).

Importanța unei documentații consistente și complete în fișele 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 diagnosticilor 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 *) așa 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), și în timpul episodului de îngrijire este identificată afecțiunea de bază, această afecțiune este codificată ca diagnostic principal iar simptomele 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 și numai simptomele au fost tratate, atunci aceasta va fi înregistrată și codificată ca diagnostic principal. Afecțiunea de bază trebuie înregistrată și 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 și stări de boală rău definite

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

Afecțiuni cronice și acute

Dacă o afecțiune este descrisă atât cronică cât și acută (subacută) **și separat există sub-termeni în Indexul alfabetic la același 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	<i>Pancreatită acută</i>
Diagnostic suplimentar:	K86.1	<i>Alte pancreatite cronice</i>

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

- ICD-10-AM* are o instrucțiune în sens contrar. De exemplu:
Când se codifică un episod acut pe fondul unei leucemii mieloid cronice, lista tabelară arată clar codicatorului să utilizeze numai codul 'cronic', C92.1 *Leucemia mieloidă cronică*.
- ICD-10-AM* arată că este necesar doar un singur cod. De exemplu:
Când se codifică o formă acută pe o bronșiolită cronică, indexul arată că forma **acută** nu trebuie codificată separat așa cum este specificat între paranteze după termenul principal (ex. un modificador neesențial).

‘Bronșiolită (acută) (infecțioasă) (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 același 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 așa cum au fost determinate de condițiile admiterii, de modul stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului aplicat și dacă Indexul Alfabetic, Lista Tabulară sau standardele nu oferă o soluție privind modul în care sunt secventate diagnosticele, trebuie întrebat clinicianul pentru stabilirea bolii care se potrivește 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:

Insuficiența cardiacă congestivă
Ulcerații cronice ale piciorului
Insuficiență respiratorie cronică
Diabet zaharat

Proceduri:

Debridarea ulcerărilor
Pansarea zilnică a ulcerărilor

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 și evaluarea pentru boli și 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 obișnuit are drept consecință o problemă de sănătate, dar nu există un suport pentru susținerea ei și când nici nu cere în mod obișnuit 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 și evaluarea nou-născuților și copiilor pentru stări suspecte care nu se găsesc*, pag. 220.

Neîndeplinirea planului inițial de tratament

Se stabilește 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 secvenționată, 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 și SC 1912 *Sechele ale accidentelor, otrăvirilor, efectelor toxice și 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 și la capitolul de reguli specifice, în particular internările la obstetrică, chimioterapie, radioterapie și 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 coexistă 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:

- Tratamente terapeutice
- Proceduri de diagnostic
- Îngrijiri suplimentare de nursing și/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) și Codul Etic pentru Codificatorii Clinici (vezi pag. 289).

Medicații

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

Codificarea multiplă

Așa 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 exemplu, când se folosește 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 își 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

Notăți 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 aceeași zi*
- 0102 *HIV/SIDA*
- 0104 *Hepatita virală*
- 0401 *Diabet mellitus și reglementarea intoleranței la glucoză*
- 0503 *Tulburări ale consumului de medicamente, alcool și tutun*
- 0936 *Pacemaker*
- 1517 *Rezultatul nașterii*
- 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 *Examele 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. Totuși alte afecțiuni pot afecta monitorizarea pacientului, și, de aceea, vor fi codificate în conformitate cu criteriile pentru diagnosticul adițional. Vezi, de asemenea, SC 0046 *Selecția diagnosticului pentru endoscopie efectuată în aceeași zi*, pag.10.

Ordonarea diagnosticelor secundare

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

0046 SELECȚIA DIAGNOSTICULUI PENTRU ENDOSCOPIE EFECTUATĂ ÎN ACEEAȘI ZI

O trăsătură importantă a acestui standard este că el include recomandări de codificare pentru unele afecțiuni care nu pot întruni în mod obișnuit criteriile pentru SC 0002 *Diagnosticul adițional*. Notăți, totuși, 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 *Diagnosticul adițional*.

Notăți 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 și care sunt, de asemenea:
 - Pacienți de o zi, adică internați și externați în aceeași 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 *Examele 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 conformitate cu SC 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6 și SC 0002 *Diagnostic adițional*, 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 și 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 și 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 întrunește criteriile de la SC 1802 *Semne și 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 și 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 (și 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 și 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 fișa 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 și nici una din afecțiunile diagnosticate nu beneficiază de tratament, alocați celei mai grave afecțiuni codul diagnosticului principal.
4. Dacă aceeași gravitate se poate atribui la mai mult decât o singură manifestare, 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 și otrăvirilor (vezi SC 1912 *Sechele ale accidentelor, otrăvirilor, efectelor toxice și 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 deficitul neurologic 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 și 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 și parazitare nespecificate*
- B94.0 *Sechelele trahomului*
Sechelele includ resturi ale trahomului specificat ca vindecat sau inactiv și anumite sechele precizate cum ar fi orbirea, entropionul cicatriceal și cicatricile 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 și cele prezente un an sau mai mulți după manifestarea afecțiunii care le-a cauzat.
- B94.8 *Sechelele altor boli infecțioase și parazitare precizate*
Sechelele includ afecțiuni precizate sau efecte târzii, afecțiuni reziduale ale acestor boli precizate ca oprite, vindecate, inactivă, 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 și 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 și encefalomielite*
G06.- *Abces și granulom intracranian și intrarahidian și*
G08 *Flebita și tromboflebita intracraniană și 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 și parazitare clasificate în altă parte*
G05.- * *Encefalite, mielite și encefalomielite în boli clasificate în altă parte și*
G07.-* *Abcesul și granulomul intracranian și 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, nașterii și lăuziei*
- O97 *Deces din sechele din cauze obstetricale directe*

Este important să se asigure că boala curentă este un rezultat direct al bolii anterioare și că boala anterioară nu primește 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 și 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	<i>Otită medie mucoidă cronică</i>
Diagnostic secundar:	Z53.8	<i>Act medical neefectuat pentru alte motive</i>

- 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	<i>Amigdalită cronică</i>
Diagnostic secundar:	Z53.0	<i>Act medical neefectuat din cauza contraindicațiilor</i>
	J06.9	<i>Infecție acută a căilor respiratorii superioare, nespecificată</i>

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:

- Se trimite cazul clinicianului pentru a stabili dacă diagnosticul final poate deveni subiectul unor cercetări.
- 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 și nu se administrează nici un tratament.

Diagnostic principal:	R51	<i>Dureri de cap</i>
-----------------------	-----	----------------------

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 și rezultatele indică un diagnostic probabil, dar nici un tratament specific nu a fost inițiat în timpul eppisodului de îngrijiri, alocăți un cod pentru afecțiunea suspectată.

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Pacient internat cu greață, oboseală și dureri de cap. Pacientul a fost externat cu un diagnostic de ‘boală virală probabilă’. Investigațiile au exclus alte diagnostice posibile și 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 alocă 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’ și 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 și 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’ ȘI ‘ALTE’

Coduri ‘nespecificate’ și ‘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	<i>Urticarie</i>	Categorie
L50.0	<i>Urticarie alergică</i>	Specific
L50.1	<i>Urticarie idiopatică</i>	Specific
L50.2	<i>Urticarie datorită căldurii sau frigului</i>	Specific
L50.3	<i>Urticarie dermatografică</i>	Specific
L50.4	<i>Urticarie provocată de vibrații</i>	Specific
L50.5	<i>Urticarie cholinergică</i>	Specific
L50.6	<i>Urticarie de contact</i>	Specific
L50.8	<i>Alte urticarii</i>	Alte urticarii neclasificate în altă parte Urticarie: • cronică • recurentă periodică
L50.9	<i>Urticarie nespecificată</i>	Nespecificată

Ocazional cele două coduri **reziduale** ‘8’ și ‘9’ se combină într-un singur cod care include atât afecțiunile ‘nespecificate’ cât și ‘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	<i>Dislocarea genunchiului</i>	Categoria de patru caractere ‘Precizat’
S83.10	<i>Dislocarea genunchiului, nespecificată</i>	Dislocarea ‘ nespecificată ’ a genunchiului
S83.11	<i>Dislocarea anterioară a tibiei, capătul proximal</i>	Specific
S83.12	<i>Dislocarea posterioară a tibiei, capătul proximal</i>	Specific
S83.13	<i>Dislocarea medială a tibiei, capătul proximal</i>	Specific
S83.14	<i>Dislocarea laterală a tibiei, capătul proximal</i>	Specific
S83.18	<i>Alte dislocări ale genunchiului</i>	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 folosește 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 și nici o intrare ‘precizat, NEC’, și 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 numește cod combinat. Codurile combinate sunt identificate prin referirea la intrările sub-termenilor din index și prin citirea notelor de includere și excludere din lista tabelară.

Acordați numai codul combinat când acest cod identifică complet condițiile de diagnostic implicate și 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 – **și nu:**

I70.20	<i>Ateroscleroza arterelor extremităților, nespecificată și</i>
R02	<i>Gangrenă, neclasificată în altă parte</i>

0016-0024 VEZI PAG. 26-36**0025 CODIFICAREA DUBLĂ**

Deși există o anume rațiune pentru repetarea aceluiași cod în scopul reflectării multiplelor aspecte ale aceleiași 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. Același cod poate fi repetat doar pentru procedurile necesare tratării acestor condiții.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Vene varicoase, bilaterale, picior

Procedură: Desprinderea bilaterală și ligatura joncțiunii venelor varicoase sfeno-femorale

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

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 și supraveghere a regimului alimentar** va fi utilizat numai pentru codificarea diagnosticului principal, și 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 intoleranță la alimente, gastrita, hipercolesterolemie, obezitate. Pentru cazurile în care pacientul suferă de altă afecțiune-aceasta fiind motivul spitalizării- și primește totuși consiliere privind alimentația, se va reda acest lucru utilizând codul de **procedură 96067-00 Consiliere sau educație nutrițională/dietetică**.

EXEMPLUL 1:

Pacient internat cu schizofrenie pentru testarea medicației 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 *Diagnostic adiționale* (vezi pag. 9), totuși 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 *Diagnostic 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 și 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 și de manifestare – sistemul ‘dagger și asterisc’

Codurile pentru etiologie (cauza de bază) sunt adnotate cu simbolul dagger (†) și codurile de manifestare prin simbolul asterisc (*). Alocați ambele coduri **în aceeași 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 și alte infecții gonococice genito-urinare*
Gonococică:

- epididimita (N51.1*)

N51.1* Afecțiuni ale testiculului și epididimiului în boli clasificate în alte locuri

Gonococică:

- epididimita (A54.2†)

(Observație – n.n. Atunci când în codul notat cu dagger nu este cuprinsă și 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 (†) și codul alternativ cu asterisc apar amândouă în capul rubricii**, toți termenii clasificabili la acea rubrică sunt subiectul unei duble clasificări dar se înregistrează și se codifică diagnosticul codificat cu dagger.

EXEMPLUL 2:

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

Observație – n.n. Când 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 și 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 aceeași formulare descriptivă și astfel sunt cerute două coduri: unul pentru etiologie și 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 așa, acești termeni vor fi marcați cu simbol și li se va alocă 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 și pentru afecțiunea de bază, **aceasta din urmă codificându-se prima.**

‘**Folosiți cod suplimentar pentru identificarea manifestărilor, ca...**’ - Alocări de asemenea codul care identifică manifestarea, ca atare, dar nelimitată la exemplele listate.

Aplicați instrucțiunile privind codificarea multiplă așa 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* folosește un număr de convenții care trebuie înțelese de către codificatorii din clinici și de cei care interpretează statistic pe baza codurilor *ICD-10-AM*.

Termenii de includere

În cadrul rubricilor cu trei și patru caractere, sunt listate de obicei un număr de alți termeni de diagnostic. Aceștia sunt cunoscuți ca ‘temeni incluși’ și 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 distingerei graniței dintre o subcategorie și alta. Listele cu termenii incluși nu sunt exhaustive și 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). În 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 așa.

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 acurateții 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 și traducerea medicală includ inflamarea vezicii biliare (colecistită) și calculi biliari (colecistiază).

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 folosește 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:

- ateroscleroză (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 așa)

Afecțiunile listate în aceste note de excludere sunt cele care sunt concepute similare ale rubricii în care sunt listate și de aceea pot fi clasificate greșit la rubrica în cauză.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Obstrucția cronică a căilor respiratorii și bronșiectazia

Obstrucția cronică a căilor respiratorii este indexată la J44.9 *Boli pulmonare obstructive cronice, nespecificate*. Bronșiectazia este indexată la J47 *Bronșiectazie*.

Includerea/excluderea notelor pentru aceste două coduri sunt:

J44 *Alte boli pulmonare obstructive cronice*



Include: cronice:

- bronșite
 - asmatică (obstructive)
 - emfizematoase
- cu:
 - obstrucția căilor respiratorii
 - emfizem
- obstructive
 - astm
 - bronșită
 - traheo-bronșită

Exclude:	astmul (J45.-): bronșita asmatiformă NOS (J45.9) bronșiectazie (J47) cronică:
	• bronșită: • NOS (J42) • simplă și mucopurulentă (J41.-) • traheită (J42) • traheobronșită (J42)
	emfizem (J43.-) boli pulmonare datorate agenților externi (J60-J70)
J47	<i>Bronșiectazie</i> Bronhiolctazie
Exclude:	bronșiectazie congenitală (Q33.4) bronșiectazie tuberculoasă (boală curentă) (A15-A16)
Această notă de excludere J44 înseamnă că ‘ați putea crede că bronșiectazia este cuprinsă în cod, dar nu este așa’. De asemenea, J47 nu are o notă de includere care să arate că, împreună cu bronșiectazia, CAL poate fi clasificată la J47. De aceea, alocările corecte de cod sunt J44.9 <i>Boli pulmonare obstructive cronice, nespecificate</i> și J47 <i>Bronșiectazie</i>.	

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

1. Dacă acest cod, J47, este retradus în diagnostic medical, el nu include CAL.
2. Bronșiectazia nu este nici similară și nici o componentă a CAL și nu ar fi clasificată la J44 așa 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 Bronșiectazie nu include sub-termeni legați de **CAL** sau invers.

Descrierile din glosar

Capitolul V *Tulburări mentale și comportamentale* folosește 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 aceeași 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 *Nefropatia hipertensivă* linia ‘nefrită arteriosclerotică (cronică) (interstițială)’ înseamnă că I12 este numărul de cod pentru termenul ‘nefrită arteriosclerotică’ singură sau când se folosește 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†	<i>Meningita listeriană și meningoencefalita</i> Listeriană:
	• meningita (G01*) • meningoencefalita (G05.0*)
G01*	<i>Meningita în bolile bacteriene clasificate în altă parte</i> 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	<i>Lepra [Boala Hansen]</i>
------------	-----------------------------

Două puncte :

Două puncte sunt folosite în listarea termenilor de includere și 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 alinate 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 și 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 și ligamentele pelviene***

Smulgerea cartilajului simfizei interioare	} obstetrică
Deteriorarea coccisului	
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 totuși 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 însăși și doar cele mai puțin obișnuite sunt specificate.

EXEMPLUL 9:

Stenoza mitrală se folosește în mod obișnuit 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 incluși 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.

Analiztii 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 fișă precum codificarea o arată. Atunci când sunt comparate tendințele în timp și sunt interpretate statistic, este necesar să fie conștienți 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* și J16.8 - *Pneumonia cauzată de infecția cu alte organisme*. Multe alte categorii sunt prezentate în Capitolul X *Boli ale aparatului respirator* și 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* și P23.- *Pneumonia congenitală*). J18.- *Pneumonia, organism nespecificat*, cuprinde pneumonii pentru care agentul infecțios nu este stabilit.

‘Și’ în titluri

‘Și’ înseamnă ‘și/sau’. De exemplu în rubrica A18.0+ *Tuberculoza oaselor și a articulațiilor* trebuie clasificate cazurile de ‘tuberculoza oaselor’, ‘tuberculoza articulațiilor’ și ‘tuberculoza oaselor și 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 și Capitolul XXI, cu excepția medicamentelor și a altor substanțe chimice.
- Secțiunea II este indexul cauzelor externe de morbiditate și mortalitate și cuprinde toți termenii clasificabili din Capitolul XX, cu excepția medicamentelor și a altor substanțe chimice.
- Secțiunea III, Tabelul medicamentelor și a altor substanțe chimice, listează fiecare substanță, codurile pentru otrăvire și efectele adverse ale medicamentelor clasificabile la Capitolul XIX, și codurile din Capitolul XX care prezintă efectele adverse ale unei substanțe administrate corect și dacă otrăvirea a fost sau nu accidentală, deliberată sau nedeterminată.

Secvența

Principalii termeni sunt prezentați în ordine alfabetică. Spațiile, cratimele, și simbolurile preced numerele și literele alfabetului. Acestea pot diferi față de ediția precedentă care ignora spațiile și 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 în 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, și că, atunci când este necesar, trebuie căutat un termen mai precis în Index.

Referințe încrucișate

Referințele încrucișate sunt folosite pentru evitarea dublării fără rost a termenilor Indexului. Cuvântul ‘vezi’ (*see*) necesită trimiterea codicatorului clinic către alt termen; ‘vezi de asemenea’ (*see also*) direcționează codicatorul către altă poziție în Index dacă enunțul de codificat conține altă informație care nu se găsește alineată sub termenul la care este atașat ‘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; și/sau
- Poartă un risc procedural; și/sau
- Poartă un risc anestezic; și/sau
- Cere o pregătire de specialitate; și/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 și curetaj, diatermie și 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 și 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 și cele nechirurgicale este dificil de definit, mai ales cu introducerea intervenției endoscopice și radiologice. De exemplu, aspirația cu ac fin, procedurile percutanate, angioplastiile cardiologice percutanate și procedurile terapeutice endoscopice împreună cu alte tratamente nu necesită deseori incizii mari și 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 și 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 și 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 și Glosar’, ediția a VI-a, 2000 publicată de către Australian Dental Association (ADA), Incorporated (Asociația Dentară Australiană). Căpșii 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, nașterea, etc. Axele secundare au legătură cu tipul procedurii.

• Proceduri chimioterapeutice și de iradiere oncologică

Acest capitol are axe principale în legătură cu procedurile chimioterapeutice și 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 ședințelor de terapie computerizată, etc.

• Intervenții neinvazive, cognitive și neclasificate altundeva

Acest capitol are o axă principală privind scopul intervenției, adică suport pentru diagnostic, terapie sau administrativ/clinic/pacient. Axa secundară privește 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 și anexe. În axa primară a intervențiilor terapeutice, axele secundare sunt consultația, 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 lipsește informația necesară repartizării unui termen procedural la un cod mai specific.

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

Și/Sau în titlurile codurilor

‘Și’ în titlurile codurilor înseamnă ‘și’. ‘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 și 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 aceștia fiind modificat după specificarea care apare în dreapta acoladei.

Termeni incluși

Termenii incluși 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 incluși *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 și când se efectuează (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* definește suplimentar localizarea. De exemplu:

30394-00[987] *Drenajul abcesului, hematomului sau chistului intraabdominal*
 Include:

- apendicelui - fosei iliac - intraperitoneal - pelvic - subhepatic - subfrenic	}	Abcesul, hematumul 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 și simplu, într-o etapă*

Notă	<i>Lambou</i>	Țesut detașat 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)
	<i>Local</i>	Lambou prelevat de la o zonă adiacentă defectului
	<i>Simplu</i>	De formă regulată, bidimensional
	<i>Mic</i>	Se referă la mărimea zonei receptoare

Codifică de asemenea/Codifică și când se efectuează:

Această instrucțiune se folosește 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 și când se efectuează:

- meatoplastia (41512-00 [305])

Codifică primul:

Notele instrucționale Codifică primul ajută codicatorul clinician în determinarea corectă a înșiruirii 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 așa 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 celui 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’ și ‘exclude’. Aceste instrucțiuni sunt un ghid de folosire a codurilor adiționale, a secvenței și notelor de excludere indicând reguli ce arată când o procedură ar fi codificată în altă parte.

Secvența

Termenii principali sunt înșiruiți secvențial în mod alfabetic. Spații, liniuțe și simboluri preced numere și litere alfabetice. Aceasta poate varia de la edițiile anterioare care ignorau spațiile și 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 înșiruite secvențial, numeric înaintea caracterelor alfabetice. De exemplu:

Sutura

- lacerăția 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 (și uretră) 90480-00 [1344]
- col uterin 16571-00 [1344]

Prepozițiile ‘ca’, ‘prin’, ‘pentru’, ‘cu’ și ‘fără’ urmează imediat termenul principal sau sub-termenul la care se referă. Când descrierea unei proceduri include termenii listați dedesubtul unui sub-termen prepozițional și 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 și Reparare, articulație) 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]
- gleznă
- - pentru înlocuirea articulației (totale) 49715-00 [1544]
- - Austin Moore, șold 47522-00 [1489]

Numerele de bloc

MBS este o listă de plăți și a fost structurată în funcție de specialități. Deoarece procedurile din *ICD-10-AM* se bazează pe numerele articolelor în MBS și 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 și 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. Aceștia 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. Aceștia se numesc *modificatori esențiali*. Acești sub-termeni formează intrări de linie individuală și 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 și 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 instrucțiunea *omite codul*. De exemplu:

Artrotomie 50103-00 [1555]
 - ca abord chirurgical – *omite codul*
 - gleznă 49706-00 [1529]
 - cot (toaletă) 49100-00 [1410]
 - șold 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 asemenea 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 și’ îndreaptă utilizatorul spre un alt termen principal când intrările respective nu furnizează un cod. De exemplu:

Abdominoplastie
 - reducerea dimensiunii vezi și *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 și 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 ‘Eșuată’ (de exemplu, ‘CDE eșuat’ 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 nașterea cu forceps eșuată, 90468-05 [1337] *Aplicația eșuată de forceps*, care înseamnă că rezultatul așteptat nu a fost realizat (adică, nașterea copilului nu a fost realizată prin folosirea forcepsului).

0020 PROCEDURI MULTIPLE/BILATERALE

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

Așa cum este arătat în SC 0042 *Proceduri codificate anormal*, (pag. 46), unele proceduri nu sunt codificate așa 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 codicatorul 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 incluși, ar trebui să aibă numai un cod alocat per episod operator.

EXEMPLE:

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

(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 (același tip și loc)
 Transfuzii de sânge (ale aceluiași 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 și 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]	<i>Alte proceduri pe cervix</i>
	92514-99 [1910]	<i>Anestezie generală</i>

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 și nu există nici un cod care să cuprindă atât endoscopia cât și 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 endoscoopiile tractului digestiv, de exemplu, gastroscopie, duodenoscopie, ileoscopie și esofagogastroduodenoscopie (EGD). Referiți-vă la Lista Tabelară a Procedurilor, blocurile:

- [1005] *Panendoscopia*
- [1006] *Panendoscopia cu îndepărtarea unui corp străin*
- [1007] *Panendoscopia cu distrugere și*
- [1008] *Panendoscopia cu excizie*

Totuși, esofagogoscoopiile 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 și în înțelesul de endoscoopiile tractului respirator și a sistemului urinar și de aceea endoscoopiile 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 și descrierea regiunii, fără nici un fel de intervenție sau act: puncție, biopsie, îndepărtare de corp străin, excizie sau distrugere de țesut sau leziune și 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, duoden sau pentru toate trei:** [1005] 30473-00 Panendoscopia pana la duoden; **Jejun și 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 și ileonul.

Alocați codul: 30473-05 [1005] *Panendoscopia ileonului*

Panendoscopia tractului gastrointestinal inferior cu vizualizarea ileonului

Alocați codul: 32090-00 [905] *Colonoscopia flexibilă până la cec*

Panendoscopia implicând faringele, laringele și 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 și tot țesutul gras de deasupra și 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 și 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) și aorta anterioară este luat singur, fără a fi efectuată o disecție în spatele vasului. Această procedură nu implică îndepărtarea pielii și 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 privește reglementarea colecției de date plănuită de Comitetul Național al Datelor de Sănătate care are reprezentare din toate statele și 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 și 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 ȘI TRANSPLANTAREA

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

2. Donare ca urmare a morții creierului în spital. Criteriile pentru donare sunt: moartea creierului, consimțământul și 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) și acordați codul adecvat de la Z00.5 *Examinarea donatorului potențial de organ și 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 și ca urmare a morții creierului, atribuiți ca diagnostic principal codul adecvat de la Z52.- *Donatori de organe și țesuturi* și 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 și ulterior ventilați pentru o posibilă donare ca urmare a morții creierului vor avea ca diagnostic 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 rănilor 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 primește și donează organe în timpul unui episod de îngrijiri, de exemplu, inimă/plămân) vor avea un diagnostic adițional de donator și ambele coduri de proceduri de transplant și 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 ȘI TRANSPLANTULUI DE ORGANE/ȚESUTURI					
Organ/ Țesut	Donare non- autologă Cod diag.	Cod procedură procurare		Cod procedură transplant	
Sânge, integral	Z52.00	13709-00 [1891]	<i>Colectarea de sânge pentru transfuzie</i>	13706-01 [1893]	<i>Transfuzia de sânge integral</i>
Sânge, celule stem via afereză	Z51.81	13750-05 [1892] 13750-04 [1892]	<i>Afereza celulelor stem cu crioprezervare</i> <i>Afereza celulelor stem</i>	Bloc [802]	<i>Transplant de măduvă osoasă /celule stem</i>
Sânge, alte produse	Z52.08	Bloc [1891] Bloc [1892]	<i>Colectarea sau procesarea terapeutică a sângelui/măduvii osoase</i> <i>Afereză</i>	Bloc [1893]	<i>Transfuzia de sânge și gammaglobulină</i>
Piele	Z52.1	90669-00 [1634]	<i>Excizia pielii pentru grefă</i>	Cod adecvat de la blocurile [1640] până la [1650]	
Os	Z52.2	Bloc [1563]	<i>Alte proceduri excizionale pe os din alte zone ale aparatului locomotor</i>	Vezi Indexul Procedurilor – ‘Grefă, os, după localizare’	
Măduva osoasă	Z52.3	13700-00 [801]	<i>Procurarea de măduvă osoasă pentru transplant</i>	Bloc [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă/celule stem</i>
Rinichi	Z52.4	Bloc [1050]	<i>Nefrectomie completă pentru transplant</i>	Bloc [1058]	<i>Transplant renal</i>
Cornee	Z52.5	42506-00 [161]	<i>Enucleerea globului ocular fără implant</i>	Bloc [173]	<i>Keratoplastie</i>
Celule stem sist.limbic	Z52.8	42683-00 [254]	<i>Excizia leziunii sau țesutului conjunctival</i>	90065-00 [174]	<i>Transplant de celule stem sist.limbic</i>
Ficat	Z52.6	90346-00 [953]	<i>Hepatectomie totală</i>	90317-00 [954]	<i>Transplant de ficat</i>
Inimă	Z52.7	90204-00 [659]	<i>Îndepărtarea inimii donatorului pentru transplant</i>	90205-00 [660]	<i>Transplant de inimă</i>
Plămân	Z52.8	38438-03 [553]	<i>Îndepărtarea plămânului donatorului pentru transplant</i>	Bloc [555]	<i>Transplant de plămân</i>
Inimă și plămân	Z52.8	90204-01 [659]	<i>Îndepărtarea inimii și plămânului donatorului pentru transplant</i>	90205-01 [660]	<i>Transplant de inimă și plămân</i>
Pancreas	Z52.8	Bloc [978]	<i>Pancreatectomie</i>	90324-00 [981]	<i>Transplant de pancreas</i>

0031 ANESTEZIA

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

Definiție

Anestezia cerebrală

Termenul ‘anestezie cerebrală’ din *ICD-10-AM* cuprinde procedurile anestezice ale anesteziei generale și 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 și 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) și 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 și infiltrarea anesteziei locale.

1. Blocul neuroaxial

92508-XX [1909] *Blocul neuroaxial* urmează a fi alocat pentru anestezia epidurală, spinală sau caudală (sau în orice combinație) și include atât injectarea, cât și 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 și, 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) și 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 și anestezia în travaliu și cezariană*, [1909] *Anestezia căilor de conducere* și [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, așa 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 și 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 și ASA nu este documentat.

Codificați : 92515-99 [1910] *Sedare, ASA 9, fără urgență*

3. Pacient cu anestezie generală și 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 membrului 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 **ȘI** 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* și/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* și/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 același 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 și anestezia în travaliu și cezariană*. 92506-XX [1333] *Blocarea axului neural în timpul travaliului* este desemnat când se administrează un bloc caudal, epidural și/sau spinal, fie prin injectare sau infuzare pentru ușurarea durerii în timpul travaliului. Când travaliul progresează către naștere prin operație

cezariană iar blocul neuroaxial este continuat pentru acea procedură, alocați 92507-XX [1333] *Blocarea axului neural în timpul travaliului și 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 anestezicului local* ar trebui să fie alocat numai când anestezicul este documentat pe foaia de anestezie și nu există alte proceduri de anestezie pe aceeași foaie la blocurile [1333] *Analgezia și anestezia în travaliu și 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 *Diagnostiche privind durerea și proceduri de monitorizare a durerii*, pag. 230. Codurile 92518-00 [1912] *Infuzie intravenoasă postprocedură, analgezie controlată de pacient (PCA)* și 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. Ordonăți 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 șirul 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 și sedare.
 8. Codurile pentru anestezicele care sunt relevante pentru acest standard se găsesc în următoarele blocuri:
 [1333] *Analgezia și anestezia în travaliu și 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 profesii înrudite cu sănătatea sunt reprezentate în *ICD-10 AM*:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| • Dietetica | • Audiologia |
| • Asistența socială | • Ortoptica |
| • Terapia ocupațională | • 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 același 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 profesioniștii din domeniile înrudite cu sănătatea în restructurarea codurilor ‘specifice unei anumite profesii’ 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 trimerile de către profesiunile specifice înrudite cu sănătatea la descrierea unor coduri specifice au fost înlocuite, iar duplicarea intervențiilor între profesii 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 și 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, podiatristii pot imobiliza tarsul fracturat (47627-00 [1526]), chirurgii podiatristi pot îndepărta o unghie de la picior încarnată prin rezecție largă (47915-00 [1632]), fizioterapiștii sau terapeuții 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]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, dietetica</i>
95550-01 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, asistența socială</i>
95550-02 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, terapia ocupațională</i>
95550-03 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, fizioterapia</i>
95550-04 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, podiatria</i>
95550-05 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, patologia vorbirii</i>
95550-06 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, audiologia</i>
95550-07 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, ortoptica</i>
95550-08 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, protetica & ortetica</i>
95550-09 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, farmacia</i>
95550-10 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, psihologia</i>
95550-12 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, asistență religioasă</i>
95550-13 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, terapie prin muzică</i>
95550-11 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, altele</i>

Clasificare

1. De regulă, este necesar numai să se atribuie codul (codurile) general(e) (blocul [1916]) pentru o intervenție în domeniile înrudite cu sănătatea. Totuși, 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 și/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 aceeași 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) și un dietetician (1 intervenție efectuată) în timpul unui episod de îngrijire, atribuiți:

95550-03 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, fizioterapia</i>
95550-01 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, asistența socială</i>
95550-00 [1916]	<i>Intervenții în domenii înrudite sănătății, dietetica</i>

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

EXEMPLUL 2:

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

Coduri specifice

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

Notă: Se pot acorda coduri combinate din exemplele (1) și (2), dar este recomandabil să se acorde în mod curent numai un cod general, pentru claritatea și 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]	<i>Rezecția parțială a esofagului cu anastomoză (pediatrie)</i>
43906-01 [857]	<i>Rezecția totală a esofagului cu anastomoză (pediatrie)</i>

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

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

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 și/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 diagnosticul sau într-o procedură asociată. De exemplu:

- Razele X și aplicarea unui aparat ghipsat se așteaptă a primi diagnosticul de fractură Colles
- Antibioticele intravenoase se așteaptă 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 aceluiași document. În asemenea cazuri, standardul depășește această listă, iar codul stabilit ar trebui, deci, să fie acordat așa 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 aceleași 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 și 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 și 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 ȘI LAMBOURI LIBERE

Definiție

Acest standard este furnizat pentru a sprijini codificarea lambourilor și 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 și vase și un asemenea lambou se numește 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 numește ‘liber’ pentru că implică rezecția unei părți a țesutului din corp și 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 și vena (care vor fi anastomozate la locul de primire într-un lambou liber și rămâne conectat la locul donator sub formă de lambou) se numește 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 numește **osteosinteză**.

În acest standard, termenul de lambou va fi folosit pentru a include ‘lamboul’ și ‘lambou 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 mușchi
Lambou fascio/mio/cutanat	un lambou incorporând multiple straturi de țesut din fascia, țesut de piele/subcutanat sau mușchi. Acesta este de asemenea cunoscut ca un lambou compus
Osteofasciocutanat	os, fascia și 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 și deseori folosit pentru reconstruirea esofagului
Lambou liber jejunal	țesut jejunal deseori folosit pentru a reconstrui esofagul
Lambou al arterei circumflexe iliac 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 și este deseori folosit pentru reconstruirea mandibulei sau fracturilor tibiale nesudate.
Lambou miocutanat al dreptului abdominal transvers (MDAT)	acest lambou este deseori folosit în reconstruirea sânelui. 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 și venă. Acest țesut este tunelat sub piele și adus la locul de primire (pediculul rămas sub piele și încă atașat 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 atașat 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 și dezvoltarea unui pedicul vascular. Pentru definirea acestora sau altor termeni legați de lambouri, (vezi Notele de la blocurile 1651, 1652, 1653 și 1654).

Clasificare

Cele două coduri principale necesare când se codifică lambourile sunt:

- **Lamboul**

- [1651] *Lamboul de piele local, simplu și 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 mușchi*
- [1673] *Lambou insulă*
- [1674] *Lambou liber*

- **Anastomoza microchirurgicală a vaselor și/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 și un cod de anastomoză microchirurgicală (când se aplică).

EXEMPLUL 1:

Reconstruirea sânelui folosind un lambou MDAT necesită următoarele coduri:

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

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

Codifică și când se efectuează:

anastomoza microchirurgicală a:

- vaselor de sânge (vezi blocul [1695])
 - nervilor (39300, 39306 [83])
 - repararea defectului secundar:
 - mușchiul peretelui abdominal (30403-05 [1000])
 - prin grefă (vezi *Index: Grefă, prin localizare sau tip*)
 - mușchi, prin lambou (45012 [1672])
- necutanat (de ex., mușchiul), prin sutură (vezi *Index: Sută, 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 și un cod adițional (secundar) pentru anastomoza vaselor de sânge (45502 [1695]).

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

[868]	<i>Proceduri de reconstruire pe esofag</i>
[1713]	<i>Reconstruirea mandibulei</i>
[1714]	<i>Reconstruirea maxilarului</i>
[1756]	<i>Procedurile de reconstruire pe sân</i>

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

Grefarea defectului la locul donator nu este o procedură componentă a lamboului și 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 și agenții imuno-modulanți, antibioticele citotoxice, terapia hormonală și agenții imuno-supresivi. Chimioterapia este folosită cel mai adesea în tratamentul neoplasmelor, dar și în afecțiuni cum ar fi HIV, lupus eritematos și 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*

Diagnostic

Pacienții **de o zi** (adică, internați și externati în aceeași 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 aceeași zi pentru cancer de prostată. Chimioterapie efectuată intravenos timp de 4 ore, pacient externat în aceeași zi.	
Coduri:	Z51.1	<i>Sesiune de chimioterapie pentru neoplasm</i>
	C61	<i>Neoplasm malign de prostată</i>
	M8010/3	<i>Carcinom NOS</i>
	13918-00 [1780]	<i>Chimioterapie administrată intravenos > 1 oră durată și ≤ 6 ore durată</i>

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 și 10.	
Coduri:	C50.-	<i>Neoplasm malign de sân</i>
	Z51.1	<i>Sesiune de chimioterapie pentru neoplasm</i>
	M8010/3	<i>Carcinom NOS</i>
	13921-00 [1780]	<i>Chimioterapie administrată intravenos > 6 ore durată</i>

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 primește codul Z51.1 *Sesiune de chimioterapie pentru neoplasm* și 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 obișnuit '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 oprește 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 atașarea unui tub, canulă pentru injecții sau un dispozitiv de aplicare a medicamentelor ambulator [pomă externă pentru infuzii])

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

Exemple: Hickman, Broviac, Groshong, Cook
SAU

- formarea unui tunel sub piele și 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) și un rezervor. Rezervorul este fabricat astfel încât să accepte punctii multiple făcute cu ajutorul unor ace de o formă specială (de exemplu, Huber) și totuși să-și mențină scurgerea lichidului constantă. Poate fi atașat pentru administrarea ambulatorie a unui medicament un dispozitiv extern cum ar fi pompa de infuzie externă.

Pompă 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 capacități intrinseci computerizate care permit administrarea unei doze prescrise și 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]	<i>Inserarea sau înlocuirea cateterului spinal</i>
34521-01 [694]	<i>Cateterizarea/canularea arterei intra-abdominale</i>
34524-00 [694]	<i>Cateterizarea/canularea altei artere</i>
13300-01 [738]	<i>Cateterizarea/canularea unei vene a scalpului la nou-născut</i>
13300-02 [738]	<i>Cateterizarea/canularea venei ombilicale la nou-născut</i>
13319-00 [738]	<i>Cateterizarea venei centrale la nou-născut</i>

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

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

Pompe implantabile de infuzie

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

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]	<i>Încărcarea pompelor sau dispozitivelor de infuzie implantabile</i>
13942-00 [1780]	<i>Încărcarea dispozitivelor de administrare ambulatorie a medicamentelor</i>

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 și pentru extragerea de eșantioane 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]	<i>Întreținerea (exclusivă) a dispozitivului sau pompei de infuzie implantabil</i>
13942-01 [1890]	<i>Întreținerea (exclusivă) a dispozitivului de administrare ambulatorie a medicamentelor</i>
92058-00 [1890]	<i>Irigarea cateterului vascular</i>

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.

1 ANUMITE BOLI INFECȚIOASE ȘI 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 și simptome. Persoanele afectate de infecția HIV vor urma deseori același tipar (adică ei sunt mai întâi diagnosticați ca având anticorpi pozitivi HIV, iar cum boala progresează, evoluează și ei la următorul nivel de gravitate al bolii). Totuși, nu este neobișnuit 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 imunodeficient 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 imunodeficient uman [HIV] boala*

Codurile R75, Z21, B23.0 și blocul B20–B24 se exclud mutual și nu ar trebui să fie listate împreună în același 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. Acești 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 și complicații ocazionale, incluzând meningita. Diagnosticul sindromului acut al infecției HIV (sau infecția primară HIV) nu se stabilește, de obicei, până când bolnavul nu dezvoltă anticorpi la HIV (seroconversii). Totuși, 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 obișnuit 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, alocăți 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 și vor rămâne așa 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 și 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 și 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 definește 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 privește starea curentă HIV a pacientului, verificați împreună cu clinicianul pentru a determina stadiul adecvat al bolii și folosiți codul HIV adecvat (Z21 sau B20–B24) pentru a indica prezența infecției. În aceste cazuri codul HIV nu va fi diagnosticul principal.

Ordonarea și 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 și codul de manifestare (*), cum ar fi demența în HIV (B22+ și H22*), alocăți 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 și ar trebui să urmeze după codul de manifestare de care sunt legate.

EXEMPLUL 1:

Un pacient este internat cu candidoză orală datorită infecției HIV. Alocăți și ordonați după cum urmează:

Candidoză orală	B37.0	<i>Stomatita prin Candida</i>
Boala HIV	B20	<i>Imunodeficiența umană virală [HIV] cu unele boli infecțioase și parazitare</i>

EXEMPLUL 2:

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

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

Manifestări și 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 alocă 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 alocă 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 și 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	<i>Anemie hemolitică non-autoimună indusă medicamentos</i>
	Efect advers al medicamentului antiretroviral	Y41.5	<i>Efecte adverse cauzate de medicamente antivirale în folosire terapeutică</i>
	HIV pozitiv (asimptomatic)	Z21	<i>Starea de seropozitivitate, asimptomatică, a virusului de imunodeficiență umană [HIV]</i>
	Codul adecvat al locului de producere (Y92.-)		

EXEMPLUL 4:

Diagnostic: Calculi renali induși de medicament antiretroviral cu stare SIDA.

Coduri:	Calcul renal indus de medicament	N20.0	<i>Litiază renală</i>
	Efect advers al medicamentului antiretroviral	Y41.5	<i>Efecte adverse cauzate de medicamente antivirale în folosire terapeutică</i>
	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 alocă un cod de diagnostic principal de la Z51.2 *Altă chimioterapie* dacă pacientul este internat și externat în aceeași 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 și 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 multimedimentatoase pentru complexul pulmonar mycobacterium avium pentru o zi.

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

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 alocă un cod pentru diagnostic principal Z29.2 *Alte măsuri de chimioterapie profilactică* dacă pacientul este internat sau externat în aceeași 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 așteaptă pentru tratament antiretroviral în aceeași zi.

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

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 Ganciclovir pentru Retinita CMV pe o zi.

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

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	
<i>S. pyogeni</i> (sensibil la penicilină)	Erizipel Febra puerperală Infecția leziunii Durere de gât Endocardită Febra reumatică (poststreptococică) Glomerulonefrită (poststreptococică)
Grupa B	
<i>S. agalactiae</i>	Infecții neonatale (floră normală a vaginului)
Grupa C	
<i>S. equisimilis</i>	Sinuzită Endocardită
Grupa D	
<i>S. faecalis</i> (enterococcus) }	Infecția tractului urinar
<i>S. faecium</i> (enterococcus) }	Endocardită
<i>S. bovis</i>	
<i>S. equinus</i>	
enterococcus	
Grupa G	
<i>S. pneumoniae</i> (pneumococcus)	Sinuzită Endocardită Pneumonie Sinuzită Meningită, etc
Altele	
<i>S. viridans</i>	
<i>S. salivarius</i>	
<i>S. mitis</i>	
<i>S. mutans</i>	
<i>S. sanguis</i>	
<i>S. lactis</i>	
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 și necrotică a celulelor ficatului. Virușii A, B, C, D și E pot rezulta în hepatita virală acută. Infecțiile acute de hepatită virală cu virușii B, C și D pot evolua către hepatita cronică virală.

Hepatita virală care durează mai mult de șase 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

și 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 și examene ecografice. Nou-născuții ale căror mame au hepatită cronică B sau sunt purtătoare de hepatită B au un risc de transmitere și ar trebui să fie imunizați imediat după naștere (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. Acești 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 produși, 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 și/sau anticorpi în sângele lui/ei și nu manifestă simptome, dar adăpostește organismul și 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) și 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 și infecția trecută variază după infecție.

Hepatita A

Hepatita A este o boală care este destul de contagioasă și se transmite enteric (ruta fecalo-orală). Transmiterea în cadrul familiilor este obișnuită. În țările în curs de dezvoltare sursa obișnuită 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 și HAV nu joacă nici un rol în hepatita cronică activă sau ciroză.

Hepatita B

Hepatita B se poate manifesta ca o boală acută și poate evolua către o infecție cronică. Virusul hepatitei B (HBV) este transmis prin secreții infectate ale corpului, cum ar fi sângele și produsele de sânge, țesut transplantat, salivă, urină, spermă și secreții cervicale. Cei mai mulți adulți au o vindecare completă și rămân cu imunitate pe viață. Totuși, 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 și 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 știe 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. Totuși, rezultatul negativ al unui 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 și să nu fie depistat în eșantionul 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 răspândește mai ales parenteral (prin ace și 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 și America Centrală. Se știe că s-au produs mari epidemii răspândite de la persoană la persoană. Cursul normal al infecției pare a fi acut și 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 și 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 și E:

Clasificare		
Hepatită virală/tip	Cod/descriere	Probleme generale
Hepatita A	B15.0 <i>Hepatita A cu comă hepatică</i>	- Nu se codifică nici un istoric trecut al hepatitei A nici starea de purtător. - O98.4 se alocă acolo unde hepatita A complică sarcina, nașterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional fie B15.0 fie B15.9 pentru a specifica tipul hepatitei).
	B15.9 <i>Hepatita A fără comă hepatică</i>	
	O98.4 <i>Hepatita virală complicând sarcina, nașterea și lăuzia</i>	
Hepatita B	B16.- <i>Hepatita acută B</i>	- Când un 'istoric al hepatitei B' este documentat, n-ar trebui să se presupună că pacientul este purtător de hepatita B și 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, nașterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional de la B16 sau B18 pentru a specifica tipul hepatitei). Dacă pacienta obstetricală este o purtătoare alocăți Z22.51.
	B18.0 <i>Hepatita virală cronică B cu agent Delta</i>	
	B18.1 <i>Hepatita virală cronică B fără agent Delta</i>	
	O98.4 <i>Hepatita virală complicând sarcina, nașterea și lăuzia</i>	
	Z22.51 <i>Purtător de hepatită virală B</i>	
Hepatita C	B17.1 <i>Hepatita acută C</i>	- 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, alocăți 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,
	B18.2 <i>Hepatita virală cronică C</i>	
	O98.4 <i>Hepatita virală complicând sarcina, nașterea și lăuzia</i>	
	Z22.52 <i>Purtător de hepatită virală C</i>	

			codicatorii ar trebui să verifice împreună cu clinicianul pentru a determina dacă boala este într-un stadiu acut sau cronic. Când consultația nu este posibilă, alocăți 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, alocăți codul pentru purtător al hepatitei virale C (Z22.52). - O98.4 se alocă acolo unde hepatita C complică sarcina, nașterea sau lăuzia (împreună fie cu B17.1 sau B18.2 pentru a specifica tipul hepatitei). Dacă pacienta obstetricală este o purtătoare alocăți Z22.52.
Hepatita D (cu HBV acut)	B16.0	<i>Hepatită acută B cu agent Delta (coinfecție) cu comă hepatică</i>	- O98.4 se alocă acolo unde hepatita D complică sarcina, nașterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional de la B16 sau B18 pentru a specifica tipul hepatitei). Dacă pacienta obstetricală este o purtătoare alocăți 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).
	B16.1	<i>Hepatită acută B cu agent Delta (coinfecție) fără comă hepatică</i>	
Hepatita D (cu HBV acut)	B18.0	<i>Hepatita virală cronică B cu agent Delta</i>	
	B17.0	<i>Suprainfecția acută prin agent Delta la un purtător de hepatită</i>	
Hepatita D (cu HBV cronic)	O98.4	<i>Hepatita virală complicând sarcina, nașterea și lăuzia</i>	
	Z22.59	<i>Persoană purtătoare de altă hepatită virală specificată</i>	
Hepatita E	B17.2	<i>Hepatita acută E</i>	- Nu se codifică un istoric trecut sau purtător de hepatita E. - O98.4 se alocă acolo unde hepatita D complică sarcina, nașterea sau lăuzia (împreună cu un cod adițional de la B17.2 pentru a specifica tipul hepatitei).
	O98.4	<i>Hepatita virală complicând sarcina, nașterea și lăuzia</i>	

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 și 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:

- Reacția indusă de medicamente sau alți agenți fizici (de ex.: Bactrim). Aceasta este o formă nefebriilă a neutropeniei.
- Neutropenia este asociată cu diverse alte boli incluzând leucemiile acute, alte cancere hematologice (de ex.: boala Hodgkin), boli de tip collagen, alte infecții nebacteriene (de ex.: malaria, febra tifoidă) și ocazional artrita reumatoidă. În unele circumstanțe (de ex.: artrita reumatoidă) neutropenia nu este febrilă, în timp ce în leucemiile acute, malaria și febră tifoidă ea este asociată cu febra.
- Neutropenia congenitală.
- 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, alocăți codul D70 *Agranulocitoză* (neutropenia) și, 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, șoc hemoragic, leziuni organice și infecții mediate imunitare. SIRS se manifestă prin două sau mai multe din următoarele:

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

Sepsis

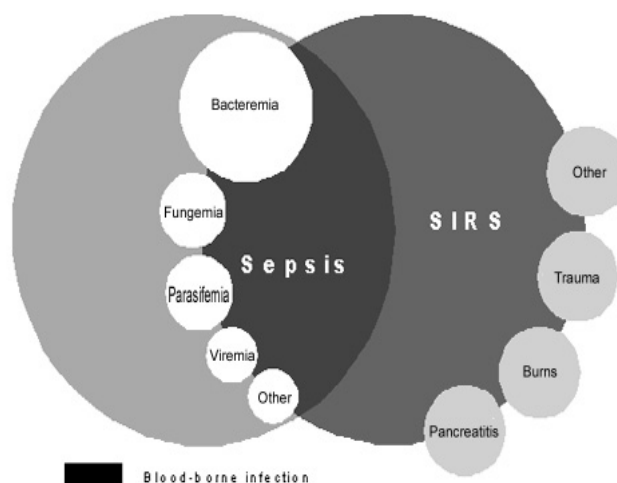
Sepsis este definit ca un răspuns inflamator sistemic (SIRS) la infecție. Invazia microbiană în circuitul sanguin nu este esențială pentru dezvoltarea sepsilului. Răspândirea locală sau sistemică a moleculelor cu semnal microbian sau toxinelor poate să scoată în relief răspunsul. Sepsis poate fi folosit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

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

<i>“Infecție:</i>	Fenomen microbial caracterizat printr-un răspuns inflamator la prezența microorganismelor sau invazia țesutului gazdă steril normal de către aceste organisme.
<i>Bacteremia:</i>	Prezența bacteriilor viabile în sânge.
<i>Sindromul răspunsului inflamator sistemic:</i>	Răspunsul inflamator sistemic la o varietate de atacuri clinice severe. 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 PaCO₂ < 32 torr (< 4.3 kPa) • WBC > 12.000 celule/mm³, < 4000 celule/mm³, sau > 10% forme imature (bandă).
<i>Sepsis:</i>	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 PaCO₂ < 32 torr (< 4.3 kPa) • WBC > 12.000 celule/mm³, < 4000 celule/mm³, sau > 10% forme imature (bandă).
<i>Sepsis sever:</i>	Sepsis asociat cu disfuncție organică, hipoperfuzie sau hipotensiune. Hipoperfuzia și anomaliile de perfuzie pot include dar nu sunt limitate la acidoză lactică, oligurie sau o alterare acută în starea mentală.
<i>Șoc septic:</i>	Sepsis cu hipotensiune în ciuda resuscitării 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.
<i>Hipotensiune:</i>	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.
<i>Sindromul disfuncției multiviscerale:</i>	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 și infecție American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definițiile pentru sepsis și insuficiența organică și 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 și a organelor pelviene, consecutive unui avort, unei sarcini extra-uterine și 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 și 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 și 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 și în asemenea cazuri ar trebui să li se alocă 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 37,4⁰C, 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 și care sunt ușor de identificat.

MRSA: *Staphylococcus Aureus rezistent la methicillin*

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

Methicillin este o penicilină semisintetică folosită în laborator pentru a identifica rezistența cu toate că nu se mai folosește în practica clinică. Medicamente similare folosite pentru tratament sunt flucloxacilină și dicloxacilină.

- Multi-rezistența – acestea sunt de obicei sușe nosocomiale ale MRSA și sunt de obicei rezistente la antibiotice multiple, nu numai methicillină și penicilină.
- Non multi-rezistente – acestea sunt de obicei sușe dobândite în comunitate ale MRSA și sunt rezistente tipic numai la methicilină și 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 și tractul genital al indivizilor sănătoși. *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 și 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 sușă a enterococului care a dezvoltat o rezistență la Vancomicină și la multe alte antibiotice folosite în mod obișnuit.

Este important de a face diferența între ‘o infecție’ cauzată de un organism și ‘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 și codificată în conformitate cu [SC 0002](#) *Diagnostiche 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 și 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 și 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 microorganism rezistent la medicamente, nespecificat.*

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

2 NEOPLASME

0236 CODIFICAREA ȘI SECVENȚIALITATEA NEOPLASMELOR (EXCLUZÂND CHIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA ÎN ACEEAȘI 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 obișnuită 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 paliativă (vezi de asemenea [SC 0224](#) *Asistență paliativă*, vezi pag. 75)
 - recurența malignității primare eradicată anterior din același 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 radioterapia (vezi, de asemenea [SC 0044](#) *Chimioterapia*, pag. 51 și [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](#) *Diagnostic 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 și [SC 2113](#) *Examinări în vederea urmăririi longitudinale pentru tulburări specifice*, pag. 277).

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

0207 COMPLICAȚII ASOCIATE CU NEOPLASMELE

Când un pacient se prezintă cu o problemă și 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 și 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

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

Vezi [SC 1807](#) *Diagnosticale privind durerea și proceduri ale administrării (controlul) durerii*, pag. 230, pentru informații asupra codificării durerii netractable 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 și 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 același mod precum tumorile solide. Un limfom, indiferent de numărul de localizări implicate, nu este considerat metastatic și ar trebui să fie codificat la categoriile C81–C85. Limfoamele nu trebuie să își aibe originea în glandele limfatice. Limfoamele pot să-și aibe originea în orice țesut limfoid pe întregul corp și 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 și nespecificată*

C78.8 *Tumora malignă secundară a organelor digestive, altele și nespecificate*

C79.5 *Tumora malignă secundară a osului și măduvei osoase*

Pentru limfoame.

Limfoamele își 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 obișnuit de o evaluare interdisciplinară și/sau controlul necesităților fizice, psihologice, emoționale și spirituale ale pacientului; și un serviciu de consiliere privind durerea și pierderea ireparabilă pentru pacient și 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 specialiștii 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 și 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 *Tumora malignă secundară a pielii*.

0229 RADIOTERAPIE

Pacienții spitalizați **pe mai multe zile** (adică pacienți care au o diferență între data actuală și 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 **aceeași zi** (internare și externare în aceeași zi), Z51.0 *Ședința de radioterapie* va fi diagnostic principal urmat de codurile malignității și 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 obișnuit.

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 și nu este codificată.

Localizare primară necunoscută

O malignitate primară care depășește limitele a două sau mai multe subcategorii în cadrul unei categorii cu trei caractere și 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 și ale căror localizări confirmate depășesc două sau mai multe categorii cu 3 caractere.

C02.8 *Leziune depășind limba*

C08.8 *Leziune depășind glandele salivare principale*

C14.8 *Leziune depășind buza, cavitatea bucală și faringele*

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

Localizări vagi

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

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

0236 VEZI PAG. 73

0237 RECURENȚA MALIGNITĂȚII PRIMARE

Dacă malignitatea primară eradicată anterior a recidivat, alocați un cod pentru localizarea primară originală folosind codul adecvat de la C00-C75. Codificați de asemenea orice localizări secundare menționate.

EXEMPLUL 1:

Pacientul a avut anterior o colectomie sigmoidă în 1996 pentru carcinom, acum se prezintă cu recurență 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 și 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 și, 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. Alocați de asemenea codul adecvat pentru neoplasmul secundar.

EXEMPLUL 1:

Carcinom al ganglionilor limfatici axilari și plămânilor, metastatic de la sân.

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

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

EXEMPLUL 2:

Carcinom al sânelui, metastatic la creier.

Sân = localizare primară; creier = localizare secundară.

Dacă două sau mai multe localizări sunt declarate în diagnostic și toate sunt descrise ca metastatice, iar niciuna ca primară, codificați ca și 'localizare primară necunoscută' și codificați 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* și 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 porțiunea cu păr a pielii dintre limita superioară roșie și nas (philtrum) sau pe porțiunea cu păr a pielii dintre limita inferioară roșie și bărbie. Cele mai comune BCC și SCC se produc în afara limitei roșii și 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 alți termeni similari așa cum sunt descriși 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 MALIGNЕ ȘI LEUCEMII

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

Definiție

Remisiune completă – nici o dovadă a semnelor sau simptomelor de malignitate.

Remisiune parțială – reducerea semnelor și simptomelor tumorii cu > 50% dar există dovada bolii active.

Acolo unde documentația este incompletă și singura informație 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 și tumori maligne cu plasmocite*
- C91.- *Leucemia limfoidă*
- C92.- *Leucemia mieloidă*
- C93.- *Leucemia monocitară*
- C94.- *Alte leucemii cu celule de tip specificat*
- C95.- *Leucemia cu celule de tip nespecificat*

cu al 5lea caracter:

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| 0 | <i>fără a menționa remisiunea</i> | (include remisiunea parțială) |
| 1 | <i>în remisiune</i> | (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 și 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 5-lea 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.).

ȘI

- 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 și nu există nici o dovadă că pacientul primește 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 Diagnostic adiționale](#)). Codurile posibile pentru 'istoricul malignității' sunt:

Z85.6 *Antecedente personale de leucemie*

Z85.7 *Antecedente personale de alte tumori ale țesutului limfoid, hematopoietic și 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 (moștenită). FAP poate începe încă de la vârsta de 10 ani când mii de polipi potențial canceroși 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, nespecificată*

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 și FAP. HNPCC reprezintă aproximativ 1–5% din toate tipurile de cancer de intestin. O persoană care moștenește această mutație de genă are aproximativ o șansă de 80% de a dezvolta un cancer de intestin.

Clasificare

Dacă un cancer de colon ereditar non-polipozic (HNPCC) este documentat alocăți 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 ȘI ORGANELOR HEMATOPOIETICE ȘI UNELE TULBURĂRI ALE SISTEMULUI IMUNITAR

0301 PROCURAREA ȘI TRANSPLANTUL CELULEI STEM

Definiție

Celula stem

Măduva osoasă este sursa tuturor celulelor de sânge, incluzând eritrocitele, leucocitele și 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 și 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 și 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 folosește forța centrifugă pentru a separa și 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 și sarcomul Ewing, la care terapia standard nu ar vindeca acești pacienți. Există o varietate de alte tulburări maligne și non-maligne incluzând anemia aplastică, thalassemia majoră și tulburările autoimune, care pot fi tratate prin transplantul celulei stem.

În primele etape ale transplantului pacientul primește chimioterapie în doze mari cu sau fără tratament de radiație potrivit unui protocol care a fost stabilit. După completarea chimioterapiei și/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) și 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 roșii 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 și separare în aceeași 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 și separare în aceeași 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 însuși (autolog)	13706-07 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem autologe, fără procesare in vitro</i> SAU
	13706-08 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem autologe, cu procesare in vitro</i>
Familie compatibilă	13706-00 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, donator compatibil, fără procesare in vitro</i> SAU
	13706-06 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, donator compatibil, cu procesare in vitro</i>
Singenic (gemeni identici)	13706-00 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, donator compatibil, fără procesare in vitro</i> SAU
	13706-06 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, donator compatibil, cu procesare in vitro</i>
Familie incompatibilă	13706-09 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, alt donator, fără procesare in vitro</i> SAU
	13706-10 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, alt donator, cu procesare in vitro</i>
Compatibilitate neînrudită	13706-09 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, alt donator, fără procesare in vitro</i> SAU
	13706-10 [802]	<i>Transplantul de măduvă osoasă sau celule stem alogene, alt donator, cu procesare in vitro</i>

0302 TRANSFUZII DE SÂNGE

Transfuziile de sânge și infuzările de produse de sânge ar trebui să fie codificate **ori de câte ori** se efectuează. Transfuziile multiple ale aceluiaș produs de sânge, în cadrul aceluiași 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 și gammaglobulină în timpul unui episod de îngrijiri

Alocați 13706-02 [1893] *Transfuzie de concentrat celular și*
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 admiși 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 Otrăvire, 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 și la expunere la alte medicamente și substanțe biologice nespecificate*

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

0401 DIABET MELLITUS ȘI REGLEMENTAREA INTOLERANȚEI LA GLUCOZĂ

REGLAREA INTOLERANȚEI LA GLUCOZĂ (IGR)

Toleranța scăzută la glucoză (IGT) și toleranța scăzută a glicemiei pe nemâncate (IFG) se referă la stările metabolice anormale care sunt intermediare între homeostaza normală a glucozei și 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 și 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 și/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, totuși 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, alocăți 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 alocă un cod de la E14.- Diabet 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 și 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 și 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 obișnuit 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 și 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 nivelurilor 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 numește deseori 'luna de miere', dar nu invalidează clasificarea diabetului la asemenea pacienți ca fiind de tip 1.

Diabet tip 2 este un sindrom heterogen și rezultă din contribuțiile diferite ale secreției defectuoase de insulină și rezistența la insulină. Este forma predominantă a diabetului, mai ales la anumite grupuri etnice din Australia cum ar fi:

- Aborigenii australieni și insularii din Torres Strait,
- Insularii din Oceanul Pacific și Oceanul Indian,
- indivizii din Asia, India subcontinentală și Orientul Mijlociu.

La aceste populații diabetul tip 1 este relativ neobișnuit chiar prin comparație cu populațiile caucaziene.

Vârsta la debutul diabetului tip 2 scade, probabil ca un rezultat al creșterii prevalenței supragreutății și indivizilor obezi, cu toate că unii copii și 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 obișnuit și le lipsesc efectele genetice identificabile în cazurile MODY. Se estimează că din cauza acestei incidențe și prevalențe crescute, pacienții cu diabet tip 2 din aceste grupe de vârstă pot să întâlnească în curând ca număr indivizii cu diabet tip 1.

Terapia cu insulină

Terapia cu insulină pentru pacienți în vederea controlului diabetului tip 2 și a altor tipuri specifice de diabet cărora nu li se administrează în mod obișnuit insulină, este extrem de obișnuită 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 terapie cu insulină nu determină tipul de diabet și 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.- și 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 și 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 și cronică, pancreatopatia fibrocalculoasă, boala pancreatică cu insuficiență proteinică, hemocromatoza, fibroza cistică și 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* și 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. Acești viruși includ parotidita epidemică, Cocksackie B, retrovirusii, rușeola (mai ales congenitală sau infecție intrauterină), cytomegalovirus (CMV) și 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 intercurrentă.

Endocrinopatiile

Diabetul sau IGR asociate cu rezistența la insulină se dezvoltă deseori în boala Cushing, acromegalia, Sindromul lui Conn, glucagonomul, somatostatinomul, hipertiroidia, pheochromocytomul, hipersecreția de androgen ovarian și 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 obișnuit incluzând corticosteroizi, estrogeni, tiroxină (hormon tiroidian), diuretice tiazidice, agoniști alfa-adrenoreceptori, dilantin, acid nicotinic și agoniști beta-adrenoreceptori. Homeostaza normală a glucozei poate fi refăcută după încetarea medicației.

Unele medicamente incluzând diazoxid, somatostatin, ciclosporin, alfa-interferon și pentamidin și 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, alocăți codul adecvat E13.- sau E09.- și 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 și II autoimun poliglandular, artrita reumatoidă și sindromul Stiff Man și 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 și 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 obișnuit mai mult cu IGR decât cu diabetul. Printre acestea sunt anumite sindroame genetice și endocrinopatii incluzând sindromul Turner, sindromul Klinefelter, sindroamele MEN 2a și 2b, sindromul Cockayne, sindromul Prader-Willi, achondroplazia, sindromul Down și feocromocitomul 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, alocăți 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 și 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 naștere (cel mai obișnuit scenariu întâlnit), riscul dezvoltării ulterioare a diabetului tip 2 crește progresiv afectând majoritatea acestor femei, mai ales pe cele care rămân supraponderale sau obeze și/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, alocăți un cod de la subcategoria E09 *Reglementarea toleranței la glucoză*.

Diabetul gestațional poate reveni într-o sarcină următoare și când aceasta se produce, alocăți un cod pentru diabetul gestațional cu Z87.5 *Istoric personal al complicațiilor sarcinii, nașterii și lăuziei* ordonat direct după el.

Afecțiuni neonatale asociate cu diabetul matern

Clinicienii diagnostichează rareori diabetul mellitus neonatal tranzitoriu P70.2 *Diabet mellitus neonatal*, și nu folosesc în mod obișnuit termenul de 'pseudo-diabet'. Când acești 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 însuși.

Se produce deseori o descreștere ocazională a zahărului în sânge la nou-născuții din mame diabetice și, de obicei, se atribuie afecțiunii materne.

CLASIFICARE

Sunt posibile două alocări de coduri pentru nou-născutul cu o asemenea descreștere 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 și 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), alocăți 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 și multe tipuri specifice de diabet sunt supraponderali sau obezi și, atât hipertensiunea, cât și hiperlipidemia (mai precis denumită dislipidemia) sunt deseori combinate mai degrabă la acești pacienți decât la populația generală. O combinație a acestor tulburări, care sunt asociate cu rezistența la insulină și/sau hiperinsulinism, contribuie la boala macrovasculară și 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 așa-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, și când este confirmată, este asociată cu obezitatea care este tipic centrală (abdominală) în distribuție.

Clasificarea OMS a 'supraponderabilității' și '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 30–39.9 kg/m²
- 'Obezitate morbidă' (gradul 3) este definită ca BMI > 40 kg/m²

Aceste șiruri de BMI se aplică postpubertal persoanelor caucaziene. Pentru pacienții copii și adolescenții prepubertali, standardele specifice de vârstă ar trebui să fie consultate și/sau clinicianului ar trebui să i se ceară să clarifice încadrarea obezității/supraponderalității.

În practică distribuția grăsimii anormale și excesive poate fi de asemenea măsurată prin 'indicele talie-șold' (WHR) unde WHR anormal este > 0.90 la bărbați și > 0.85 la femei.

Hipertensiune

Hipertensiunea este definită ca fiind presiunea sângelui fixă depășind 140/90 mm Hg.

Dislipidemia

Caracteristica dislipidemiei este atribuită rezistenței la insulină exprimată printr-o creștere pe nemâncate a trigliceridelor (1.7 mmol/l) și 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) și nu diabetului tip 1.

Notă: Cu toate că sindromul ovarian polichistic (PCOS) și 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) și 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 și/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 (creșterea pe nemâncate a trigliceridelor și 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 și nici unul dintre criteriile de mai sus nu se întâlnesc, alocăți codul adecvat pentru diabet sau IGR cu aceste afecțiuni drept diagnostice adiționale.

În mod obișnuit 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 și 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 și letargie, dar rar o stare comatoasă, și în consecință ar trebui să se alocă 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, alocăți E1-.1- **Diabet cu ketoacidoză...* și un cod de diagnostic adițional E87.0 *Hiperosmolaritate și hipernatremie*, dacă hiperosmolaritatea este de asemenea documentată.

Acolo unde DKA apare ca un rezultat al non-compliancei cu tratamentul prescris de insulină, asemenea comportament ar trebui să fie codificat (vezi [SC 0517](#), *Non-compliance 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** și 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 și acidoza lactică. În aceste cazuri alocăți :

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 'eșec la tratament secundar' cu agenți orali hipoglicemici. În ciuda controlului glicemic nestabil sau slab acești 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 și pot rezulta greață și 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 clinician într-o trecere retrospectivă în revistă a întregii situații medicale a pacientului, a istoricului recent și 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, și când acestea sunt documentate ar trebui să fie alocat un cod adițional adecvat de la E10–E14.

Reacții la insulină și reacții hipoglicemice

Hipoglicemia

În timpul episoadelor de hipoglicemie pacienții se pot prezenta cu comă și/sau convulsii și 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	<i>*Diabet mellitus cu hipoglicemie</i>
Diagnostic adițional:	T38.3	<i>Intoxicația prin insulină și hipoglicemianta orale [antidiabetice]</i>
Cauza externă:	X44	<i>Intoxicații accidentale prin și la expunere la alte medicamente și substanțe biologice nespecificate</i>

Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) și 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	<i>*Diabet mellitus cu hipoglicemie</i>
Cauza externă:	Y42.3	<i>Insulina și hipoglicemianta orale [antidiabetice]</i>

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 alocăți 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, alocăți:

Diagnostic principal:	E1-.64	<i>*Diabet mellitus cu hipoglicemie</i>
Cauza externă:	Y42.3	<i>Insulina și hipoglicemianta orale [antidiabetice]</i>

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 și 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 Cockcroft-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* și 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 însăși poate cauza sau rezulta din complicațiile renale și 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 definește drept excreția proteinei urinare depășind 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 eșantioane de urină consecutive din timpul nopții, SAU
- 20–300 micrograme/min (sau mg/24 ore) în 3 eșantioane de urină consecutive randomizate, SAU
- un coeficient albumină: creatinină (mg/mmol) măsurate pe 3 eșantioane randomizate din timpul nopții, sau eșantioane de urină pe 24 ore, în limitele 1.9–28 mg/mmol pentru bărbați și 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 tranzitională 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 și boala renală în fază finală

Clinicienii nu folosesc de obicei termenii de 'nefrită' sau 'nefroză' diabetice cu toate că atunci când sunt folosiți, acești 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 și 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, nespecificată*

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, alocăți atât codul E1-.29 **Diabet cu alte complicații renale specificate*, cât și codul relevant E1-. 2- pentru nefropatie.

Boala ochiului diabetic**Retinopatia diabetică**

Când retinopatia diabetică este documentată și 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 și 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 și 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 și 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 | <i>Alte ocluzii ale unor artere retiniene</i> |
| • ocluzia venei retiniene | H34.8 | <i>Alte ocluzii vasculare retiniene</i> |
| • neuropatia optică ischemică | H47.0 | <i>Afecțiuni ale nervului optic neclasificate la alte locuri</i> |

Neuropatia diabetică

Neuropatiile periferice craniene și autonome sunt complicații cronice ale diabetului și se pot dezvolta în diferite combinații la același 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 și paralizia nervului cranian motor ocular

Coduri:	E11.43	<i>Diabet mellitus tip 2 cu nefropatie autonomă</i>
	N31.2	<i>Vezică neurogenă flască, neclasată la alte locuri</i>
	E11.41	<i>Diabet mellitus tip 2 cu mononeuropatie diabetică</i>
	H49.0	<i>Paralizia nervului motor ocular (III)</i>

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 și 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) și **stopul respirator** (R09.2) apar mai ales la pacienții diabetici cu neuropatie autonomă.

Complicații circulatorii în diabet**Boala vasculară periferică (angiopatia) și diabetul/IGR**

Relația precisă patogenetică dintre ateroscleroza care afectează vasele mari de sânge (boala macrovasculară) și 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) și 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 și 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 și/sau neurologice și/sau alți factori clinici distincti. Acești pacienți cu 'picior diabetic' vor avea un ulcer și/sau infecție în categoria 1 de mai jos și **o afecțiune din cel puțin una dintre categoriile 2–5 care urmează:**

1. Infecție și/sau ulcer

<i>Diabet cu leziune ulceroasă a piciorului</i>	E1-.69
<i>Abces cutanat, furuncul și carbuncul al membrelor</i>	L02.4
<i>Celulita degetului</i>	L03.02
<i>Celulită a părții inferioare a piciorului</i>	L03.11
<i>Ulcerarea de decubitus</i>	L89

2. Boala vasculară periferică

<i>Diabet cu angiopatie periferică, fără gangrenă</i>	E1-.51
<i>Diabet cu angiopatie periferică, cu gangrenă</i>	E1-.52

3. Neuropatie periferică

<i>Diabet cu polineuropatie diabetică</i>	E1-.42
<i>Diabet cu neuropatie autonomă diabetică</i>	E1-.43
<i>Diabet cu edem neuropatic</i>	E1-.43
<i>Diabet cu artropatia Charcot</i>	E1-.61
<i>Diabet cu osteopatie diabetică</i>	E1-.61
<i>Diabet cu complicații microvasculare multiple</i>	E1-.71
(numai când una din afecțiuni este clasificabilă la E1-.4-)	

4. Afecțiuni provocând diformitate și 'îngreunare' excesivă

<i>Diabet cu edem neuropatic</i>	E1-.43
<i>Diabet cu artropatia Charcot</i>	E1-.61
<i>Diabet cu osteopatie diabetică</i>	E1-.61
<i>Callus</i>	L84
<i>Hallux valgus (dobândit)</i>	M20.1
<i>Hallux rigidus</i>	M20.2
<i>Alte deformații de hallux (dobândite)</i>	M20.3
<i>Alte deformații sub formă de ciocan ale degetului(lor)de la picior (dobândite)</i>	M20.4
<i>Alte deformații ale degetului(lor)de la picior (dobândite)</i>	M20.5
<i>Deformația în flexiune a gleznei și piciorului</i>	M21.27
<i>Pumn și picior atârnat (dobândit), gleznă și picior</i>	M21.37

<i>Picior plat [pes planus] (dobândit)</i>	M21.4
<i>Mână și picior sub formă de măciucă sau în gheară (dobândit), gleznă și picior</i>	M21.57

<i>Alte deformități dobândite ale gleznei și piciorului</i>	M21.67
<i>Alte deformități dobândite specificate ale membrelor inferioare, gleznă și picior</i>	M21.87

5. Amputație(i) anterioară

<i>Absența dobândită a piciorului și gleznei</i>	Z89.4
<i>Absența dobândită a unui membru inferior sub genunchi</i>	Z89.5
<i>Absența dobândită a unui membru inferior peste genunchi</i>	Z89.6
<i>Absența dobândită a celor două membre inferioare (orice nivel numai cu excepția degetelor)</i>	Z89.7

CLASIFICARE

Alocați E1-.73 **Diabet cu leziune ulcerosă 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 ulcerărilor diabetice ale extremității inferioare prin ele însele nu semnifică în mod necesar 'picior diabetic'. De aceea când etiologia unei ulcerări a piciorului unui pacient diabetic este neclară, clinicianul va trebui consultat pentru alte clarificări.

CLASIFICARE

Ulcerăția diabetică a extremității inferioare primește următorul cod:

E1-.69	<i>*Diabet mellitus cu alte complicații specificate</i>
L97	<i>Ulcerăția membrului inferior neclasată în alte locuri</i>

Notă: E1-.73 **Diabet mellitus cu ulcerăție de picior datorită cauzelor multiple nu ar trebui să fie alocat pentru ulcerăție de picior, deoarece acest cod este folosit pentru afecțiunea 'picior diabetic' (vezi mai sus).*

Complicațiile subcutanate și ale pielii în diabet

Afecțiunile specificate la E1-.62 **Diabet mellitus cu complicație a pielii și țesutului subcutanat* sunt recunoscute drept complicații ale diabetului și 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 și complicațiile periodontale

Abcesul acut periodontal și periodontit (dar nu și alte boli periodontale și ale gingiei clasificabile la K05 *Gingivita și bolile periodontale*) sunt recunoscute ca și 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 și țesutului subcutanat (E1-.62):
 - diabetică:
 - bule (bullosis diabeticorum)
 - dermatopatie (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.

Și 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	<i>Diabet mellitus tip 2 cu nefropatie diabetică stabilită</i>
	E11.71	<i>Diabet mellitus tip 2 cu multiple complicații microvasculare</i>
	H34.2	<i>Alte ocluzii ale arterei retiniene</i>

În conformitate cu SC 0001 *Diagnostiche principale*, E11.22 este alocat ca și diagnostic principal.

EXEMPLUL 5:

Diagnostic: Pacient internat cu diabet tip 1 cu complicații ale sindromului nefrotic, ischemie retiniană și neuropatie femurală.

Coduri:	E10.71	<i>Diabet mellitus tip 1 cu multiple complicații microvasculare</i>
	N04.9	<i>Sindrom nefrotic nespecificat</i>
	H34.2	<i>Alte ocluzii ale arterei retiniene</i>
	G58.9	<i>Mononeuropatia, nespecificată</i>

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 chirurgicale, 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	<i>Diabet mellitus tip 2 cu alte complicații renale specifice</i>
	Z94.0	<i>Starea transplantului de rinichi</i>

EXEMPLUL 2:

Un pacient cu un istoric de cataractă diabetică tip 1 îndepărtată anterior prin inserție de IOL.

	E10.39	<i>Diabet mellitus tip 1 cu alte complicații oftalmice specificate</i>
	Z96.1	<i>Prezența de implant intraocular</i>

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 familial 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* și 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 bronșiectazie 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.-) și un cod de activitate (U50–U73)
 E84.0 *Fibroza chistică cu manifestări pulmonare*
 J47 *Bronșiectazie*

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, așa cum OMS precizează că acestea creează condiții pentru efectuarea testelor de diagnostic în diabet/IGR, ale căror rezultate pot fi invalidate prin asemenea boli intercurrente.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Boli endocrine, nutriționale și metabolice.

5 TULBURĂRI MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT

0503 TULBURĂRI ALE CONSUMULUI DE MEDICAMENTE, ALCOOL ȘI 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 și 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* și *ICD-10 Clasificația Tulburărilor Mentale și de Comportament – Descriere clinică și 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 conștienței, cunoașterii, percepției, afectelor ori comportamentului, sau alte funcții și răspunsuri psihofiziologice. Tulburările se datorează direct efectelor farmacologice acute ale substanței și 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 aceeași substanță în aceeași perioadă de timp.”

Sindrom de dependență

“Un grup fenomene comportamentale, cognitive și fiziologice dezvoltate după un consum repetat de substanțe și 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 și obligații, toleranță crescută și 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 și consumul de alcool/medicamente.

Asemenea documentație include declarații calificante așa cum este 'indus de alcool' sau 'legat de medicamente' indicând o dovadă că folosirea substanței a fost responsabilă pentru (sau contribuie în mod substanțial la) deteriorarea fizică și psihologică.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Un pacient este diagnosticat cu pancreatită acută datorită alcoolului.

Coduri: K85 *Pancreatita acută*
F10.1 *Tulburări mentale și de comportament datorite consumului de alcool, utilizare nocivă*

Notați referitor la definiția 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 dependență 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 'intoxicația acută', 'dependența' sau 'utilizarea nocivă' sunt documentate, alocăți codurile potrivite cu descrierile lor.

EXEMPLUL 2:

Un pacient este tratat de intoxicație acută suprapusă pe sindromul dependenței de alcool. Alocăți mai întâi codul pentru intoxicația acută (F10.0 *Tulburări mentale și de comportament datorite consumului de alcool, intoxicație acută*) cu un cod de diagnostic adițional F10.2 *Tulburări mentale și de comportament datorite consumului de alcool, sindromul de dependență*.

- Categoriile F10–F19 exclud pacienții 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 și substanțe chimice. Vezi de asemenea [SC 0530 Supradoza de medicamente](#) la pag. 112.
- Când nu sunt disponibile o documentație clară și acordul clinic și de aceea culegerea informațiilor vitale privind alcoolul/medicamentele clasificabile la al patrulea caracter specific de la F10–F19 pot fi pierdute, alocăți 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 adiționale pentru toate cazurile în care este prevăzută documentația **corespunzătoare** privind consumul de tutun.

Consumul de tutun poate fi clasificat la unul dintre următoarele coduri:

Z86.43 Istoric personal față de tulburările datorite consumului de tutun

Alocăți codul dacă se știe 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 bronșită cronică are un istoric de renunțare la fumat cu 3 luni înainte de internare, după ce a fumat de la vârsta de 15 ani.

Coduri: J42 *Bronșită cronică nespecificată*
Z86.43 *Istoric personal de tulburări datorite consumului de tutun*

Z72.0 Tabagism

Alocăți acest cod dacă documentația 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 crește riscul consecințelor dăunătoare pentru utilizator. În același timp, în contrast cu folosirea dăunătoare, folosirea cu un risc se referă și la o utilizare a fumatului care are și 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 alocă 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 și 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 și de comportament datorite folosirii tutunului, utilizare nocivă*
 X **Z86.43 nu ar trebui să fie alocat**

EXEMPLUL 6:

Diagnostic: Bronșită cronică datorită fumatului la o persoană de 29 de ani.

Coduri: J42 *Bronșită cronică nespecificată*
 F17.1 *Tulburări mentale și 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 și vene varicoase la piciorul stâng. Pacientul are un sindrom de dependență de tutun și nu a fumat în ultima săptămână. Această dependență este evidențiată de către starea de sevraj curentă, o dorință puternică de a continua fumatul și continuarea fumatului în ultimele șase luni în ciuda faptului că a fost avertizat că fumatul are efecte dăunătoare asupra sănătății lui.

Coduri: J44.9 *Boală pulmonară obstructivă cronică, nespecificată*
 183.9 *Vene varicoase ale membrelor inferioare fără mențiunea de ulcer sau inflamație*

F17.2	Tulburări mentale și de comportament datorite folosirii tutunului, sindromul de dependență
F17.3	Tulburări mentale și de comportament datorite folosirii tutunului, stare de sevraj

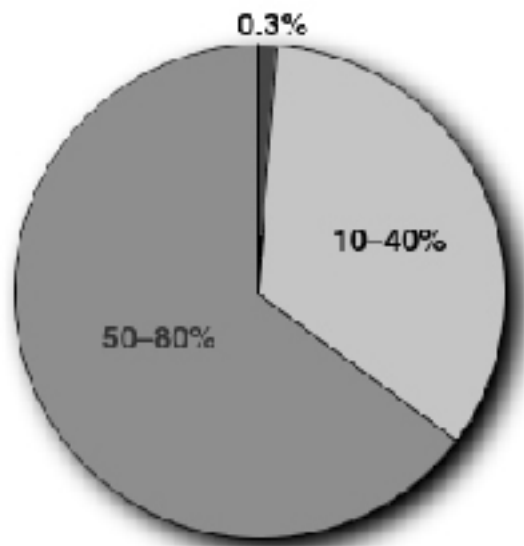
0505 BOALA MENTALĂ CARE COMPLICĂ SARCINA

Alocați O99.3 *Tulburări mentale și bolile sistemului nervos complicând sarcina, nașterea și 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 și stări pe care o mamă le poate experimenta la începutul perioadei de postpartum. Acestea includ un spectru de probleme de la cele ușoare la cele severe, de la 'baby blues' către boala psihotică floridă. Între ele se găsește depresia postnatală care nu este în mod strict un termen medical. ... De asemenea, este definită în mod diferit de către diverși profesioniști provocând uneori controverse considerabile. Unele dintre denumirile de diagnostic oferite de către clinicieni le includ pe cele listate în tabelul 1 și, 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 și neuroză depresivă (sau mixtă)
 - depresie majoră
 - depresie minoră
 - distimie
 - tulburări de ajustare
 - tulburări de stress posttraumatic
 - tulburări de personalitate
- 'Blues'... (**50-80%**)

Depresia postnatală trebuie să fie diferențiată de reacțiile normale la procesele și 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 și 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 și de comportament ușoare, 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 și de comportament, asociate cu puerperium neclasificate altundeva* arată că "Această categorie include numai tulburările mentale asociate cu puerperium (începute în primele șase săptămâni de la naștere)...". Dacă, totuși, un diagnostic de *depresie postnatală* este documentat fără altă calificare, în orice episod până la un an după naștere, codul F53.0 poate fi încă alocat.

A. Naștere sau episod de îngrijire puerperal

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacientă cu un nou-născut viu prin naștere vaginală spontană. Diagnosticul a fost depresie postnatală. S-a căutat o altă calificare a acestui termen, dar nu a putut fi găsită.

Coduri:	O80	<i>Naștere unică spontană</i>
	F53.0	<i>Tulburări mentale și de comportament ușoare, asociate cu puerperium neclasificate altundeva</i>
	Z37.0	<i>Naștere unică a unui născut viu</i>
	90467-00 [1336]	<i>Nașterea spontană în prezentație craniană (cod opțional)</i>

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 și a plâns. Un consult psihiatric a diagnosticat postpartum blues.

Coduri:	O32.5	<i>Îngrijiri acordate mamei pentru o sarcină multiplă cu prezentație anormală a unuia sau mai multor feți</i>
	F53.8	<i>Alte tulburări mentale și de comportament ușoare, asociate cu puerperium neclasificate altundeva</i>
	Z37.2	<i>Naștere gemelară, gemeni născuți vii</i>
	16520-02 [1340]	<i>Cezariană electivă segmento-transversală</i>
	92514-XX [1910]	<i>Anestezie generală</i>

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Pacientă internată la 36 de săptămâni pentru odihnă la pat și antidepressive pentru exacerbară depresiei ei majore. În timpul aceluiași episod pacienta a născut prin naștere vaginală spontană un nou-născut viu la 39 de săptămâni.

Coduri:	O99.3	<i>Tulburări mentale și bolile sistemului nervos, complicând sarcina, nașterea și lăuzia</i>
	F32.20	<i>Episod depresiv sever fără simptome psihotice, nespecificat ca producându-se în perioada postnatală</i>
	Z37.0	<i>Naștere unică a unui născut viu</i>
	90467-00 [1336]	<i>Nașterea spontană în prezentație craniană (cod opțional)</i>

B. Episoade de îngrijiri (după naștere și episoade puerperale) până la un an după naștere**EXEMPLUL 4:**

Diagnostic: Pacientă internată la 6 luni după naștere cu depresie postnatală. Externată 4 săptămâni mai târziu. Nu a putut fi obținută altă calificare privind tipul de depresie.

Cod: F53.0 *Tulburări mentale și de comportament ușoare, asociate cu puerperium neclasificate altundeva*

EXEMPLUL 5:

Diagnostic: Pacientă internată la 6 luni după naștere cu un diagnostic provizoriu de depresie postnatală și 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/REAȚIE DEPRESIVĂ**Depresia NOS**

Înainte alocării codului F32.9 *Episod depresiv, nespecificat* codificatorii clinici ar trebui să discute cu clinicienii pentru clarificare și 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, alocăți F32.- *Episod depresiv*.

Pentru depresia majoră caracterizată prin mai mult decât un singur episod depresiv major, alocăți F33.- *Tulburare depresivă recurentă*.

0511 ATACURI DE PANICĂ CU FOBIE

Atât atacurile de panică (F41.0 *Tulburare de panică [anxietate episodică paroxistică]*) cât și fobia ar trebui codificate cu fobia (F40.-) ordonată prima.

Notă: Acest standard exclude categoria F40.0 *Agorafobia* care are al cincilea caracter și care denotă tulburare cu panică (F40.01 *Agorafobia cu tulburare de panică*) și 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 conștienți de coduri după cum urmează:

- Z59 *Dificultăți legate de locuință și 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*

Și alocăți aceste coduri drept diagnostice adiționale dacă aceste circumstanțe afectează monitorizarea pacientului în episodul de îngrijire curent în conformitate cu [SC 0002](#) *Diagnostiche adiționale*.

0517 NONCOMPLIANȚA LA TRATAMENT

Z91.1 *Antecedente personale de noncompliance la un tratament medical sau la un regim* ar trebui să fie folosit acolo unde noncompliance 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 eșantion reprezentativ ar fi mai adecvat decât colectarea obișnuită 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* și 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 ȘI DEZINTOXICAREA DE SUBSTANȚE

Folosiți codurile listate la blocul [1872] *Reabilitarea și dezintoxicarea dependenților de alcool și droguri* pentru tratamente adecvate cu un cod de diagnostic legat de afecțiune. Codurile Z50.2 *Reabilitarea alcoolicilor* și 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 și convingătoare. Sindromul Münchausen prin mandat este o variantă bizară a sindromului când un copil poate fi folosit ca un pacient surogat. Părintele falsifică istoricul și poate să facă rău copilului cu droguri, să adauge sânge sau contaminanți bacterieni în specișenele de urină etc. (Berkow, R. (Ed.). (1999). *Manualul Merk de Diagnostic și Terapie*, (a17-a ed.)

Clasificare

Alocarea codului pentru sindromul Münchausen (F68.1 *Producerea intențională și 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.-) și 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 și astfel două coduri ar trebui să fie întotdeauna alocate G30.- *Boala Alzheimer* și F00.-* *Demența în boala Alzheimer*.

0530 SUPRADOZĂ DE MEDICAMENTE

Când o internare este efectuată pentru tratamentul unei supradoze de medicamente și pacientul urmează să primească tratament pentru o afecțiune psihiatrică asociată în același episod de îngrijiri¹, supradoza ar trebui să fie ordonată ca diagnostic principal..

¹Notați 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) și 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**' și 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 privește întinderea deficienței (adică tulburare ușoară 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 și semne referitoare la funcțiile cognitive și conștiință, alte și nespecificate*.

F06.7 *Tulburări cognitive ușoare* 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, ușor
- **Tulburare**, ușor, cognitiv
- **Tulburare**, memorie, ușor, urmând deteriorării organice a creierului
- **Lipsă de**, memorie, ușor, urmând deteriorării organice a creierului
- **Pierdere** (de), memorie, ușor, urmând deteriorării organice a creierului
- **Tulburare de memorie**, lipsă sau pierdere, ușor, urmând deteriorării organice a creierului.

Vă rugăm să notați că aceste sfaturi înlocuiesc pe cel dat de Casemix, DRG și cartea de codificare clinică pe specialități: Sănătatea Mentală, Medicamente și Alcool (pag. 19).¹

0532 (BIS) TULBURĂRI DE DEZVOLTARE PSIHOLOGICĂ PRIVIND VORBIREA ȘI LIMBAJUL

Se codifică la blocul F80 **după ce sunt infirmate diagnosticele care sunt notate cu Excl**us la fiecare cod al acestui bloc și 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 și de Comportament.

6 SISTEMUL NERVOS

0604 ATAC VASCULAR CEREBRAL

1. Obișnuit

'Atacul cerebral vascular' este un termen nespecific. Înainte de a alocă 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 obișnuit, se consideră o sechelă atunci când o deficiență se produce ca rezultat al unei afecțiuni și, 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 și 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 și afazie.

Al doilea episod:

Coduri:	Z50.-	(reabilitare)
	I63.-	(infarct cerebral)
	G81.-	(hemipareză) și
	R47.0	(afazie)

Atunci când pacientul primește tratament continuu, indiferent de perioada de timp care a trecut de la atacul vascular cerebral, alocăți 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 și 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 și I69.- Sechele ale bolii cerebrovasculare, indicând că nici atacul vascular cerebral, nici hemipareza nu au primit tratament.

2. Severitate

Științele 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 obișnuit în timpul unui proces teoretic. Totuși **notați că pentru cazul de atac vascular cerebral, disfagie, incontinență urinară și 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 și ale membrului inferior	L89, L97
Embolism pulmonar și 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 și 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 și 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 și cod de diagnostic principal într-un episod acut de îngrijiri. 'Disfazia' ar trebui să fie discutată împreună cu clinicianul dacă această terminologie este inacceptabilă.

0612 CHIRURGIA BAZEI CRANIULUI

Managementul chirurgical al leziunilor (așa cum sunt glomus jugular, menangiom, fibrosarcom, displazia fibroasă) implicând chirurgia bazei craniului (baza fosei anterioare, de mijloc și posterioare), de cele mai multe ori necesită îndemânarea a mai multor neurochirurghi sau un număr de chirurghi de diferite specialități, care să lucreze împreună sau în tandem în timpul sesiunii de operație.

Aceste proceduri implică craniotomia, retecția creierului, izolarea sau rezecția tumorii și, deseori, reconstrucția osoasă.

Pentru a evita infecțiile serioase așa cum este osteomielita și/sau meningita, aceste proceduri nu sunt de obicei stadializate din cauza necesității pentru închiderea definitivă a durei, țesutului subcutanat și pielii.

ICD-10-AM are două blocuri pentru chirurgia bazei craniului:

[17] *Chirurgia bazei craniului pentru tumoră și*

[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 și vedere în ceață ca urmare a leziunii măduvei spinării deasupra vertebrei toracice T6. De obicei se produce după ce un șoc spinal a avut loc după (adică la mai multe luni după leziune) și înainte ca 3 ani să treacă de la leziune. Este de asemenea cunoscută ca hiperreflexia autonomă și hiperreflexia simpatică. Codul pentru disreflexia autonomă este G90.8 *Alte afecțiuni ale sistemului nervos autonom*.

0625 CVADRIPLÉGIA ȘI PARAPLEGIA NETRAUMATICE

Pentru codificarea cvadriplegiei/paraplegiei, vezi [SC 1915](#) *Leziunea măduvei spinării*, pag. 250.

Definiție

Paraplegia

“Paraplegia este leziunea sau pierderea funcțiilor motorii și/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 și 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 și altor Domenii Înrudite din Sănătate* (a 6-a ed.).

Cvadriplegia

“Cvadriplegia este paralizia tuturor celor patru membre. Funcția motorie și/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 și a picioarelor, trunchiului și 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 și 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 și chirurgicale care au fost în remisie dar s-au înrăutățit și necesită același grad de tratament ca la prima internare într-un episod de boală ca la pacienții internați prima dată 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 și 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 acută 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 și tetraplegia*, ca și 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 și 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 mușchilor (miopatii mitochondriale), boala cardiacă (cardiomiopatie), boala endocrină, renală sau a osului medular sau o mixtură a acestora și 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 și 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 mitocondrială, neclasată la alte locuri este un sindrom care de obicei afectează tinerii cu toate că vârsta debutului este variabilă. Simptomele anterioare 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 anomalități morfologice tipice în biopsia musculară, cât și prin demonstrarea unei caracteristici a mutației mitochondriale ADN.

Epilepsie mioclonică cu fibre roșii zdrențuite (MERRF)

G40.4- Alte epilepsii și sindroame epileptice generalizate este o afecțiune caracterizată prin epilepsie mioclonică, deseori în asociere cu alte trăsături incluzând surditatea, ataxia cerebeloasă și evenimente epileptice generalizate. Diagnosticul ar trebui să fie confirmat prin identificarea caracteristicilor anormale în biopsia musculară (fibre roșii zdrențuite) sau prin identificarea unei mutații mitochondriale ADN patognomice.

Oftalmoplegia progresivă cronică externă

G31.8 Alte afecțiuni degenerative precizate ale sistemului nervos este o afecțiune caracterizată prin slăbiciunea progresivă a mușchilor extraoculari. Poate fi asociată cu slăbiciunea membrelor și, în unele cazuri, asociată sistemului central nervos, afecțiunilor retinale sau cardiace. Diagnosticul ar trebui să fie confirmat prin anomalii ale biopsiei mușchilor 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, și 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 lipsește 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 ȘI LOCALIZARE

Radiochirurgia stereotaxică (SRS) și radioterapia stereotaxică (SRT) sunt proceduri efectuate pentru tratamentul leziunilor creierului (în general tumori) și necesită îndemânarea, atât a neurochirurgilor, cât și a radioterapeuților. Tipuri de tumori de creier sau leziuni tratate prin SRS și SRT:

Benign

Malformații arteriovenoase
Meningioame
Neuroame acustice
Tumori pituitare

Malign

Glioame
Metastaze (în cazuri rare)

Localizarea intracraniană stereotaxică (40803-00 [1] *Localizare intracraniană stereotaxică*) face posibilă determinarea poziției precise pentru brahiterapie, radioterapie sau chirurgie intracraniană și 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 și țintire.

Notați că aceste componente procedurale ale localizării intracraniene stereotaxice sunt incluse la codurile localizării intracraniene stereotaxice și nu sunt codificate separat.

Diferențierea dintre cei doi termeni radioterapia stereotaxică și radiochirurgia stereotaxică, este în general bazată pe tipul aparatului de fixare stereotaxică folosit și 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 înșurubat 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 înșurubat 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 și 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 stereotaxic, aspirația sau îndepărtarea leziunii spinale și fuziunea spinală. Cât despre procedurile intracraniane, localizarea stereotaxică spinală precede chirurgia spinală și implică procedurile imagistice de diagnostic (CT, MRI, mielografie) împreună cu determinarea coordonatei asistată pe calculator, localizare și 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 intradurală spinală*
90011-05 [29] *Localizare stereotaxică spinală*

0630 CHIRURGIA MÂINII CVADRIPLIGICE

Aceste proceduri sunt efectuate pe bază de trial în unități speciale. Ele implică utilizarea miotomilor activi pentru reconstrucția antebrațului. Cea mai obișnuită reconstrucție este transferul mușchilor deltoizi-tricepși, 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 și sunt cel mai bine descrise ca o tulburare de mișcare. Atacul este o tulburare neepileptică, care nu implică convulsii și se poate produce de mai multe ori pe zi, dar tind să descrească ca frecvență cu cât copilul crește în vârstă. Etiologia este necunoscută și 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 și 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 și 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 paliidotomia stereotaxică (în mod curent, tratament preferat), thalamotomia stereotaxică și cingulotomia stereotaxică. Aceste proceduri sunt folosite în tratamentul simptomelor bolii Parkinson (vezi *exemplul de mai jos*).

Simptomele bolii Parkinson:

Hiperkinetic

tremurături

rigiditate

dischinezia indusă de medicamente

Hipokinetik

bradikinesia

mers încet

instabilitate posturală

L-dopa (levodopa) a fost pentru mult timp prescris în tratamentul simptomelor bolii Parkinson. La asemenea pacienți totuși, în timp ce răspunsul inițial la medicament a fost bun și simptomele controlate, efectele levodopa au dispărut în mod gradat și simptomele, cum ar fi hiperkinezia, au rezbucnit. Neurochirurgia stereotaxică creează sau stimulează o leziune în creier (de obicei 4–5 mm lungime și 3–4 mm lățime) folosind electrozi stimulatori, electrocauter, frecvență radio sau crio-chirurgie. Dacă intervenția chirurgicală are succes, neurochirurgia stereotaxică permite pacientului să tolereze încă o dată medicația și să îmbunătățească calitatea vieții legată de boala Parkinson.

Neurochirurgia stereotaxică implică localizarea stereotaxică intracraniană care precede procedura neurochirurgicală stereotaxică și implică aplicarea aparatului stereotaxic pentru cap, proceduri diagnostice cum ar fi MRI, CT, angiografia sau ventriculografia, determinarea coordonatei asistată de calculator, localizarea și țintirea. Procedura neurochirurgicală stereotaxică (pallidotomia, thalamotomia sau cingulotomia) este apoi efectuată și de obicei administrată sub un anesteziec local, pentru a permite pacientului să răspundă la întrebări privind mișcarea și ghidarea mai departe a chirurgului în localizarea țintei.

Notați că acele componente procedurale ale localizării stereotaxice intracraniene și neurochirurgia stereotaxică (pallidotomia, thalamotomia sau cingulotomia) sunt cuprinse în codul pentru neurochirurgia stereotaxică și 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 și 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 ȘI 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. Alocăți 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 și 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 puna externă. Calea de abordare este printr-o puncție lombară, cale ce nu ar trebui să fie codificată. Alocăți 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 și 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 și a asigura un circuit unic.

Alocăți codurile:	40003-00 [5]	<i>Inserția shuntului ventriculo-atrial sau</i>
	40003-01 [5]	<i>Inserția shuntului ventriculopleural sau</i>
	40003-02 [5]	<i>Inserția shuntului ventriculoperitoneal sau</i>
	40003-03 [5]	<i>Inserția shuntului ventricular în altă poziție extracraniană</i>

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. Alocăți 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 alocăți 40903-00 [1] *Neuroendoscopia*.

Un shunt al lichidului cefalorahidian poate necesita revizie la o localizare proximală sau distală pentru a ușura 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 și distală, primește 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 primește codul 40009-05 [42] *Îndepărtarea shuntului spinal.*

Ventriculostomia

Ventriculocisternostomia și 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 ȘI TULBURĂRILE ÎNRUDITE

Sforăitul

Definiție

Sforăitul este cauzat de un circuit de aer turbulent în căile respiratorii superioare când structuri cum ar fi uvula și 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) și, de asemenea, de hipoxemia recurentă. Notați că nu toți pacienții cu OSAS au somnolență în timpul zilei.

Cauza de bază cea mai obișnuită 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 își pierd elasticitatea, crește greutatea, femeii care ajung la menopauză și prin folosirea alcoolului și 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 faringian, 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) și 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 și simptome de zi.

Există trei tipuri de CSAS bazate pe etiologie:

- CSAS datorită unei anomalități neurologice
- CSAS în asociere cu insuficiența cardiacă
- Idiopatic

Notați că sindromul central al apneei de somn include documentația privind apneea de somn centrală (CSA) și 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 același 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 creștere 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 și 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 obișnuită 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 și nazal și mișcările toracice și abdominale.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sistemul Nervos.

7 OCHIUL ȘI 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. alocăți 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 și inserția unei lentile intraoculare. Materia moale se amestecă în membrana reziduală și formează o 'pseudo-cataractă' sau capsula posterioară fibroasă care este tratată prin disecția laser Yag.

- **Diabetică**

Cataractele la un pacient diabetic nu ar trebui să fie considerate ca fiind diabetice numai dacă se precizează ca atare.

O cataractă cu 'adevărat' diabetică primește codul E1-.36 *Diabet mellitus cu cataractă diabetică* în timp ce cataracta timpurie cu debut legat de vârstă la diabetici primește E1-.39 *Diabet mellitus cu altă complicație oftalmică* și un cod adecvat pentru tipul de cataractă. (Vezi de asemenea [ACS 0401 Diabet mellitus și 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 hiper matură este o cataractă matură care a devenit mai mică și are o capsulă încrețită datorită scăpărilor apei din lentile.
- Cataracta morgagniană este o cataractă hiper matură în care lichefierea totală a cortexului a permis nucleului să se scufunde la un nivel inferior.

- **Cu glaucom**

Dacă tratamentul pentru glaucom și cataractă se primește în perioada aceluiași episod de îngrijiri, ordonați glaucomul înaintea cataractei pentru codurile de diagnostic și 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 și încorect poziționată.

0709 PTERIGIUM

Iradieră beta pentru pterigium sau ca urmare a îndepărtării pterigiumului ar trebui să primească un cod adecvat de la blocul [1786] *Tratament cu radiații superficiale*.

0710 STRABISM

'Repararea strabismului' n-ar trebui să fie codificată fără alte specificații deoarece un număr de mușchi 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 și depunere corneană* și T90.4 *Sechelele leziunilor traumatiche ale ochiului și 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 corneă și ar trebui să fie codificat la 42647-00 [170] *Keratectomie parțială*.

0731 REJECTAREA SAU INSUFICIENȚA GREFEI CORNEENE

Grefele corneene sunt proceduri chirurgicale unde o corneă rănită sau cu leziuni este înlocuită cu un țesut corneean clar de la un donator sau de la pacient. Termenii alternativi sunt transplant corneean și keratoplastie. În mod tipic insuficiența grefei corneene implică prezența edemului cornean (H18.2) și 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.-), endoftalmită (H44.-) sau suprafața oculară sau inflamația corneeană keratita (H16). Grefele corneene pot de asemenea să eșueze numai din cauza prezenței lentilelor intraoculare (Z96.1).

Grefele de corneă care eșuează (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, implantate și grefe oculare*. Insuficiența grefelor corneene datorită inflamației sau infecției ar trebui să primească codul T85.78 *Infecția și reacția inflamatorie datorită altor proteze interne, implanturi și grefe*.

Diagnosticale adiționale asociate cu rejectarea sau insuficiența grefei corneene ar trebui să fie codificate în plus la T85.3 și 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, totuși ea poate să se producă și 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 și sunt infuzați cu un volum de înlocuitori (de ex.: Rheomacrodex) care îmbunătățește microcirculația. Alocați 92063-00 [1893] *Transfuzia de înlocuitori de sânge*.

0740 TRABECULECTOMIA

Trabeculectomia este o procedură de fistularizare sclerală și o iridectomie periferică este întotdeauna efectuată împreună cu trabeculectomia. Este necesar numai un cod din moment ce fistularizarea sclerală și 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 și să ștergă 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. și 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 micșorarea marginii pleoapei în vederea tratamentului pleoapei invertite/extravertite.

42866-00 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului prin strângerea sau scurtarea retractoarelor inferioare*

42866-01 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului prin alte corecții ale retractoarelor inferioare*

Corecția entropionului se realizează prin repararea 'retractorilor' inferioare (un termen aplicat în mod obișnuit mecanismului de mișcare a pleoapei).

45626-00 [239] *Corecția ectropionului sau entropionului prin tehnici de sutură*

Tehnici absorbabile sunt folosite pentru a corecta poziția greșită 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 și 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 și procedura prin strip tarsal.

EXEMPLUL 2:

Raport de operație:

Diagnostic: (R) LL Ectropion cicatricial

Procedură: Strângerea cantoplastiei laterale cu 4/0 nylon

PAWG (greafă 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 și o greafă 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 și la 42590-00 [235] *Cantoplastia laterală* în care *cantul* (unghi format prin joncțiunea înăuntru și înafara pleoapelor superioară și inferioară) este cusut.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Ochiul și Anexe.

8 URECHE, NAS, GURA SI GAT

0801 SURDITATE

Surditatea (categoriile H90 *Surditatea de transmisie și neurosenzorială* și 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 senzorieurală.

0802 URECHE CU MUCOZITĂȚI

Numai dacă diagnosticul documentat este 'ureche cu mucozități', alocați codul H65.3 *Otita medie mucoidă cronică*. Totuși, 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 totuși 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 și pentru infecții cronice, blocaje sau rănirea tubului Eustache. Scopul tubului este de a crea o cale de drenaj în așa fel încât perforația membranei timpanice să persiste din cauza prezenței tubului.

Cele mai multe tuburi de timpanostomie sunt proiectate pentru a ieși din ureche în mod natural, permițând membranei timpanice să se vindece fără altă asistență. Totuși, 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 împrosătarea marginilor perforației și 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 șir 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 și să aloce numai codurile adecvate.

Aceste proceduri pot include:

41716-01 [387]	<i>Antrostomia maxilară intranazală unilaterală</i> (include formarea ferestrei meatului antral)
41716-02 [387]	<i>Antrostomia maxilară intranazală bilaterală</i> (include formarea ferestrei meatului antral)
41716-00 [383]	<i>Extragerea intranazală de corpi străini din antrum-ul maxilar</i>
41737-02 [386]	<i>Etmoidectomia, unilaterală</i>
41737-03 [386]	<i>Etmoidectomia, bilaterală</i>
41731-00 [386]	<i>Etmoidectomia prin abord frontonazal</i>
41731-01 [386]	<i>Etmoidectomia cu sfenoidectomie prin abord frontonazal</i>
41737-09 [386]	<i>Sinusectomia frontală</i>
41746-00 [386]	<i>Obliterarea radicală a sinusului frontal</i>
41752-01 [386]	<i>Sfenoidectomia</i>
41716-05 [384]	<i>Biopsia antrumului maxilar</i>
41752-04 [384]	<i>Biopsia sinusului sfenoidal</i>
41737-07 [384]	<i>Biopsia sinusului frontal</i>
41737-08 [384]	<i>Biopsia sinusului etmoidal</i>

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

Insertia implantului intraoral cu osteointegrare este o procedură în două etape care implică implantul rădăcinilor de dinți artificiali, care pot fi apoi folosiți pentru sprijinirea 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 și implică aplicarea unei suprastructuri pe implantul introdus anterior. A doua etapă este mai simplă și mai rapidă decât prima etapă și furnizează o structură proieminentă prin gingie pe care mai târziu se atașează 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 și 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 găsește 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 stenoizantă 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 și prin aprovizionarea directă cu surplusul de sânge necesar.

Indicațiile pentru CABGs includ îmbunătățirea prognozei mai degrabă prin tratament chirurgical decât prin tratament medical și 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 și cea stângă. Acestea au câteva ramuri. Ramurile arterei coronare drepte (RCA) sunt ramura marginală dreaptă și descendentă posterioară dreaptă (PDA). Artera principală coronară stângă dă ramuri ca descendentă anterioară stângă (LAD), diagonală, septala, circumflexă stângă (LCX), obtuza marginală (OM) și arterele descendente posterioare și posterolaterale. *ICD-10-AM* consideră cele două principale artere și 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) și grefa plecând de la mamara internă către arterele coronare.

Grefa aortocoronară este cea mai obișnuită. Aceasta aduce circulația de la aortă înspre artera coronară obstrucționată depășind 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 și 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' și, mai precis, denumite ca artera toracică internă dreaptă (RITA) și artera toracică internă stângă (LITA).

Intervenție chirurgicală invazivă minimă

Intervenția chirurgicală uzuală pentru CABGs se face via sternotomie, deși unii pacienți pot să suporte intervenții chirurgicale care sunt mai puțin invazive. Acești pacienți au de obicei o blocare pe descendentă anterioară stângă (LAD), care poate fi depășită 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 obișnuit 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 și tipul de material al grefei (de ex.: venă safenă, arteră mamară internă sau alt material). Nu este necesar să se codifice vasul recoltat pentru greafă, 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 și asupra tipului de greafă 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 și 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 și epigastrică inferioară
- [678] *Bypass de arteră coronară cu alte grefoane arteriale*
Poate include artere cum ar fi: subscapulara, splenică, ulnara și arterele intercostale
- [679] *Bypass de arteră coronară prin bypass cu alt tip de grefon (altul decât arterial sau venos)*
Include Goretex (sintetic) și 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, și într-un mod secvențial către marginala obtuză ramură a circumflexei și către artera coronară dreaptă și artera descendentă anterioară stângă.

Această procedură poate fi, de asemenea documentată, ca și:

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) și grefoanele de venă safenă au fost utilizate ca să aducă sânge de la aortă către marginala obtuză ramură a arterei circumflexe și către artera diagonală.

CABGx3

LIMA → LAD

SVG: Ao → OM1

Ao → D1

Alocați:	38500-00 [674]	<i>Bypass de arteră coronară prin bypass folosind 1 grefon de arteră mamară internă stângă</i>
	38497-01 [672]	<i>Bypass de arteră coronară prin bypass folosind 2 grefoane safene</i>

Proceduri adiționale realizate în asociație cu CABGs**Bypass-ul cardiopulmonar (CPB)**

CPB-ul este dirijarea sângelui de la inimă și plămân către mașina externă inimă-plămân via o canulă plasată central sau periferic. Această mașină asigură ventilarea și 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 obișnuită 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 și păstrată în asistolă prin injectarea unui fluid rece cardioplegic la rădăcina aortei, producând o oprire cardiacă datorită hipertermiei și 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 irigației continue a unei soluții răcite. Deoarece și 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 și/sau ventriculului și 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 această procedură (Vezi de asemenea SC 0936 Pacemaker, pag. 147).

Complicațiile

Complicațiile CABG apar în general în intervalul unei luni de la practicarea intervenției chirurgicale și pot include hipertensiune post-chirurgicală, aritmii cardiace, hemoragii și 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 și 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 mașină 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 și o păstrează liniștită 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 alocăți 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 obișnuit 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	<i>Angina instabilă</i>
Diagnostic adițional:	I25.12	<i>Boală cardiacă aterosclerotică a bypass-ului autolog grefat</i>

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 alocă codul Z95.1 *Prezența unui bypass aorto-coronar* ca un diagnostic adițional.

Dacă grefoanele bypass-urilor anterioare sunt deschise și viabile și intervenția chirurgicală s-a exercitat pe bypass-urile vaselor native bolnave, se alocă I25.11 *Boală cardiacă aterosclerotică a arterelor coronare native* împreună cu Z95.1 *Prezența unui bypass aorto-coronar*.

Clasificarea procedurilor

Procedurile de reintervenție chirurgicală sunt mai complexe și prezintă o dificultate tehnică mai mare decât procedura cardiacă inițială având ca rezultat o creștere semnificantă a consumului de resurse. Planurile țesuturilor sunt adesea absente, fibrozele, cicatricile și 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 și/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 și se reconstruiește un bypass anterior, alocăți:**

Cod(urile) CABG, adecvate de la blocurile 672–679 ȘI
38637-00 [680] *Reintervenție pentru ocluzia unui grefon de revascularizare coronariană*

Dacă **separarea aderențelor** este realizată, alocăți:
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 și nu se reconstruiește un bypass anterior, alocați:**

Cod(urile) CABG, adecvate de la blocurile 672–679 ȘI

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.

Aceleași afecțiuni renale cu hipertensiune, dar fără o relație cauzală declarată, se codifică separat. Ordonăți ținând cont de circumstanțele episodului de îngrijiri.

0915 DISFUNCTIA 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 și renale, este important să se facă distincția dacă și cum sunt ele în legătură.

- Hipertensiunea poate cauza boala de inimă și/sau renală.
- Hipertensiunea poate fi cauzată de alte afecțiuni, incluzând unele tulburări renale.
- Hipertensiunea și boala de inimă și renală pot să nu fie în legătură, cu toate că ele sunt prezente în același 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 și*
- 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, alocăți numai un cod de la categoria I11.

Aceleași afecțiuni ale inimii cu hipertensiune, dar fără o relație cauzală declarată, sunt codificate separat. Ordonăți având în vedere circumstanțele episodului de îngrijiri.

0927 CARDIO-NEFROPATIA HIPERTENSIVĂ (I13)

Alocăți coduri de la combinația categoriei I13 *Cardio-nefropatia hipertensivă*, unde atât boala hipertensivă de inimă (I11), cât și boala hipertensivă renală (I12) sunt prezente.

0928 HIPERTENSIUNEA SECUNDARĂ (I15)

Alocăți 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 și dreaptă a inimii
- (38206-00 [667] *Cateterism cardiac drept și stâng*).

Cateterismul cardiac diagnosticat se efectuează pentru diagnosticarea și evaluarea severității bolii cardiovasculare. Codul include înregistrarea presiunilor intracardiacă și intravasculare, înregistrarea tracing, obținerea sângelui pentru analiza gazului din sânge și măsurarea fracției de ejeție cardiacă. În mod obișnuit 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 și stângi*

Este, de asemenea, alocat un cod adițional dacă este efectuată o ventriculogramă împreună cu cateterismul cardiac și angiograma coronară:

- 59900-00 [607] *Ventriculografie stângă*
- 59900-01 [607] *Ventriculografie dreaptă*
- 59900-02 [607] *Ventriculografie dreaptă și stângă*

Cateterismele inimii stângi sunt mult mai obișnuite decât cateterismele combinate cu examinarea arterelor coronariene stângi și 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 și 'stânga și dreapta' la pacienții în vârstă mai mică de 10 ani.

0934 PROCEDURILE DE REVIZIE CARDIACĂ/REOPERARE

Procedurile de revizie sau reoperare sunt mai complexe decât procedurile inițiale cardiace și au ca rezultat o creștere 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) și 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, alocăți 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]	<i>Reintervenție pentru ocluzia unui grefon de revascularizare coronariană</i>
38760-00 [613]	<i>Înlocuirea comunicării extracardiace dintre ventriculul drept și artera pulmonară</i>
38760-01 [613]	<i>Înlocuirea comunicării extracardiace dintre ventriculul stâng și aortă</i>

0936 PACEMAKER

Definiție

Sistemul de conducere cardiac

Într-o inimă normală, fiecare bătaie sau contracție este inițiată de către un impuls electric care își are originea în nodulul sinoatrial (SA) și care trece prin sistemul de conducere a inimii. Impulsul de la nodulul SA se răspândește în atriul, producând acestuia o contractură care pompează sângele în ventricolul de sub el. Impulsul trece apoi prin nodulul atrioventricular (AV) (o joncțiune între atriul și ventricul) către ventricul, producând acestora o contracție și pompând sângele în plămân, de la ventriculul drept și 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 ejeție cardiacă diminuată. Alte disritmii cu rată rapidă au, de asemenea, un rezultat nefavorabil al fracției de ejeție 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 și impulsul. Pacemaker-urile de astăzi au capacitatea de a monitoriza (detecta) sistemul de conducere al propriei inimi și de a elibera un impuls electric (pacing) numai când sistemul de conducere eșuează. Astfel, în timpul unei bătaii normale pacemaker-ul nu este activat. Dacă, totuși, sistemul detectează că o bătaie normală nu a survenit, atunci pacemaker-ul activează și stimulează inima să producă o contracție normală.

Sistemul de pacemaker permanent

Un pacemaker permanent este compus dintr-un sistem format din două părți, și anume un generator de pulsație (pacemaker) și unul sau doi electrozi (conductori).

Generatorul de puls (pacemaker-ul) – un generator de puls adăpostește o baterie, un circuit electronic și un conector, care este implantat într-un 'buzunar' subcutanat, creat fie în regiunea subclaviculară, fie în regiunea intra-abdominală.

Electrodul (conductorul) – conductorii sunt fire izolate care transportă impulsul de la pacemaker la inimă și care comută semnalele de la inimă către pacemaker. Conductorul include unul sau mai mulți electrozi și, când nu pot fi separați, se definesc ca un singur electrod. Conductorii pacemaker-ului pot fi plasați fie transvenos (via subclavie, vena cefalică ori jugulară externă), în interiorul inimii sau epicardic (via sternotomie, toracotomie sau cale subxifoidă) în afara inimii. Electrozii sunt capabili să îndeplinească atât detectarea cât și transmiterea impulsurilor.

Există două tipuri de sisteme permanente de pacemaker: cu o singură cameră și cu o cameră duală. 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 și în ventricul. Acest sistem este capabil să trimită impulsuri și/sau să detecteze tulburările atât în atrium cât și în ventricul. Sistemele cu două camere sunt complexe și costisitoare, dar acum sunt utilizate mai frecvent decât sistemele cu o singură cameră. Ele permit sincronizarea impulsurilor trimise către atrium și ventricul, crescând fracția de ejeție cardiacă. Sistemele cu două camere utilizează un singur conductor, care conține electrozi pentru depistarea tulburărilor atriale în plus față electrozii pentru detectarea și trimiterea impulsurilor ventriculare.

Clasificarea permanentă a pacemaker-ului

Cele trei caractere de codificare a pacemaker-ului (descrierea în detaliere a 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 = Declanșare
D = Duală (atrium și ventricul)	D = Dual (atrium și ventricul)	D = Dual (declanșare atrială și inhibiție ventriculară)
O = nici unul	O = nici unul	O = nici unul

Pozițiile finale ale celor două coduri în Clasificarea Pacemaker-ului se leagă cu programabilitatea ori cu rata răspunsurilor și 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 și trecut printr-o venă mare din partea dreaptă a inimii. Alternativ transcutan (transdermal) impulsul temporar implică utilizarea unor fire conducătoare, atașate pe suporturi așezați pe pieptul pacientului și sprijină conducerea impulsurilor electrice. Pielea nu este pătrunsă.

Electrozii temporari sunt conectați cu o sursă de putere externă și, 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 și
- [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 și 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 și monitorizarea ventriculară și impuls) are alocat codul 38284-00 [648] *Inserția transvenoasă la nivel atrial și 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 ieșire, amplitudinea sau durata și numărul pulsațiilor) și frecvența utilizării pacemaker-ului. Testarea este realizată de rutină în timpul episodului de îngrijiri când este inserat pacemaker-ul și, 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 și 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) și îndepărtarea electrodului(lor) permanent.

Sfârșirea 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 și 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 și reacția inflamatorie datorită altor proteze, implante și grefe cardiace și vasculare* include infecția buzunarului pacemaker-ului sau infecția datorită conductorului.

T82.8 *Alte complicații și proteze, implante și grefe cardiace și vasculare* include hematumul buzunarului pacemaker-ului sau erodarea pacemaker-ului datorită locului buzunarului.

Sindromul de pacemaker poate să apară la pacienții cu un pacemaker ventricular. Sindromul desfășoară un rang de tulburări funcționale, incluzând descreșterea fracțiunii de ejeție cardiace, cardiomegalia, pierderea sincronizării atrio-ventriculare și bloc de ramură stângă. Sindromul este produs de prezența pacemaker-ului și 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 și, în consecință, vor trebui codificate pentru toate cazurile chirurgicale.

Pacemaker temporar

Codurile pentru **inserția** unui electrod temporar al pacemaker-ului sunt:

90202-00 [649]	<i>Inserția unui electrod epicard temporar</i>
90202-01 [649]	<i>Fixarea transcutanată a unui electrod temporar</i>
38256-00 [647]	<i>Inserția transvenoasă la nivel atrial a unui electrod temporar</i>
38256-01 [647]	<i>Inserția transvenoasă la nivel ventricular a unui electrod temporar</i>
38256-02 [647]	<i>Inserția transvenoasă la nivel atrial și ventricular a unor electrozi temporari</i>

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] *Oxygenarea cu membrană extracorporală permeabilă [ECMO]*) este o tehnică care acordă suport respirator și în care sângele este circulat printr-un plămân artificial, care este alcătuit din două compartimente separate printr-o membrană permeabilă la gaze, cu sângele de o parte și gazele care sunt ventilate de cealaltă parte.

ECMO se aplică pentru insuficiența pulmonară datorită unei varietăți de cauze, care includ diagnostice atât respiratorii, cât și non-respiratorii, ca și cauze datorite unor traumatisme multiple, înec, infecții, boli pulmonare neonatale etc. Procedurile implică costuri mari și internări prelungite.

ECMO ar trebui să fie codificată când este notată în fișa clinică a pacientului. Este de specificat că ECMO nu este același lucru cu circulația extracorporeală și de aici nota de excludere (*Exclude: circulația extracorporeală pentru chirurgie pe inimă deschisă...*) de care va trebui să se țină seamă.

0939 CHIRURGIA FISTULEI/SHUNTULUI ARTERIOVENOS

Fistula arteriovenoasă (AV): o anomalie, asemenea unui tub ce face trecerea între o arteră și o venă. Unele sunt create chirurgical, cum ar fi pentru dializa renală, în timp ce altele apar ca o rezultată a unor accidente ori a unor anomalități congenitale. Fistulele arteriovenoase pentru dializa renală sunt create prin anastomoză cu un grefon venos ori o prosteză (de ex.: Goretex, Thoratec). Pentru crearea fistulei venoase alocăți 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 și 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 și shunturilor AV se poate face printr-o abordare chirurgicală sau angiografică.

Abordarea chirurgicală implică deschiderea fistulei sau shuntului și înlăturarea trombului (trombectomie). Alocăți:

- 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) și 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, alocăți :

- 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, alocăți:

- 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 și 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 și ramurile lor.

Clasificare

Boala ischemică a inimii este clasificată la categoriile I20–I25 după cum urmează:

<i>Angina pectorală</i>	(I20)
<i>Infarct miocardic acut</i>	(I21)
<i>Infarct miocardic ulterior</i>	(I22)
<i>Unele complicații curente consecutive infarctului miocardic acut</i>	(I23)
<i>Alte boli ischemice acute cardiace</i>	(I24)
<i>Cardiopatia ischemică cronică</i>	(I25)

ANGINA PECTORALĂ (I20)**Definiție**

Mecanism = tranzitoriu, ischemie miocardică localizată.

Este o discrepanță între cererile miocardului pentru oxigen și 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 obișnuit, 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 și infarct de miocard prematur sau infarct de miocard cu deficiență. Angina care se produce la mai mult de 24 de ore după infarct și în cadrul episodului de îngrijire pentru infarct este cunoscută ca angină postinfarct și este clasificată, de asemenea, la I20.0 *Angina instabilă*.

Angina instabilă este un sindrom intermediar între angina pectorală la efort și infarct acut de miocard în spectrul bolii coronariene de inimă. Este recunoscută prin apariția durerii care are diferite caractere privind durata, radierea și severitatea sau care, după o perioadă de ore sau zile, prezintă caracteristica producerii cu ușurință și în crescendo a crizelor ori care apare în repaus sau în timpul nopții.

Clasificare

Dacă un pacient este internat cu angină instabilă și evoluează către infarct de miocard în același episod de îngrijiri, alocăți un cod numai pentru infarctul de miocard.

Totuși, 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 și 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 și în cele stenozate. Aritmiile, angina pectorală și chiar infarctul de miocard se pot produce ca rezultat al spasmului în absența stenozei coronariene obstructive.

Varianța anginei Prinzmetal se produce mai sigur în repaus decât la efort și 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 și 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 și angina, pot avea alocate atât codul I25.9 *Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată*, cât și 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 și 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 și 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 și 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 și apoi transferat la un alt spital în ziua a doua.
Alocați codul	I21.0	<i>Infarct miocardic acut, transmural al peretelui anterior</i>
Spitalul B	–	pacient transferat pentru continuarea diagnosticării sau chirurgie și transferat înapoi la spitalul A în ziua a 20-a.
Alocați codul	I21.0	<i>Infarct miocardic acut, transmural al peretelui anterior</i>
Spitalul A	–	pacient transferat înapoi, fără să fi fost externat din secția respectivă de acuți, și externat acasă în ziua a 24-a.
Alocați codul	I21.0	<i>Infarct miocardic acut, transmural al peretelui anterior</i>

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 CARDIAKE (I24)**Definiție**

Mecanism = ischemie miocardică prelungită, cu sau fără necroză miocardică.

***Tromboza coronară nerezultând din infarctul miocardic acut (I24.0)**

Terapia trombolitică promptă și/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 și 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 și se caracterizează prin pericardită, frecătură pericardică și 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 și 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 și, astfel, pereții musculari să devină rigizi și inelastici. Îngustarea lumenului și pierderea elasticității peretelui muscular descrește rata cu care fluxul de sânge poate circula prin vas, ceea ce poate conduce la ischemia țesuturilor, care sunt irigate de către vas, și 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 alocăți 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, implantate 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 Diagnostic 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 ateroscleroză 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 fibroză 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 îngrijiri curente 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.

Totuși, acolo unde IHD este documentată ca o problemă dar a existat intervenție este posibil să se aloce atât I25.1- *Cardiopatie aterosclerotică* cât și 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 și 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* și 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, alocăți 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 îngroașă și își pierd elasticitatea.

Sunt trei forme principale de arterioscleroză:

- arterioscleroza (cea mai obișnuită)
- arterioscleroza Mönckeberg (calcifierea arterelor mici, de obicei la persoanele în vârstă, denumită de asemenea scleroza prin calcificarea mediei)
- scleroza arteriolară (arterioloscleroza, de cele mai multe ori provocată de hipertensiunea în arteriole, mai ales la rinichi, splină și 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 arterioscleroza Mönckeberg cât și pentru scleroza arteriolară, consultați indexul și alocăți codul adecvat.

Ateroscleroza

Ateroscleroza este cea mai obișnuită formă de arteroscleroză și se caracterizează prin dezvoltarea de plăci de grăsimi (aterome) în cadrul arterelor, cum ar fi arterele coronară, cerebrovasculară și renală.

Ateroscleroza este o entitate patologică, al cărei diagnostic este dependent mai degrabă de dovada unei boli clare (de ex.: simptome 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 și stent intraarterial (CABG, femuro-popliteal etc.) sunt efectuate de obicei pentru a ușura 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 și altor cauze specifice.

Clasificare

În cazul în care 'CAD' este documentată fără menționarea spasmului, embolismului, și 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 și 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. Totuși, ateroembolismul este o piesă (cheag) al plăcii ateromatoase sau material trombotic, de obicei aderent la placă, care s-a rupt și 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 așa cum se arată în Indexul Alfabetic al Bolilor, de ex.: femural, iliac – la categoria I74 *Embolia și tromboza arterială*; renal – N28.0 *Ischemia și infarctul renal*; vertebral, carotid – categoria I65 *Ocluzia și 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 și 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 și 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 datorită 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 găsește sub 'ocluzie, coronariană' și 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 datorită fibrilației atriale), tromboză, trauma arterială, spasm al peretelui arterial sau defect structural congenital. Dacă 'PVD' sau 'piciorul ischemic (cronic)' este documentat, dar alte informații 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 și 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 și deseori se referă la ateroscleroză.

Termenii 'stenoză' și '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) alocăți I24.0 *Tromboza coronară nerezultând din infarctul miocardic acut*. În caz mai recent, unde pacientul evoluează către infarct de miocard, alocăți 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 alocă un cod adecvat de ateroscleroză. (Notați că instrucțiunea din index după 'Stenoză' la 'vezi, de asemenea, *Stricture*' codurile lipsă pentru 'Stenoză, arteră neclasificată altundeva' la I77.1 *Stenoza arterelor* ar trebui să fie urmate numai când 'stricture' este documentată fără altă specificare. Vezi, de asemenea, *Stricture* de mai jos.)

Stricture

Stricture 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 stricture se datorează aterosclerozei. De aceea, dacă 'stricture arterei' este documentată fără altă specificație, alocăți I77.1 *Stricture arterelor*. Totuși, dacă este evident (de ex.: din rezultatele cateterismului cardiac sau angiogramei) că stricturea unei artere se datorează unui trombus sau aterom, alocăți 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, alocăți 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 tromboza unei artere coronare este documentată (și pacientul nu a evoluat către un infarct miocardic) alocăți I24.0 *Tromboză coronară nerezultând din infarctul miocardic acut*. În același caz ca mai sus, dar acolo unde pacientul evoluează către un infarct miocardic, alocăți un cod de la categoria I21 *Infarct miocardic acut*.

Tromboza altor artere ar trebui să primească coduri în conformitate cu Indexul Alfabetice 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 și nu răspund la medicație obișnuită. Această definiție s-ar aplica deseori pacienților care sunt internați în spital cu un diagnostic principal de 'astm'. Totuși, 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 'refractor'.

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, așa după cum este evidențiat din excluderile de la J45 și din index după cum urmează:

J45 Astm

Exclude: Bronșita 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; și 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 și este **rareori** observată. Totuși, 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 și extinderea pneumoniei. Numai când 'pneumonia' este documentată, fără dovada radiografiei, adică un diagnostic clinic de pneumonie este determinat, alocăți codul adecvat pentru pneumonie. Rapoartele microbiologice, mai ales culturile de spută și 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 mișcate în plămân cu ajutorul unui instrument mecanic care asistă respirația prin creșterea sau înlocuirea efortului propriu de respirație al pacientului. Cu suport ventilator, un pacient este intubat sau suportă o traheostomie sau primește 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 și < 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 nașteri, 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 și se consideră o parte integrală a procedurii chirurgicale și deci ventilația de ≤ 24 ore nu ar trebui să fie codificată în aceste cazuri. Totuși, CVS inițiat în timpul chirurgiei și, 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 dezobișnuire (de ex.: CPAP, IMV, PSV) de suportul ventilator continuu.

Dezobișnuirea unui pacient intubat este inclusă în calcularea duratei de timp pe care un pacient o are când primește suport ventilator continuu. Există mai multe încercări de a dezobișnui 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** (și 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. Totuși, tuburile nazale pot fi extrase din trahee mai greu deoarece ele sunt de obicei mai înguste și mai lungi decât tuburile orale.

Ocazional, medicul va trebui să înlocuiască tubul endotraheal din cauza problemelor mecanice, cum ar fi o scurgere în manșetă. Îndepărtarea și înlocuirea 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 și 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. Totuși, cu ventilație prelungită sau când se așteaptă o ventilație prelungită, un tub de traheostomie este plasat chirurgical în traheea cervicală anterioară pentru a preveni dăunarea laringelui și pentru o eliminare îmbunătățită a secrețiilor. O traheostomie poate fi de asemenea folosită în mod inițial pentru a furniza căi respiratorii accesibile și 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 traheostomia deschisă și permite atașarea 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 dezobișnuire, sau**
- **Încetarea CVS pentru pacienții cu o traheostomie** (după orice perioadă de dezobișnuire)
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, 'Pacienți 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 și poate necesita o perioadă următoare de ventilație în timpul aceleiași spitalizări. Pentru a încadra această perioadă următoare de suport ventilator continuu folosind aceleași 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 diferită sau epilepsia și 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 și 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) (și 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 primește alocă un cod adecvat pentru monitorizarea ventilației (bloc 569) (și 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 primește 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 și motivația medicală ca diagnostic asociat.”

ALTE TIPURI DE SUPORTURI RESPIRATORII

1. Presiunea pozitivă continuă (CPAP)

CPAP este folosită la pacienții care respiră spontan și 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])

ar **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 dezobșnuire de suportul ventilator continuu **sau**
- este efectuat prin intubație sau traheostomie. În aceste cazuri alocăți coduri adecvate de la blocul [569] *Support ventilator continuu.*

CPAP prin intubație nazofaringială

Unii pacienți pot primi CPAP prin intubație nazofaringiană 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 alocăți codul(urile) adecvat pentru CVS de la blocul [569] și 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 și 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 și expiratorii, ca răspuns la eforturile de respirație ale pacientului.

Când BiPAP este administrat continuu prin intubație sau tub de traheostomie, ar trebui să fie alocat mai degrabă un cod de la blocul [569] *Support ventilator continuu* decât 92039-00 [568] *Alte zone sau zone multiple ale sistemului respirator.*

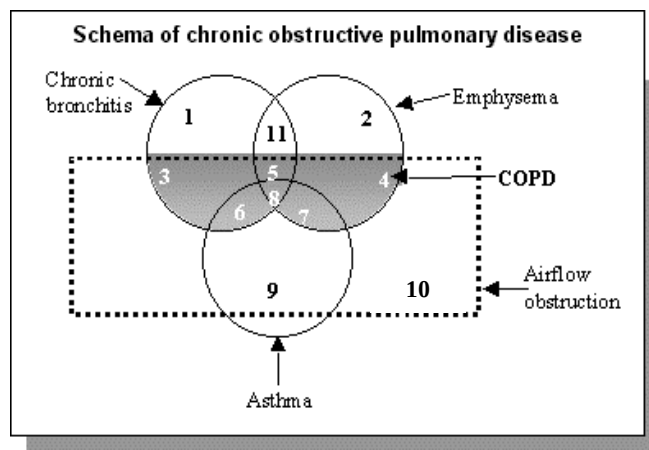
3. Respirația prin Presiunea Pozitivă Intermitentă (IPPB) – 92040-00 [568]

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. Acești 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 și 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 Bronșita cronică
- 2 Emfizem
- 3 Bronșita cronică cu obstrucție = COPD
- 4 Emfizem cu obstrucție = COPD
- 5 Bronșita cronică și emfizemul cu obstrucție = COPD
- 6 Bronșita cronică și astmul cu obstrucție = COPD
- 7 Emfizemul și astmul cu obstrucție = COPD
- 8 Bronșita cronică, emfizemul și astmul cu obstrucție = COPD
- 9 Astmul
- 10 Obstrucția căilor respiratorii
- 11 Bronșita cronică și 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 bronșitei cronice cu obstrucție posibil datorită astmului cronic și/sau emfizemului și/sau traheobronșitei cronice. Termenii importanți sunt **cronic** și **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, așa cum este evidențiat de excluderile de la J45 și de la index după cum urmează:

J45 Astmul

Cu excepția: bronșită 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' și '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 însăși 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 și COPD sunt documentate pentru episod, alocați numai un cod de la categoria J44.- *Alte boli pulmonare obstructive cronice*.

1011 BRONȘITA CRONICĂ LA COPII

Diagnosticul de bronșită cronică la copii (< 12 ani) nu este un diagnostic acceptabil și 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 și nu există nici o dovadă histopatologică de apendicită, codificați durerea abdominală.
- c) Dacă sunt documentate diagnosticul de dureri abdominale și 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, și ulcer, eroziuni sau varice sunt descoperite prin endoscopie, codicatorii ar trebui să codifice afecțiunea găsită 'cu hemoragie' și 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 și 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*) și hemoragia esofagiană (K22.8 *Alte boli specificate ale esofagului*).

Totuși, dacă pacientul este investigat pentru melenă, această presupunere nu ar trebui făcută deoarece melena sau altă sângerare din tractul GI inferior nu-și au originea întotdeauna în intestinul subțire, colon, rect sau anus. Melena își poate avea originea în ulcerale gastrice sau duodenale sau în angiodisplazia stomacului sau duoden. Dacă documentația nu este clară, verificați împreună cu clinicianul. Dacă nu se stabilește nici o legătură între simptom și ceea ce se descoperă în timpul investigației, ordonați simptomul mai întâi și 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. Chiar dacă aderențele sunt separate în cursul unei alte proceduri abdominale, procesul poate fi semnificativ. Când separarea se găsește în raportul de operație, atât codul de diagnostic pentru aderențe, cât și 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 și 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, și, de aceea, codul K62.5 *Hemoragia anusului și 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 și gastroenterita probabil infecțioasă* la copii (15 ani și sub) iar K52.- *Alte gastroenterite și colite neinfecțioase* la adulți. Aceasta reflectă cauza infecțioasă probabilă la copii și alte cauze posibile (de ex.: medicamente, ischemie și metabolice) la adulți.

Deshidratare cu gastroenterită

În internările pentru tratamentul gastroenteritei și 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 și 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 și diagnostice cum ar fi ulcerul Barrett, ulcerul indus de medicamente, ulcer malign, și ulcer indus de un corp străin.

1122 HELICOBACTER/CAMPYLOBACTER

Acești termeni nu sunt sinonimi. Sunt organisme diferite și fiecare produce un tip diferit de boală și, 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 reclassificată ca *H. pylori* – *gastrită cronică asociată*) și se produce în mai mult de 90% din ulcerele duodenale, 95% din limfomul MALT și 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	<i>Dispepsia</i>
	30473-01[1008]	<i>Panendoscopia până la duoden cu biopsie</i>

Codul B96.81 (*Helicobacter pylori*) nu este alocat în acest caz deoarece nu există asociere documentată între infecția *H. pylori* și 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	<i>Ulcer duodenal, cronic fără hemoragie și perforație</i>
	B96.81	<i>Helicobacter pylori [H. pylori] drept cauză a bolilor clasificate la alte capitole</i>
	30473-01[1008]	<i>Panendoscopia până la duoden cu biopsie</i>

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 și abcese și 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' și 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 ȘI ȚESUTUL SUBCUTANAT

1203 DEBRIDAREA

Dacă 'debridarea non-excizională' este documentată sau chirurgul confirmă că debridarea a fost 'non-excizională' alocăți:

90686-00 [1627] *Debridarea non-excizională a arsurii sau*
 90686-01 [1628] *Debridarea non-excizională a tegumentului și 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 și 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 și 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) alocăți 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*)
 Alocăți:

Z41.1	<i>Alte intervenții de chirurgie plastică în scop estetic</i>
45588-00 [1675]	<i>Meloplastie bilaterală</i>
92514-XX [1910]	<i>Anestezie generală</i>

EXEMPLUL 2:

Mamoplastia reducțională pentru sâni pendulanți. Estetic.

Alocăți:

N64.8	<i>Alte afecțiuni precizate ale sânelor</i>
Z41.1	<i>Alte intervenții de chirurgie plastică în scop estetic</i>
45521-01 [1754]	<i>Mamoplastia reducțională, bilaterală</i>
92514-XX [1910]	<i>Anestezie generală</i>

Îndepărtarea implanturilor de sân

Implanturile de sân din motive fizice sau psihologice.

Dacă implantul a fost îndepărtat sau înlocuit din cauza unei complicații a implantului (de ex.: granulom, infecție cronică, scurgere) alocăți codul adecvat de la categoria T85.- *Complicații ale altor proteze, implante și grefe interne* ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 3:

Îndepărtarea implantului de sân ca urmare a unei infecții cronice.

Alocați:

T85.78	<i>Infecție și reacție inflamatorie datorită altor proteze interne, implanturi și grefe</i>
Y83.1	<i>Intervenție chirurgicală cu implantație de proteză internă</i>
Y92.22	<i>Domeniul serviciului de sănătate</i>
45548-00 [1758]	<i>Îndepărtarea protezei de sân</i>
45548-00 [1758]	<i>Îndepărtarea protezei de sân</i>
92514-XX [1910]	<i>Anestezie generală</i>

În cazul în care motivul îndepărtării implantului este psihologic (de ex.: anxietate) și nu se evidențiază nici o complicație a implantului, alocăți Z42.1 *Îngrijirea de control după chirurgia plastică a sânului* ca diagnostic principal. Alocăți un cod de diagnostic adițional pentru afecțiunea psihologică sau folosiți 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.

Alocați:

Z42.1	<i>Îngrijirea de control după chirurgia plastică a sânului</i>
Z71.1	<i>Persoană suferind de teama unei boli la care nu s-a pus nici un diagnostic</i>
45555-00 [1758]	<i>Îndepărtarea protezei de sân cu silicon și înlocuirea acesteia cu un alt tip de proteză nesiliconată</i>
45555-00 [1758]	<i>Îndepărtarea protezei de sân cu silicon și înlocuirea acesteia cu un alt tip de proteză nesiliconată</i>
92514-XX [1910]	<i>Anestezie generală</i>

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 familie).

Acolo unde se poate alocă 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 rezecție). 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 adițional.

Pentru chirurgia profilactică efectuată în absența unei boli a sânului, sau când un diagnostic mai sigur nu poate fi extras din foaia clinică, alocăți 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, pleopă' din Index.

1210 CELULITA

Când celulita este asociată cu o leziune deschisă sau cu ulcerarea pielii, ordonați codul leziunii complicate sau codul ulcerăției pielii ca diagnostic principal iar celulita ca diagnostic adițional, dacă sunt tratate leziunea sau ulcerățiile. Pentru leziunile care nu necesită tratament sau au fost tratate mai înainte, episodul curent fiind pentru tratamentul celulei, ordonați celulita ca diagnostic principal cu un diagnostic adițional pentru leziunea complicată. Dacă un codicator clinic are vreun dubiu în privința ordonării, ar trebui să se ia legătura cu clinicianul pentru confirmare.

Celulita orbitală și periorbitală

Este important să identificăm diferența dintre celulita orbitală și cea periorbitală din moment ce ambele afecțiuni și codurile alocate sunt diferite. Codicatorii clinici ar trebui să fie sfătuiți să verifice diagnosticele celulei periorbitale împreună cu clinicianul pentru a se asigura că este adecvat codul H05.0 *Inflamații acute ale orbitei*.

Diagnosticul celulei 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 niște zile de terapie cu antibiotice și 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 pleopa, dar fără răspândire asupra cavității orbitale. Aceasta este o infecție mult mai puțin severă decât celulita orbitală și 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 și alte inflamații profunde ale pleoapei* când este implicată pleopa (categoria L03 *Celulite* exclude celulita pleoapei).

1216 CHIRURGIE CRANIOFACIALĂ

Rezecția oaselor faciale

'Rezecția' la blocurile [1699] *Rezecția mandibulei*, [1700] *Rezecția maxilarului* și [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*. Totuși, chirurgii deseori consideră termenul egal cu rezecția totală a unui maxilar (45596-00 [1700] *Rezecția totală a maxilarului*). Codicatorii 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 și pentru excizia posttraumatică a osului. Țesuturile moi sunt de obicei păstrate.

Codurile includ orice grefă de os acolo unde osul este procurat din aceeași 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 ȘI ALE ȚESUTULUI SUBCUTANAT

Blocul [1635] *Repararea plăgilor tegumentare și 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 lăcerății 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 mușchi, tendon, fascie, ligamente sau nervi, iar repararea respectivelor localizări ar trebui să fie codificată.

EXEMPLUL 1:

Procedura: Repararea plăgii mâinii implicând sutura tendonului, nervilor și pielii. Plăgă debridată și curățată înaintea suturii.

Coduri:	39300-00 [83]	<i>Repararea primară a nervului</i>
	47963-02 [1467]	<i>Repararea de tendon al mâinii, neclasificată altundeva</i>
	30023-00 [1566]	<i>Debridarea excizională a părților moi</i>

(Vezi, de asemenea [SC 1908](#) *Lăcerăția cu vătămarea nervului și tendonului*.)

1220 IMPLANTURI EXTRAORALE OSEOINTEGRATE

Oseointegrarea este un proces de prindere a osului cu implant cu șurub 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 atașarea aparatului auditiv ancorat osos (BAHA), înlocuirea prostezei urechilor, ochilor, nasului și încheieturii degetului (meta-carpo-falangiană); și alte probleme de reconstrucție dificile, cum ar fi atașarea protezelor de membre.

Indicațiile pentru procedură includ pierderea auzului conductiv, artrita reumatoidă și 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, grea de os și 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 servește ca un cadru pentru atașarea ulterioară a aparatului prostetic, care este ancorat simplu pe locul respectiv în timpul unei consultații. Blocul 1697 include expunerea fixatorului de titaniu, grea de piele a localizării fixatorului și 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 atașarea aparatului auditiv ancorat osos. În acest caz alocăți ambele coduri pentru acel episod operator:

45794-00 [1698] *Procedeu de oseointegrare, implantare de fixator de titaniu pentru atașarea aparatului auditiv ancorat [BAHA] și*

45797-00 [1697] *Procedeu de oseointegrare, fixare a marginii transcutanate pentru atașarea aparatului auditiv ancorat osos [BAHA]¹*

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Piele și Țesutul Subcutanat.

13 SISTEMUL MUSCULO-SCHELETIC ȘI 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, alocăți M54.5 *Dorsalgie joasă* cu coduri pentru efect târziu dacă se aplică. Nu codificați ca o leziune curentă așa 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, totuși, M62.8- *Altă tulburare specificată a mușchiului* 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 ȘOLD

Cazurile în care un pacient susține o prosteză de șold dislocat traumatic ar trebui să primească codul S73.0- *Dislocarea șoldului* cu un cod de diagnostic adițional Z96.64 *Prezența implantului de șold*. Exemple de asemenea dislocări sunt când un pacient, care se recuperează în spital în urma unei înlocuiri recente de șold, cade din pat sau își dislocă prosteza ca rezultat al unor mișcări bruște cum ar fi întoarcerea sau o cădere.

Un cod de la categoria T84 *Complicațiile protezelor, implantelor și grefelor ortopedice interne* ar trebui să fie folosit în următoarele circumstanțe:

- Când documentația indică existența unui eșec mecanic datorit componentelor defectoase al prostezei sau ligamentelor strânse sau largi.
- Când motivul internării este o revizie a înlocuitorului de șold.
- Când documentația susține 'osteoartrită' ca diagnostic principal și pacientul suferă a doua sau a treia înlocuire de șold.

Reducerea închisă a unei prosteze de șold dislocat ar trebui să fie codificată ca 47048-00 [1487] *Reducerea închisă a dislocării șoldului*.

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 și distanțierul sunt îndepărtate și 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 MENISULUI/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 și 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 datorită unei leziuni curente, alocați un cod de la una din categoriile care se referă la dislocare, entorsă și durere a articulațiilor și ligamentelor:

S13 *Dislocare, entorsă și întinderea de ligamente și articulații la nivelul gâtului*

S23 *Dislocare, entorsă și întinderea de ligamente și articulații ale toracelui*

S33 *Dislocare, entorsă și întinderea de ligamente și articulații ale coloanei vertebrale lombare și bazinului*

Și alocați codul adecvat al cauzei externe.

Dacă diagnosticul nu este raportat ca datorită 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 și 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 și 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, codificați la 'Leziune, localizare' și **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.-	<i>Spondiloza</i>
	Spondilolisteza	M43.1-	<i>Spondilolisteza</i>
	Retrolisteza	M43.2-	<i>Alte suduri vertebrale</i>

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 științei medicale care se bazează pe sistemele corpului și 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 și 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	<i>Gonartroza primară, bilaterală sau</i>
	M17.1	<i>Alte gonartroze primare</i>
Eroziunea genunchiului nespecificată altminteri:	M17.0	<i>Gonartroza primară, bilaterală sau</i>
	M17.1	<i>Alte gonartroze primare</i>
Eroziunea rotulei:	M22.4	<i>Chondromalacia rotulei</i>

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 și foraminotomiei. Aceasta exclude cazurile cu menținerea de discită (inflamație a discului intervertebral) ori arahnoidită și instabilitate. Nu există o pleiadă de simptome distincte. Cauza eșecului este multifactorială și 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 șuruburi 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 și sunt atașate pe coloană la extremitățile superioare și inferioare ale sudurii vertebrale. Atașarea poate fi fie printr-un cârlig, fie printr-un șurub de fixare. Scopul este de a imobiliza (și 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 atașament intermediar.
- **Implanturi segmentare:** aceasta este o sudură care este imobilizată prin implanturi ce se atașează nu numai la extremitățile superioare și inferioare ale sudurii, dar și la localizări multiple unde s-a intervenit. Sunt folosite pentru suduri lungi. Aceasta nu se limitează numai la corectarea scoliozei care se folosește 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 și 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 și a celor posterioare. Inserarea operatorie necesită o expunere pentru barele Harrington, totuși, 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 și 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 și 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 și Țesutul Conjunctiv.

14 SISTEMUL GENITOURINAR

1404 INTERNARE PENTRU DIALIZA RENALĂ

Episoade de îngrijiri de o zi și peste noapte

Atunci când pacientul este externat în aceeași zi cu internarea sau a doua zi după internare, codificați ca diagnostic principal fie Z49.1 *Dializa extracorporeală* pentru dializă extracorporeală 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 aceeași 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* și 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 aceeași zi, codificați ca diagnostic principal afecțiunea responsabilă pentru extinderea duratei de spitalizare a pacientului și 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 și 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 și maligne

1. HPV asociat cu veruca

HPV asociat cu veruca anogenitală

Verucile anogenitale benigne (Condylomata acuminata) sunt cauzate de virusurile papillomatoase umane [HPV] și 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	<i>Alte boli specificate ale anusului și rectului</i>
Cervical	N88.8	<i>Alte afecțiuni neinflamatorii specificate ale colului uterin</i>
Uretral	N36.8	<i>Alte afecțiuni specificate ale uretrei</i>
Vaginal	N89.8	<i>Alte afecțiuni neinflamatorii specificate ale vaginului</i>
Vulval	N90.8	<i>Alte afecțiuni neinflamatorii specificate ale vulvei și perineului</i>
Penis	N48.8	<i>Alte afecțiuni specificate ale penisului</i>

HPV asociat cu alte veruce

Alte veruce asociate cu HPV includ *veruce comune* (verrucae vulgaris) și *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 și carcinomul colului uterin, ca și cu alte malignități ale tractului genital (penis, vulvar și 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 *Papillomaviruși, cauza unor boli clasate la alte capitole* ca diagnostic adițional.

EXEMPLUL 1:

Biopsia cervicală și diatermia efectuate cu rezultat patologic de 'displazie grad I cu efect HPV'.

Coduri:	N87.0	<i>Displazia ușoară a colului uterin</i>
	B97.7	<i>Papillomaviruși, cauza unor boli clasate la alte capitole</i>
	35608-00 [1275]	<i>Cauterizare de col uterin</i>
	35608-02 [1276]	<i>Biopsia de col uterin</i>

1415 SINDROMUL YOUNG

Codificați și ordonați părțile componente ale Sindromului Young:

- N46 *Sterilitatea la bărbat*
- J98.4 *Alte modificări pulmonare*
- J47 *Bronșiectazie*

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) și abordarea folosită (via nefrostomie)). Alocați 36522-01 [1048] *Nefrectomie parțială* și 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 și 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 β_2 microglobulinică ce se acumulează în insuficiența renală și devine semnificativ clinică după mai mulți ani de tratament prin dializă. Proteina se depozitează de preferință în oase și 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 și care ar trebui să fie de asemenea codificat dacă este prezent. Amiloidoza poate duce la o incapacitate evolutivă cu reducerea mobilității și 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 tunică 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 și scrot pentru a se închide complet în perioada dezvoltării prenatale.

Hidrocelele care sunt cu adevărat prezente la naștere 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 și spermatocele*.

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) și 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 tunică 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 și prin tunică 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 creșterea incidenței displaziei cervicale și vaginale care se dezvoltă de obicei la vârsta de aproximativ 15 ani la fetele născute din aceste mame.

Codificați ca:

Cod adecvat pentru displazie/neoplasm după localizare

P04.1 *Făt și nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*

Y42.5 *Alte estrogenice și 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 și recurente ale tractului urinar pentru a exclude alte afecțiuni, necesitând deseori internări multiple și prelungite pentru investigații și ameliorarea durerii.

1430 DETERIORARE CRONICĂ RENALĂ

A fost introdus un cod pentru a se face distincția dintre deteriorarea cronică renală și 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 aloe codurile N18.90 *Insuficiență cronică renală nespecificată* și 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 inherentă în aproape orice procedură ginecologică și cu cea mai mare aplicabilitate în D&C (dilatare și 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 și 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 instruire 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 și reflux. Diagnosticul 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 crește în dimensiune în mod progresiv astfel că în momentul ovulației, acest 'chist' special se rupe și 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 depășește 25 mm. Acestea sunt observate în mod obișnuit 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 însuși devine mult mai mare și chistic. Aceasta este o trăsătură obișnuită 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 specialiști în reproducere consideră că acesta este un ovar multichistic. În aceste circumstanțe, dimensiunea chisturilor este întotdeauna mică, și 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 și malignă.

1435 MUTILAREA ORGANELOR GENITALE FEMININE

Definiție

Organizația Mondială a Sănătății definește 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 creșterea învelișului clitoral la infibulație. Infibulația implică îndepărtarea clitorisului, labiilor minore și părților din labiile majore, care sunt apoi suturate împreună lăsând numai un mic orificiu de la câțiva milimetri la centimetri în diametru pentru tranzitul urinei și menstruii. Numai 15% dintre femeile afectate de FGM vor fi suferit infibulație.

Practica FGM există și persistă în cadrul unor credințe și convenții, care pot fi asociate cu tradiția, economia, religia, estetica și/sau igiena.

Mutilarea feminină genitală a fost raportată în Oman, Emiratele Unite Arabe, Yemen, Indonezia, Malaizia, India și 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 și decesul.
- Complicațiile de lungă durată includ cicatrizarea vulvară, infecția pelvină și a tractului urinar, circuitul menstrual și urinar obstrucționat, fistule urinare și fecale, incontinență, avort spontan și naștere obstrucționată, vătămare vaginală și perineală la naștere și dificultăți sexuale, act sexual neconsumat și 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, totuși, N90.8 *Alte afecțiuni neinflamatorii precizate ale vulvei și 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 adițional Z90.7 *Absența dobândită a organelor genitale*.

3. Sarcină afectată de FGM

Alocați O34.7 *Îngrijiri acordate mamei pentru alte anomalii ale organelor pelviene* și alte coduri relevante de la Capitolul XV *Sarcina, nașterea și lăuzia* cu un cod adițional Z90.7 *Absența dobândită a organelor genitale*.

Notă: Documentația asupra FGM nu ar trebui să fie codificată dacă nu întrunește criteriile de mai sus și/sau criteriile pentru diagnostice adiționale (vezi SC 0002 *Diagnostice adiționale*, pag. 9).

1436 TRIAL DE GOLIRE

Unii pacienți sunt externați cu un cateter în situ, în general în urma unei proceduri postoperatorii pentru vezica urinară sau prostată. Pacienții sunt apoi reinternati pentru trialul de golire, pentru a observa dacă ei pot urina fără cateter. Acesta este îndepărtat și pacientul încearcă golirea. Dacă trialul de golire nu are succes, pacientul este re-cateterizat și 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	<i>Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare</i>
Diagnostic adițional:	Z48.8	<i>Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală</i>
*Procedură:	36800-03 [1090]	<i>Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat</i>
	SAU	
	92119-00 [1902]	<i>Îndepăratea altor dispozitive de drenaj urinar</i>

Internare pentru trial de golire – postop – fără succes

Diagnostic principal:	Z46.6	<i>Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare</i>
Diagnostic adițional:	N99.8	<i>Alte tulburări postprocedurale ale sistemului genito-urinar</i>
	R33	<i>Retenție de urină</i>
	Y83.-	<i>Operație și alt act chirurgical la originea unor reacții anormale ale pacientului sau complicațiilor ulterioare, fără mențiunea accidentului în cursul intervenției</i>
* Procedură:	36800-03 [1090]	<i>Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat, ȘI</i>
	36800-00 [1090]	<i>Cateterism vezical</i>
	SAU	
	92119-00 [1902]	<i>Îndepărtarea altor dispozitive de drenaj urinar, ȘI</i>
	36800-00 [1090]	<i>Cateterism vezical</i>

Internare pentru trial de golire – non-postop – succes

Diagnostic principal:	Z46.6	<i>Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare</i>
* Procedură:	36800-03 [1090]	<i>Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat</i>
	SAU	
	92119-00 [1902]	<i>Îndepărtarea altor dispozitive de drenaj urinar</i>

Internare pentru trial de golire – non-postop – fără succes

Diagnostic principal:	Z46.6	<i>Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare</i>
Additional diagnosis:	R33	<i>Retenție de urină</i>
*Procedură:	36800-03 [1090]	<i>Extragerea endoscopică a cateterului urinar fixat, ȘI</i>
	36800-00 [1090]	<i>Cateterism vezical</i>
	SAU	
	92119-00 [1902]	<i>Îndepărtarea altor dispozitive de drenaj urinar, ȘI</i>
	36800-00 [1090]	<i>Cateterism vezical</i>

*Acele proceduri nu ar fi codificate în mod normal (vezi [SC 0042](#) *Proceduri normale necodificate*, pag. 46) dar ele sunt relevante în aceste circumstanțe și 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, NAȘTEREA ȘI LĂUZIA

A. SARCINA CU REZULTAT ABORTIV

1501 VEZI PAG. 212

1503 AVORTUL 'COMPLET' ȘI 'INCOMPLET'

Când o pacientă este internată cu un diagnostic de 'avort spontan' și nici o procedură nu este efectuată, verificați raportul de ultrasunete pentru a găsi dovada produselor de concepție. Dacă nu există produse de concepție pe acest raport, codificați ca avort complet; al patrulea caracter fiind:

- 5 Complet sau nespecificat, complicat prin infecția tractului genital și infecție pelviană
- 6 Complet sau nespecificat, complicat prin hemoragie întârziată sau excesivă
- 7 Complet sau nespecificat, complicat prin embolism
- 8 Complet sau nespecificat, cu alte complicații și nespecificate
- 9 Complet sau nespecificat, fără complicații

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] *Dilatația și curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină sau*
 35643-01 [1267] *Curetajul aspirativ al cavității uterine*

1505-1509 VEZI PAG. 203

1510 SARCINA CU REZULTAT ABORTIV

Cum o naștere vie în Australia este definită ca o gestație de cel puțin 20 de săptămâni sau cel puțin 400 gr greutate, avortul este definit de aceea ca expulzia sau extragerea produselor de concepție prin orice mijloace, înainte ca fătul să devină viabil, aceasta însemnând mai puțin de 20 de săptămâni de sarcină (140 zile) și/sau greutate fetală mai mică de 400 gr.

1511 SFÂRȘITUL SARCINII

Dacă sarcina s-a sfârșit din cauza unei anormalități fetale cunoscute sau suspectate sau a altor probleme fetale și placentare, aplicați următoarele linii directoare:

1. Dacă sfârșitul sarcinii se produce înainte ca fătul să fie viabil (aceasta însemnând înainte de 20 săptămâni de gestație și/sau greutatea fetală mai mică de 400 gr), alocați O04.- *Avort medical* ca diagnostic principal cu un cod cum ar fi O35.0 *Îngrijiri acordate mamei pentru o malformație (presupusă) a sistemului nervos central al fătului* pentru a indica motivul sfârșitului sarcinii.
2. Dacă sfârșitul sarcinii se produce după ce fătul a devenit viabil, alocați ca diagnostic principal codul pentru motivul sfârșitului sarcinii, așa cum este decesul fetal intrauterin (O36.4 *Îngrijiri acordate mamei pentru decesul intra-uterin al fătului*).

Dacă sfârșitul sarcinii are drept consecință un născut viu, alocați codurile adiționale O60 *Naștere înainte de termen*, O09.- *Durata sarcinii* și un cod adecvat Z37 *Rezultatul nașterii*.

Vezi ACS 1513 *Inducție*, pag. 205, ca exemple de proceduri ce sunt implicate în sfârșitul sarcinii.

1513 VEZI PAG. 205**1514 OU CLAR**

Dacă diagnosticul final este ou clar, alocăți codul O02.0 *Ou clar și molă nehidatiformă* chiar dacă nu sunt prezente dovezi histopatologice.

1515 VEZI PAG. 206**1544 COMPLICATII URMÂND AVORTULUI SI SARCINII ECTOPICE ȘI MOLARE**

Codurile de la categoria O08 *Complicațiile ca urmare a unui avort, unei sarcini extra-uterine și 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).

Totuși, dacă o pacientă este internată din cauza produselor de concepție reținute ca urmare a unui eșec de avort în timpul unui episod de îngrijiri anterior, codificați eșecul de avort ca diagnostic principal pentru a reflecta diagnosticul episodului original. În această situație pacienta încă suferă din cauza unui 'avort eșuat' și 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, alocăți O09.9 *Durata sarcinii, nespecificată*. Un cod de la O08 *Complicațiile consecutive unui avort, unei sarcini extra-uterine și molare* nu se alocă.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Sarcină tubară ruptă cu șoc

Diagnostic principal:	O00.1	<i>Sarcină tubară</i>
Diagnostic adiționale:	O08.3	<i>Șocul ca urmare a unui avort, unei sarcini extrauterine și molare</i>
	O09.-	<i>Durata sarcinii</i>

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Avort incomplet cu perforație de uter

Diagnostic principal:	O06.3	<i>Avortul fără precizare, incomplet, cu alte complicații și neprecizate</i>
Diagnostic adiționale:	O08.6	<i>Leziunile organelor și țesuturilor pelvine ca urmare a avortului, sarcinii extrauterine și molare</i>
	O09.-	<i>Durata sarcinii</i>

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Coagulare intravasculară diseminată ca urmare a avortului efectuat în urmă cu două zile la un alt spital

Diagnostic principal:	O08.1	<i>Hemoragia întârziată sau severă ca urmare a unui avort, unei sarcini extrauterine și molare</i>
-----------------------	-------	--

Nu se cer coduri adiționale deoarece avortul s-a efectuat în timpul unui episod de îngrijiri anterior.

EXEMPLUL 4:

Diagnostic: Hemoragie și 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*
 Diagnostic adițional: O09.- *Durata sarcinii*

EXEMPLUL 5:

Diagnostic: Produse de concepție reținute ca urmare a unei internări anterioare în urma unui avort eșuat, cu curetaj aspirativ.

Diagnostic principal: O02.1 *Eșec de avort*
 Diagnostic adițional: O09.- *Durata sarcinii*

B. TULBURĂRI/PROCEDURI PRIVIND TRAVALIUL ȘI NAȘTEREA

1505 NAȘTERE UNICĂ, VAGINALĂ, SPONTANĂ

O80 Naștere unică spontană este destinat nașterilor unice vaginale, spontane:

FĂRĂ anormalitate/complicație clasificabile în altă parte la Capitolul XV *Sarcina, nașterea și lăuzia și*

FĂRĂ manipulare sau instrumental

1506 PREZENTARE ANORMALĂ, DISPROPORȚIE ȘI ANORMALITATEA ORGANULUI PELVIN MATERN

Acolo unde sunt necesare îngrijirea sau intervenția datorite prezentării anormale, disproporției sau anormalității organelor materne pelvine **înainte** de debutul travaliului, alocăți 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 și 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 alocă un cod de la aceste blocuri. **Aceste coduri pot să nu reprezinte o obstrucție prin ea însăși, ci mai curând că au fost luate măsuri pentru a preveni obstrucția.**

Prezențații considerate anormale

Prezențările anormale și pozițiile anormale listate ar trebui să fie codificate dacă sunt prezente **în timpul travaliului sau la naștere**:

pelvină
 frontală
 prezențație compusă
 prezențație 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 și 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 nașteri cezariene, **sau**
- cicatrice uterină anterioară necesitând îngrijiri, dar nașterea nu se produce în timpul episodului de îngrijiri, de ex.: îngrijirile antepartum pentru durerea uterină datorită unei cicatrice anterioare.

O75.7 *Naștere pe cale vaginală după o cezariană anterioară* ar trebui să fie alocat pentru cazurile unde se constată o cicatrice de cezariană înaintea nașterii 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 și unei anestezii epidurale în cursul travaliului și nașterii* 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 și administrarea blocajului neuraxial înainte de a alocă O74.6 *Alte complicații ale rahianesteziei și unei anestezii epidurale în cursul travaliului și nașterii*.

Nu codificați a doua etapă amânată dacă nu este specificată în mod clar.

1509 ESTRIOLI ÎN SCĂDERE

Estrioli în scădere nu ar trebui să fie codificați. Dacă IUGR (întârzierea creșterii intrauterine) este documentată drept cauza scăderii estriolilor, alocați codul O36.5 *Îngrijiri materne pentru creștere 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 creșterii 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 naștere normală vaginală urmează unei inducții, alocăți O80 *Naștere unică spontană* ca diagnostic principal.

(Vezi de asemenea [ACS 1505](#) *Naștere 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 și 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 și chirurgicală a travaliului*

(vezi *Inducția medicală și chirurgicală*, mai jos)

În general, terminarea unei sarcini care se produce după 14 săptămâni complete va implica travaliul și, 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 (dilație și curetaj) sau curetaj aspirativ și 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 și chirurgicală a travaliului.

Codificați: 90465-05 [1334] *Inducția medicală și 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 ruzelei. Sarcina este terminată prin curetaj aspirativ.

Codificați: 35643-01 [1267] *Curetaj aspirativ al uterului*

Inducția medicală și chirurgicală

Cu toate că inducția medicală și 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). Totuși, 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 aștepta până la 4 ore după ARM.

90465-05 [1334] *Inducerea medicală și chirurgicală a travaliului* este acordat în acele cazuri când o pacientă are atât ARM cât și inducere medicală, chiar dacă timpul care s-a scurs între ARM și inducerea medicală a depășit 4 ore. Cu toate că inducerea medicală poate fi făcută după începerea contracțiilor, aceasta nu ar trebui să fie codificată ca o augmentare medicală.

Intensificarea (accelerarea) medicală și chirurgicală

90466-00 [1335] *Intensificarea (accelerarea) medicală după debutul travaliului* și 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 și chirurgicală a travaliului* ar trebui să fie alocat când atât intensificarea (accelerarea) medicală cât și ARM sunt efectuate simultan sau urmând debutului travaliului spontan.

1514 VEZI PAG. 202**1515 AFECȚIUNE ANTEPARTUM CU NAȘTERE**

Dacă un episod de îngrijiri include nașterea unui făt dar pacienta a fost internată pentru o afecțiune antepartum care a necesitat **tratament pentru mai mult de șapte zile** înainte de naștere, ordonați afecțiunea antepartum ca diagnostic principal.

1517 REZULTATUL NAȘTERII

Pentru fiecare naștere, codul adecvat de la Z37.- *Rezultatul nașterii* 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 diagnostic 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 *Naștere 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 întrunește 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 și 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), și numai aceste afecțiuni ar trebui să primească codul: O09.-

1519 NAȘTERE ANTERIOARĂ INTERNĂRII

Dacă o pacientă a născut un făt anterior internării într-un spital și nu a fost efectuată nici o procedură operatorie legată de naștere în timpul internării, iar mama nu suferă complicații de puerperium, alocăți un cod adecvat de la categoria Z39.0- *Îngrijiri postpartum și examinare imediat după naștere*. Dacă o complicație apare înaintea internării, acea complicație 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 nașteri pentru a însoți un copil bolnav, iar pacienta primește îngrijiri postpartum de rutină alocăți codul adecvat Z39.-.

Dacă o pacientă este transferată de la un spital la altul pentru îngrijiri post-cezariană, fără vreo afecțiune care să întrunească definiția diagnosticului principal sau celui secundar, atunci codul adecvat Z39.- ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal și Z48.8 *Alte îngrijiri specifice ca urmare a intervenției chirurgicale* ca un diagnostic adițional.

(Vezi [ACS 1548](#) *Afecțiune sau complicație postpartum*, pag. 214)

1520 NAȘTERI MULTIPLE

Într-o naștere multiplă, dacă feții sunt născuți diferit, ambele tipuri de nașteri ar trebui să fie codificate.

EXEMPLUL 1:

Naștere prematură gemelară la 35 de săptămâni, geamănul 1 născut prin extracție pelvină, iar geamănul 2, născut în poziție transversală prin operație cezariană segment inferior (LSCS) datorită obstrucției.

Cod:	O64.8	<i>Travaliu obstrucționat datorit altei poziții și prezentare anormale</i>
	O32.5	<i>Îngrijiri materne pentru gestație multiplă cu prezentare anormală a unuia sau mai multor feți</i>
	O30.0	<i>Sarcină gemelară</i>
	O60	<i>Naștere înainte de termen</i>
	O09.5	<i>Durata sarcinii 34–36 săptămâni complete</i>
	Z37.2	<i>Gemeni, ambii născuți-vii</i>
	16520-03 [1340]	<i>Operație cezariană de urgență segment inferior</i>
	90470-03 [1339]	<i>Extragere pelvină</i>

1521 AFECȚIUNI CARE COMPLICĂ SARCINA

Capitulul XV *Sarcina, nașterea și lăuzia* conține două blocuri de coduri pentru complicațiile legate de sarcină, O20–O29 *Alte tulburări materne legate predominant de sarcină* și O94–O99 *Alte afecțiuni obstetrice, neclasificate altundeva*. Afecțiunile care se știe că se produc de obicei la sarcină au coduri specifice la O20–O29. Pentru a codifica alte afecțiuni care complică sarcina (sau sunt agravate de sarcină sau care sunt motivul principal pentru îngrijiri obstetricale), un cod de la O98 *Boli materne infecțioase și parazitare clasificabile altundeva dar complicând sarcina nașterea și lăuzia* sau O99 *Alte boli materne clasificabile altundeva dar complicând sarcina nașterea și lăuzia* sunt alocate împreună cu un cod adițional de la celelalte capitole ale ICD-10-AM pentru a identifica afecțiunea 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, nașterea și 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, nașterea și 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) și 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 și 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 ușa).

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.-) și 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/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă 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 feteși viabili.

- Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă un cod.

1526 HIPERTENSIUNE ÎN SARCINĂ

Codurile de la categoriile O10–O16 *Edem, proteinurie și hipertensiune în cursul sarcinii, nașterii și lăuziei* nu ar trebui să fie alocat bazându-se numai pe rezultatele tensiunii. Afecțiunile ca 'sarcină cu hipertensiune indusă', 'pre-eclampsia' sau 'toxemia pre-eclampctică' trebuie să fie documentate în foaia clinică.

- Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă un cod.

1527 NAȘTERE 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/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă un cod.

EXAMPLE 1:

Pacienta a născut un făt la 41 de săptămâni de gestație. Documentat în foaia clinică de către obstetrician ca fiind naștere după data calendaristică. Alocați un cod pentru naștere 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/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă 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 naștere 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/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă un cod.

1530 NAȘTERE PREMATURĂ

Când se codifică 'naștere prematură' sau naștere (spontană, indusă sau cezariană) cu debut înainte de o gestație de 37 de săptămâni complete, alocați codul O60 *Naștere înainte de termen*.

Dacă motivul pentru nașterea 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 obișnuită ordonare a evenimentelor este ca membranele să se rupă în cursul travaliului (adică odată ce contracțiile au început și 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, alocăți 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, alocăți 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, alocăți 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 și 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 *Nașterea întârziată după ruptura artificială a membranelor*.

- Această afecțiune ar trebui să fie codificată atunci când este documentată de către un obstetrician/clinician/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă un cod.

1532 TRAVALIUL PRELUNGIT

Când travaliul este monitorizat, așa cum este în spital, este considerat prelungit dacă nașterea 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/moașă.
- Dacă criteriul pentru diagnosticul obstetric specific este întrunit dar diagnosticul relevant nu este documentat, consultați clinicianul înainte de a alocă un cod.

1534 NAȘTEREA CU AJUTORUL FORCEPSULUI

ICD-10-AM nu include eponime pentru forceps, cu toate că așa sunt documentate deseori asemenea nașteri în foaia clinică. Următoarea listă este dată pentru a ajuta alocarea codului adecvat. Totuși, 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](#) *Naștere pelvină cu extracție*, pag. 211).

Forceps rotator – după Keilland
O metodă de rotare a copilului în uter pentru a corecta (sau pentru a îmbunătăți) prezența pentru naștere.

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 FETUȘI

Embriotomia este indicată în sarcinile multiple unde supraviețuirea tuturor fetoșilor este în dubiu sau în cazurile sarcinii multiple unde un făt poartă o tulburare cromozomială, cum ar fi Trisomy 21. Procedura implică reducerea numărului fetoșilor intrauterini printr-o tehnică care duce la decesul unuia sau mai multor fetoși, de exemplu, injectarea fetală directă de clorură de potasiu sau gaz. Această procedură nu duce la avort sau naștere (din moment ce fătul este rezorbit) și este, de aceea, diferită de procedurile clasificabile la codurile 90461-00 [1330] *Injectie intraamniotică pentru avort* și 90476-00 [1343] *Proceduri asupra fetus-ului pentru facilitarea nașterii*.

Codul pentru reducerea numărului de fetoși este 90463-00 [1330] *Reducerea numărului de fetoși*.

1537 MIȘCĂRI FETALE SCĂZUTE

Z36.8 *Alte depistări prenatale* ar trebui să fie alocat la internările cu un diagnostic de mișcări 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 mișcări 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 mișcări fetale scăzute este documentată, această cauză ar trebui să fie codificată, nu O36.8 sau Z36.8 dacă pacienta naște sau nu în cadrul unui episod de îngrijiri.

1538-1539 VEZI PAG. 213

1541 CEZARIANĂ DE URGENȚĂ ȘI 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 nereușită de vindecare prin de cicatrizare (vezi ACS 1506 *Prezentare anormală, disproporție și 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 nereușită de vindecare prin cicatrizare ar fi o operație cezariană de urgență.

1542 NAȘTERE PELVINĂ ȘI EXTRAȚIE

Nașterea pelvină asistată este definită ca o naștere spontană atâta timp cât ombilicul urmează printr-o simplă asistență la nașterea fătului. Manevra Løvset sau altele pot fi aplicate pentru a elibera brațele și 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, alocăți 90470-02 [1339] *Nașterea asistată în prezentație pelvină cu aplicație de forceps pe capul rămas în urmă*.

Extracția pelvină este definită ca o interferență manuală extensivă în asistarea nașterii fătului. Picioarele sunt aduse în jos, brațele nucale sunt extrase și capul fătului este eliberat prin manevre cum ar fi manevra Mauriceau-Smellie-Veit sau prin aplicarea forcepsului. Dacă este folosit forcepsul, alocăți 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 și 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 și 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 naștere. Internarea pentru probleme legate de lactație, care depășește perioada de 42 zile, ar trebui să fie codificată ca puerperală. După 12 luni de la naștere, afecțiunile legate de lactație ar trebui să primească un cod pentru afecțiune în afara Capitolului XV *Sarcina, nașterea și lăuzia*. De exemplu, mastita la mamele care alăptează, producându-se la 18 luni după naștere, ar trebui să fie codificată la N61 *Afecțiunile inflamatorii ale sânelui*.

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 nașterea* și O92 *Alte afecțiuni ale sânului asociate nașterii și 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	<i>Sfârc retractat asociat cu nașterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân</i>
Sfârcuri fisurate	O92.11	<i>Sfârc fisurat asociat cu nașterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân</i>
Sfârcuri infectate	O91.01	<i>Sfârc infectat asociat cu nașterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân</i>
Abcese	O91.11	<i>Abces al sânului asociat cu nașterea, cu mențiunea dificultății de punere la sân</i>
Chirurgia bilaterală a sânului anterioară	O92.21	<i>Alte tulburări ale sânului asociate cu nașterea și nespecificate</i>

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 alocăți Z39.1 *Îngrijiri și 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 și necesității unor suplimente sau adaosuri din cauza insuficienței laptelui de sân.

În înregistrarea neonatală, alocăți 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 (eșecul lactației) care se produce înainte de pornirea lactației ar trebui să i se alocă 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 paciențele cu afecțiuni cum ar fi epilepsia, depresia maniacă sau atunci când medicația curentă contraindică alăptarea.

Notă: Suprimarea electivă (adică mama nu dorește să alăpteze) 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 și **pacienta a născut înainte de internare** (de ex.: în spital sau acasă), un cod de la Z39.0- *Îngrijiri și examinări imediate după naștere* trebuie să fie alocat ca diagnostic adițional. Z39.0- nu trebuie niciodată să fie alocat ca diagnostic principal în asemenea cazuri (vezi [ACS 1519 Nașterea 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	<i>Embolia obstetricală prin cheag sangvin</i>
Diagnostic adițional:	Z39.01	<i>Îngrijiri postpartum după naștere în spital</i>

Dacă pacienta este tratată pentru o afecțiune postpartum în timpul unui episod de îngrijiri în care a avut loc nașterea, codul Z39.0 nu ar trebui să fie alocat.

EXEMPLUL 2:

Naștere spontană cu prezentație pelvină cu naștere unică a unui născut viu cu embolism pulmonar după naștere.

Diagnostic principal:	O32.1	<i>Îngrijiri acordate mamei pentru prezentație pelvină</i>
Diagnostic adiționale:	O88.2	<i>Embolia obstetricală prin cheag sangvin</i>
	Z37.0	<i>Naștere unică a unui născut viu</i>

În cazurile în care o pacientă este tratată pentru afecțiuni sau complicații puerperale și pacienta **a născut în timpul unui episod de îngrijiri anterior codul Z39.0- Îngrijiri și examinări imediate după naștere 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, totuși, femeia nu va avea nici un simptom și 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 și moartea sunt în special ridicate la copiii născuți înainte de termen¹. Se poate da un tratament profilactic pentru a ne asigura că organismul nu a trecut la copil în timpul nașterii.

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*

și

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 și nespecificate*

și

B95.1 *Streptococcus, grupa B, cauza unor boli clasate la alte capitole*

¹Connellan, M. și 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 Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sarcina, Nașterea și 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 își 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 și sfârșind la 28 de zile complete după naștere.”

(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. Totuși unele pot persista de-a lungul vieții și 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 și nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*
 Y42.5 *Alte estrogenice și 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 bronșiolita, nu sunt cuprinse în categoriile de la Capitolul XVI. Când o astfel de afecțiune se produce în episodul de naștere, este acceptabil a se alocă un cod de la alte capitole din ICD-10-AM fără a alocă un cod de la Capitolul XVI.

EXEMPLUL 2:

Bronșiolita 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 și clarificate cu clinicianul (vezi, de asemenea, [ACS 0401 Diabet Mellitus și intoleranța la glucoză](#), pag. 87).

1607 NOU-NĂSCUT/NEONATAL

Un nou-născut este o naștere 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 nașterii (ziua 0) și sfârșind 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 și 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. Totuși, 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 nașterii* 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 și internat imediat după naștere.

EXEMPLUL 1:

Nou-născut, născut acasă, fără morbiditate, naștere vaginală.

Cod: Z38.1 *Copil unic, născut în afara spitalului*

2. Orice afecțiune morbidă care apare în timpul episodului de naștere ar trebui să fie ordonată înaintea codului *Z38 Copii născuți-vii, după locul nașterii*.

EXEMPLUL 2:

Nou-născut, născut în spital, cu hipoglicemie, naștere 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 și 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 șaptea zi de viață pentru circumcizie

Coduri: Z41.2 *Circumcizie rituală sau de rutină*
 30653-00 [1196] *Circumcizia la bărbat*

1608 ADOPTIA

Un nou-născut sănătos cu un statut de 'așteptare pentru adopție' ar trebui să fie codificat la Z02.8 *Alte examinări în scopuri administrative*.

1609 NOU-NĂSCUȚI AFECTAȚI DE CAUZE MATERNE ȘI TRAUME LA NAȘTERE

Codurile de la categoriile P00–P04 *Făt și nou-născut afectați de tulburări materne și de complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei* ar trebui să fie folosite numai pentru a indica faptul că nou-născutul a fost afectat de o afecțiune maternă.

Pentru a putea alocă unul din aceste coduri, foaia clinică trebuie să conțină documentația problemei nou-născutului (efectul) și o notă prin care să se arate că a fost cauzat de către una dintre afecțiunile materne sau o complicație a sarcinii, travaliului sau nașterii. De aceea, vor fi întotdeauna *două* coduri: problema și 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 nașterii și, ca atare, pot avea un cod de la categoria P03 *Făt și nou-născut afectați de alte complicații ale travaliului și nașterii* alocat în plus. Totuși, cauza și efectul trebuie să fie documentate înainte de a alocă un cod P03.- .

Dacă mama are o afecțiune sau o complicație a travaliului sau nașterii care *nu* provoacă nici un efect advers sugarului:

- *nu* alocăți un cod de la P00–P04 în foaia copilului;
- dacă această cauză maternă a necesitat mai multe servicii de îngrijiri decât este obișnuit pentru un nou-născut, poate fi adecvată alocarea Z76.2 *Alți copii sau nou-născuți sănătoși primind îngrijiri* (de exemplu, în cazul observării post-cezariene) sau Z03.7 *Punerea sub observație și 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 și nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*, (vezi, de asemenea, [ACS 1605 Definiția afecțiunilor care își 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 naștere*
 P03.4 *Făt și nou-născut afectat de nașterea 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 și 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 îngrijiri speciale pentru nou-născuți în vederea observației post-cezariene. [Nici o problemă documentată.]

Coduri: Z76.2 *Alți copii sau nou-născuți sănătoși 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 și 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 și pentru care nu este elucidată în mod clar nici o cauză. ALTE este terminologia preferată a ceea ce de obicei se numește 'la un pas de SIDS'. Relația dintre SIDS și ALTE este neclară.

Clasificare

1. Cele mai multe cazuri de SIDS se prezintă ca decese înainte de a ajunge (la spital) și, 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 alocăți R95 *Sindromul morții subite la sugar*.
3. Rareori, SIDS poate complica o internare din alte motive. Dacă rezultatele postmortem se confirmă, atunci alocăți 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 și 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, alocăți R95 *Sindromul morții subite la sugar*.

1611 OBSERVAREA ȘI EVALUAREA NOU-NĂSCUȚILOR ȘI SUGARILOR PENTRU AFECȚIUNEA SUSPECTATĂ, NEGĂSITĂ

Codul Z03.7 *Punerea sub observație și evaluarea nou-născutului pentru afecțiune suspectată dar negăsită* este un cod care se folosește în circumstanțe limitate în foile de observație ale nou-născuților, altfel sănătoși, dar suspectați de a avea un risc de afecțiune anormală. Aceasta necesită un studiu, dar după examinare și 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 nașterii*, 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 naștere (post-maturitatea poate juca un rol important) și inhalează lichid amniotic, vaginal sau orofaringian, toate putând conține meconium. Pot fi prezente dispneea, tahipneea, șuerat și/sau apneea. În forme mai ușoare dispneea apare curând după naștere și durează 2–3 zile. În forme mai severe, sugarul este foarte bolnav și necesită îngrijiri intensive la nivel înalt iar această afecțiune poate fi fatală.

Terapia include aspirația tuturor urmelor de meconium din gură și naso-faringe imediat ce capul iese și apoi din faringe și trahee prin laringoscopie. Dacă este nevoie, se furnizează intubare și aspirație repetată, asistență ventilatorie și îngrijiri intensive generale. Vor fi necesare oxigen umidificat și antibiotice profilactice. Complicațiile includ pneumotoraxul și 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, **ȘI** 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-NĂSCUTULUI/ TAHIPNEA PASAGERĂ A NOU-NĂSCUTULUI (TTN)

Definiție

TTN este un sindrom bine recunoscut al nou-născutului cu debut de la primile minute până la ore de la naștere. Este caracterizat prin tahipnee cu puțină creștere 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 și 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 și 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' și 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 și ar trebui să fie diagnosticată dacă sugarul are:

- detresă respiratorie la patru ore după naștere, **și**
- există semne radiologice ale unui aspect difuz retico-glanular de sticlă mată pe cuprinsul ambilor plămâni, **și/sau**
- o bronhogramă aerată care se extinde peste limitele cardiace, **și**
- boala urmează un tipar compatibil cu diagnosticul.

Sindromul detresei respiratorii este caracterizat de următoarele:

- cianoză sau o cerere demonstrabilă de oxigen, **și**
- tahipnee (rata respiratorie > 60/min), **și**
- retracție costală/sternală, **și**
- gâfâit la expirație.

Istoricul natural al bolii membranei hialine este:

- deteriorare progresivă de la primele câteva ore de viață la 36 ore, **și**
- un platou de la 36 la 60 ore, **și**
- rezoluție de 5–7 zile.

În timp ce aceasta este o variabilă modificată de folosirea unui surfactant artificial, procesul bolii se poate recunoaște.

Aceasta este o boală care amenință viața și 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 naștere' (P22.8 *Alte detrese respiratorii ale nou-născutului*).

Terapie parenterală cu fluid

92192-00 [1885] *Alimentare parenterală cu substanțe nutritive* și 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 și nou-născutului*) sau 'alte tulburări electrolitice tranzitorii neonatale' (P74.- *Alte tulburări electrolitice și metabolice tranzitorii ale nou-născutului*).

Notă: Aceste coduri **nu ar trebui să fie alocate** când aceste proceduri fac **parte din resuscitarea la naștere**.

Antibiotice/anti-infecțioase parenterale

92186-00 [1885] *Injectarea unui antibiotic* și 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*) și '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:

Diagnosticile neonatale care pot cere transfuzii

Pierdere de sânge fetal	P50.-	<i>Pierderea de sânge la făt</i>
Anemia congenitală	P61.3	<i>Anemia congenitală prin pierdere de sânge fetal</i>
	P61.4	<i>Alte anemii congenitale, neclasificate altundeva</i>
Policitemia nou-născutului	P61.1	<i>Policitemia nou-născutului</i>
Anemia prematurității	P61.2	<i>Anemia prematurității</i>
Șoc	R57.9	<i>Șoc, nespecificat</i>
Hipovolemia	P74.1	<i>Deshidratarea nou-născutului</i>

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 și 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 mișcări involuntare.

Gradul 2 Letargie, mioză, bradicardie, diminuarea reflexelor (de ex.: Moro), hipotonie și mișcări involuntare.

Gradul 3 Stupoare, flaciditate, mișcări involuntare, reflexele Moro și bulbar absente.

Clasificare

Gradul 1 Codificați la	P91.81	<i>Encefalopatie neonatală</i>
Gradul 2 Codificați la	P91.81	<i>Encefalopatie neonatală</i>
	P90	<i>Convulsiile nou-născutului</i>
Gradul 3 Codificați la	P91.81	<i>Encefalopatie neonatală</i>
	P91.4	<i>Depresia cerebrală neonatală</i>
	P90	<i>Convulsiile nou-născutului</i>

Orice asfixie obstetricală gravă coexistentă la naștere (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 naștere 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 și include infecții dobândite nosocomiale.

Factorii de risc pentru infecția neonatală invazivă includ:

- travaliu înainte de termen
- ruptura prematură a membranelor
- semne ale infecției materne
- naștere multiplă cu întârzierea nașterii 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' și pot fi tratați cu antibiotice profilactice sau pot fi ținuti 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 și nou-născut afectați de tulburări materne și de complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei* poate fi alocat dacă infecția este un rezultat al unei afecțiuni materne.

Pentru acei nou-născuți cu un diagnostic de 'risc de sepsis' și **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 și evaluare medicală când este suspectată o boală*.

Dacă nou-născutul primește 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 ȘI GREUTATE SCĂZUTĂ LA NAȘTERE

Greutatea la naștere și vârsta gestațională

Codurile P07.0- *Greutate la naștere foarte mică* și P07.1- *Alte greutăți mici la naștere* se referă la greutatea sugarului în momentul nașterii, nu la greutatea din episoadele de îngrijire ulterioare.

Codurile P07.2- *Imaturitate extremă* și 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 folosește un cod de la categoria P07 *Tulburări legate de perioada de gestație scurtă și greutate mică la naștere, neclasificate altundeva* pentru episoadele următoare episodului de naștere, al cincilea caracter trebuie să corespundă cu greutatea și vârsta gestațională din episodul de naștere.

Greutate scăzută la naștere

Un cod pentru greutate scăzută la naștere la o perioadă gestațională normală ar trebui să fie alocat numai în foaia sugarului când aceasta este documentată de către obstetrician/clinician/moașă și întrunește 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 pentru vârsta gestațională* sau P05.1 *Talie mică pentru vârsta gestațională*. Codurile de la P07 *Tulburări legate de perioada de gestație scurtă și greutate mică la naștere, neclasificate altundeva* sunt destinate folosirii acolo unde apare o greutate scăzută la naștere la un sugar prematur.

Prematuritate

Pentru episodul nașterii, 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 nașterii) 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 gestație scurtă și greutate mică la naștere, neclasificate altundeva* pot fi alocate, de asemenea, dacă sunt întrunite criteriile din [ACS 0002 Diagnostic adiționale](#).

Episoadele ulterioare unde prematuritatea este singurul motiv pentru internare (de ex.: spitalizare pentru monitorizare, câștigarea în greutate sau stabilirea hranei) ar trebui să aibă un cod de la P07 alocat ca diagnostic principal. Totuși, dacă copilul este în vârstă de > 28 zile și ≥ 2500gr la internare, alocați Z51.88 *Alte îngrijiri medicale, specificate* ca diagnostic principal și 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 ȘI ANOMALII CROMOZOMIALE

(Acest capitol a fost lăsat intenționat în alb).

18 SIMPTOME, SEMNE ȘI DETERMINĂRI ANORMALE CLINICE ȘI DE LABORATOR, NECLASIFICATE ALTUNDEVA

1802 SEMNE ȘI 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 ajutoare în determinarea alocării codurilor de la categoriile R00–R99, iar un fragment este reprodus aici:

“Afecțiunile și semnele și 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 și 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 și 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' și 'fragilitatea' fac parte din aceeași categorie și 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 și nu se găsește 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 ȘI PROCEDURI DE MONITORIZARE A DURERII

Durere acută

Când un pacient suferă de dureri postoperatorii sau durere direct asociată cu altă afecțiune, alocăți 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 și [ACS 1802 Semne și simptome](#), pag.229). R52.0 *Durere acută* poate fi alocat numai când nu există nici o documentație privind localizarea sau cauza durerii acute.

Notăți lista de excluderi de la R52 *Durere, neclasificată altundeva* care exclude folosirea codurilor în această categorie când se cunoaște localizarea/tipul durerii.

Procedurile de anestezie și 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]	<i>Injectia epidurală</i>
[33]	<i>Infuzare epidurală</i>
[34]	<i>Injectie caudală</i>
[35]	<i>Infuzare caudală</i>
[36]	<i>Injectie spinală</i>
[37]	<i>Infuzare spinală</i>
[39]	<i>Inserarea cateterului spinal, dispozitiv infuzare sau pompă</i>
[1909]–[1910]	<i>Anestezia</i>
[1912]	<i>Analgezie post-procedurală</i>

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 și nu este stabilit nici un diagnostic legat de aceasta. În mod obișnuit, asemenea pacienți vor fi internați la chirurgie de zi pentru o procedură de monitorizare a durerii, cum ar fi:

[60]	<i>Injectarea agentului anestezic în jurul nervului cranial</i>
[63]	<i>Injectarea agentului anestezic în jurul altui nerv periferic</i>
[65]	<i>Injectarea agentului anestezic în jurul sistemului nervos simpatic</i>
[81]	<i>Simpatectomie chirurgicală</i>
[85]	<i>Re-operația pentru simpatectomia anterioară</i>

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*)

ȘI

- 'durerea cronică ireductibilă' sau 'durerea cronică' este documentată și întrunește 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 chirurgie de zi pentru monitorizarea durerii de spate cronice ireductibile.
Pacientul a fost tratat cu injectarea anestezicului pentru 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 și 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 primește morfină pentru controlul durerii.

Coduri:	C34.9	<i>Tumoră malignă a bronhiilor sau plămânului, nespecificat</i>
	M8010/3	<i>Carcinom nespecificat altminteri</i>
	C79.5	<i>Tumoră malignă secundară a osului și măduvei osoase</i>
	M8010/6	<i>Carcinom metastatic nespecificat altminteri</i>

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 și 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 și 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 și 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 și 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, și ocazional va include ventilarea mecanică (din cauza apneei induse medicamentos sau continuării atacurilor). Totuși, toate convulsiile febrile sunt alarmante și este întotdeauna necesar de a înlătura orice cauză de bază, cum ar fi epilepsia, encefalita, hemoragia intracerebrală, gastroenterita, otita medie, septicemia, pneumonia sau meningita.

Codicatorii 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) și care nu sunt simple (complicate) nu are nici o putere asupra clasificării acestora și 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 și Rezultate Anormale Clinice și de Laborator, Neclasificate Altundeva.

19 LEZIUNI TRAUMATICE, OTRĂVIRI ȘI ALTE CONSECINȚE ALE CAUZELOR EXTERNE

1901 OTRĂVIRE

Definiție

Otrăvirea prin medicamente include medicamentele luate din greșeală, sinuciderea sau omuciderea, efectele adverse ale medicamentelor prescrise luate în combinație cu medicamente autoprescrise și intoxicațiile. **Otrăvirea implică folosirea improprie.**

Clasificare

Otrăvirea este clasificată la categoriile T36–T50 *Otrăviri prin droguri, medicamente și 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 și codul pentru otrăvire (T38.3 *Insulina și hipoglicemiante orale [antidiabetice]*) este ordonat ca diagnostic adițional (vezi [ACS 0401 Diabet mellitus și intoleranța la glucoză](#), apg. 87).

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Coma datorită supradozei de Codeină

Coduri: T40.2 *Otrăvirea prin narcotice și 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 idiosincronică, interacțiuni ale medicamentelor (când fiecare este substanța administrată corect) și **situații similare** care 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, alocăți 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 datorită Seconalului luat în combinație cu alcool (accidental)

Coduri: T42.3 *Otrăvirea cu medicamente antiepileptice, sedativ hipnotic și 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 și psihotrope, neclasificate altundeva*
 X45 *Intoxicații accidentale prin expunere la alcool*
 Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) și 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 și unul neprescris ar trebui să fie codificată ca otrăvire prin ambii agenți.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Hematemeză datorită folosirii în combinație de Coumadin (prescris) și Aspirină (neprescrisă) (accidental)

Coduri: T45.5 *Intoxicație prin anticoagulante*
 K92.0 *Hematemeză*
 T39.0 *Intoxicație prin salicilați*
 X44 *Intoxicații accidentale prin și la expunere la alte medicamente și substanțe biologice nespecificate*
 X40 *Intoxicații accidentale prin sau la expunere la analgezice neopioace, antipiretice și antigripale*
 Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) și 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 și barbituricelor luate în combinație (fiecare prescris)

Coduri: R40.2 *Comă, nespecificată*
 Y43.0 *Reacție adversă la medicamente anti-alergice și 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.: eșecul în tratamentul unei afecțiuni)
- fi legată de interacțiunea complexă dintre procesul bolii și 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, dehiscenta plăgii și leziunea chirurgicală.

Complicațiile procedurale se pot produce:

- în timpul procedurii (*vezi Accident, mai jos*)
- după procedură (*vezi Complicație timpurie și complicație târzie, mai jos*) și
- în unele cazuri, ani mai târziu (*vezi Complicație târzie, mai jos*)

Terminologia privind documentația și indexul

O complicație care se produce în perioada post-procedurală, și este documentată folosind o terminologia cum ar fi 'postoperator', poate să nu se încadreze în definiția complicației procedurale (de mai sus) și 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 lipsește 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 așteptări în urma unei intervenții chirurgicale abdominale și la laparotomie se decoperă și 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 și nu este evidentă în momentul efectuării procedurii.

Complicație târzie

O complicație târzie 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 complicații este o afecțiune curentă care este rezultatul unei complicații postprocedurale care s-a produs anterior. Această complicație anterioară poate să fi fost clasificată la oricare dintre categoriile de mai sus, adică accident, complicație timpurie sau complicație târzie. Așa cum s-au clasificat și alte sechele în *ICD-10-AM*, nu există o limită de timp după care un cod de sechelă să poată fi folosit. Totuși, trebuie să fi existat o primă complicație postprocedurală anterioară dezvoltării sechelei. De exemplu, emacierea mușchiului ca rezultat al leziunii nervului produsă în timpul unei proceduri cu trei ani în urmă ar fi codificată ca o sechelă. Totuși, deplasarea unui aparat prostetic intern la 2 ani după intervenția chirurgicală originală ar fi clasificată ca o complicație târzie și nu este rezultatul unei complicații postprocedurale timpurii.

Afecțiunea postprocedurală tranzitorie

Unele afecțiuni tranzitorii se produc în perioada postprocedurală dar nu sunt considerate drept complicații postprocedurale.

Exemplele de asemenea afecțiuni sunt:

- anemie
- confuzia
- durere de cap
- hipotensiune
- parestezia
- stare de vomă
- aritmii cardiace
- tulburări electrolitice
- hipertensiune
- greață
- retenție urinară

Clasificare

Clasificarea afecțiunilor tranzitorii

Afecțiunile tranzitorii nu ar trebui să fie codificate drept complicații postprocedurale când se produc în perioada postprocedurală, dacă ele nu sunt prezente la externare sau persistă postprocedural timp de 7 zile sau există documentația efectuată de clinician prin care se confirmă afecțiunea ca fiind o complicație a unei proceduri. Dacă nu se poate determina că afecțiunea este tranzitorie sau persistentă, atunci afecțiunea nu ar trebui să fie codificată ca o complicație postprocedurală. Totuși, ea poate încă să primească un cod dacă întrunește criteriile unui diagnostic adițional (după cum se arată în [ACS 0002 Diagnostic adițional](#), 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. Intervenția 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 intervenție.

Coduri: I71.4 *Anevriasm aortic abdominal, fără mențiunea rupturii*
R34 *Anuria și 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 complicații ale unui act medical de diagnostic și 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 reacție adversă, accidentul se clasifică cu:

- un diagnostic de la blocul T80–T88 *Complicații ale îngrijirilor medicale sau chirurgicale, neclasificate altundeva, și*
- un cod al cauzei externe de la blocul Y60–Y69 *Accidente suferite de pacienți în timpul îngrijirilor medicale și chirurgicale* sau blocul Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic și tratament. (Vezi următoarea secțiune pentru alocarea corectă a codului cauzei externe).*

EXEMPLUL 3:

Cistoscopie pentru diatermia trigonitei. La cistoscopie uretra distală a fost lacerată accidental. Lacerarea a fost suturată în timpul cistoscopiei. Pacientul nu a suferit nici o reacție adversă de la accident în timpul rămas din episodul de îngrijiri.

Coduri:	N30.3	Trigonita
	T81.2	Perforația și lacerarea accidentală în cursul unui act medical de diagnostic și tratament, neclasificată altundeva
	Y60.0	Tăiere, înțepare, perforare sau hemoragie accidentală în cursul actelor medicale și chirurgicale, în cursul intervenției chirurgicale
	Y92.22	Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate

În acest exemplu, pacientul nu a suferit nici o afecțiune legată de accident și deci sunt alocate un cod de la blocul T80–T88 și un cod pentru cauza externă de la blocul Y60–Y69.

Atunci când **există** o reacție adversă a pacientului, accidentul este clasificat cu:

- un cod de diagnostic de la blocul T80–T88 *Complicații al tratamentului chirurgical și medical, neclasificat altundeva, și*
- un cod de diagnostic de la Capitolele I la XVIII indicând tipul specific al reacției adverse, **și**
- un cod pentru cauza externă de la blocul Y60–Y69 *Accidente și complicații în cursul actelor medicale și chirurgicale* sau blocul Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic și tratament. (Vezi următoarea secțiune pentru alocarea corectă a codului cauzei externe).*

EXEMPLUL 4:

Colonoscopia și 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	Perforația și lacerarea accidentală în cursul unui act medical de diagnostic și tratament, neclasificate altundeva
	K65.0	Peritonită acută
	Y60.4	Tăiere, înțepare, perforare sau hemoragie accidentală în cursul actelor medicale și 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 și complicații în cursul actelor medicale și chirurgicale* atunci când accidentul se produce din cauza unei intervenții umane în timpul unei proceduri.

Din contră, un cod de la blocul Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic și tratament* ar trebui să fie alocat atunci când accidentul este provocat direct de un aparat, prosteză, implant sau material și nu de intervenția umană **ȘI** accidentul se produce și este notat mai degrabă în momentul efectuării procedurii, decât ca o complicație târzie.

EXEMPLUL 5:

Pacient cu sindromul de boală sinusală internat pentru inserarea unui pacemaker permanent cu cameră duală 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	<i>Sindromul de boală sinusală</i>
	T82.1	<i>Complicația mecanică a unui aparat electronic cardiac</i>
	Y71.2	<i>Aparate cardio-vasculare asociate accidentelor, prosteze și alte implanturi, materiale și aparate accesorii</i>
	Y92.22	<i>Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate</i>

EXEMPLUL 6:

La șase luni după o procedură de reconstrucție a sânului post mastectomie, se observă că siliconul implantului de sân s-a deplasat. Implantul este înlocuit.

Coduri:	T85.4	<i>Complicația mecanică a unei prosteze și implant mamar</i>
	Y83.1	<i>Intervenție chirurgicală cu implantație de proteză internă</i>
	Y92.22	<i>Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate</i>

Clasificarea complicațiilor timpurii și târzii**Cod de diagnostic**

Complicațiile postprocedurale timpurii sunt clasificate **în general** la T80–T88 *Complicații ale tratamentului chirurgical și medical, neclasificate altundeva*, totuși, notați că blocul este unul **neclasificat altundeva** cu o notă explicativă privind excluderile. O secțiune a acestei note privind excluderile cuprinde cuvintele 'complicații specifice clasificate altundeva' cu unele exemple ale tipurilor de complicații care sunt codificate la secțiunea 'postprocedural' din anumite capitole.

Cele mai multe complicații târzii sunt clasificate la blocurile 'tulburări postprocedurale' (vezi lista de mai jos). Exemple ale tulburărilor târzii/funcționale sunt sindromul limfo-edem post mastectomie, insuficiență ovariană postprocedurală, insuficiență pulmonară cronică urmând intervenției chirurgicale, fibroza plămânului urmând radiației.

E89	<i>Tulburări postprocedurale metabolice și endocrine, neclasificate altundeva</i>
G97	<i>Afecțiunile postprocedurale ale sistemului nervos, neclasificate altundeva</i>
H59	<i>Afecțiunile postprocedurale ale ochiului și anexelor sale, neclasificate altundeva</i>
H95	<i>Afecțiuni postprocedurale la nivelul urechii și apofizei mastoide, neclasificate altundeva</i>
I97	<i>Afecțiuni postchirurgicale sau postprocedurale pe aparatul circulator, neclasificate altundeva</i>
J95	<i>Tulburări respiratorii postprocedurale, neclasificate altundeva</i>
K91	<i>Afecțiunile postprocedurale ale aparatului digestiv, neclasificate altundeva</i>
M96	<i>Afecțiunile postprocedurale ale sistemului osteo-articular și ale mușchilor, neclasificate altundeva</i>
N99	<i>Afecțiunile postprocedurale ale aparatului genito-urinar, neclasificate altundeva</i>

Indexul trebuie să fie urmat cu multă atenție în fiecare caz pentru a alocă un cod corect. Dacă nu există vreun subtermen specific pentru 'postprocedural' în Index sub termenul principal, urmează căutarea pentru 'Complicații', urmat de sistemul uman relevant la care complicația se referă și apoi 'postprocedural'. Un cod adițional de la Capitolul I până la XVIII poate fi alocat pentru a furniza o specificație a afecțiunii.

Codul cauzei externe

Codurile pentru cauza externă, atât pentru complicațiile timpurii, cât și pentru cele târzii, sunt:

Y83–Y84 *Acte chirurgicale și alte acte medicale la originea unor reacții anormale ale pacientului sau complicațiilor, fără mențiunea accidentului în cursul intervenției*

EXEMPLUL 7:**Diagnostic:** Infecția plăgii în cicatricea colecistectomiei, la 5 zile postoperator**Căutați:** **Infecție**

- plagă
- - postprocedural neclasificat altundeva T81.4

Coduri: T81.4 *Infecția după un act medical de diagnostic și tratament, neclasificată altundeva*
 Y83.6 *Ablația unui alt organ (parțial) (total)*
 Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

EXEMPLUL 8:**Diagnostic:** Endoftalmie ca urmare a unei intervenții chirurgicale intraoculare de cataractă**Căutați:** **Endoftalmie** – nici un subtermen pentru postprocedural/postoperator**Complicații**

- ochi
- - postprocedural H59.9
- - - specificat neclasificat altundeva H59.8

Coduri: H59.8 *Alte afecțiuni ale ochiului și anexelor sale după un act medical în vederea diagnosticului și tratamentului*
 H44.1 *Alte endoftalmii*
 Y83.1 *Intervenție chirurgicală cu implantație de proteză internă*
 Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

EXEMPLUL 9:**Diagnostic:** Amorteală persistentă ca urmare a unei injecții de anestezie locală**Căutați:** **Amorteală** – nici un subtermen pentru postprocedural/postoperator**Complicații**

- anestezia, anestezic (vezi de asemenea *Anestezia, complicație sau reacție neclasificată altundeva NEC*) neclasificată altundeva T88.5

Coduri: T88.5 *Alte complicații consecutive anesteziei*
 R20.8 *Tulburările sensibilității cutanate, alte și neprecizate*
 Y84.8 *Alte acte medicale*
 Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

Clasificarea sechelelor complicațiilor îngrijirilor chirurgicale

Codificarea sechelelor complicațiilor îngrijirilor chirurgicale necesită cel puțin patru coduri:

- afecțiunea sau natura reziduală a sechelei (afecțiunea curentă)
- T98.3 *Sechelele complicațiilor îngrijirilor chirurgicale și medicale, neclasificate altundeva*
- Y88.- *Acte medicale și 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 infecții anterioare produsă de un aparat ortopedic cu fixare internă

Coduri: M86.66 *Altă osteomielită cronică, membru inferior*
 T98.3 *Sechelele complicațiilor îngrijirilor chirurgicale și medicale, neclasificate altundeva*
 Y88.3 *Sechelele actelor medicale și chirurgicale la originea reacțiilor anormale ale pacientului sau complicațiilor ulterioare fără mențiunea accidentului în cursul intervenției*
 Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

1905 LEZIUNEA ÎNCHISĂ A CAPULUI /PIERDEREA CUNOȘTINȚEI/COMOȚIA**Clasificare**

Pentru leziuni la cap cum ar fi fracturi, leziuni intracraniene și pierderea cunoștinței raportată, codurile ar trebui să fie alocate pentru fiecare tip de leziune (de ex.: fracturi (S02.-), leziuni intracraniene (S06.1–S06.9) și pierderea cunoștinței (S06.01–S06.05)).

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacientul a suferit o fractură a osului etmoid (raze-X) și un hematom mare subdural (scanare CT). A fost raportată o pierdere de cunoștință cu o durată nespecificată.

Coduri: S06.5 Hemoragia subdurală traumatică
 S02.1 Fractura bazei craniului
 S06.01 Pierderea cunoștinței pe o durată nespecificată
 vezi blocul [1952] Tomografie computerizată a creierului

Pierderea cunoștinței

Dacă a fost raportată o pierdere de cunoștință în plus față de altă leziune craniană și intracraniană, ar trebui să fie alocat un cod de la S06.01–S06.05 (*Leziuni traumatice*) ca un cod adițional la tipul leziunii.

Comoția și 'leziunea capului'

Codul S06.00 *Comoție* ar trebui să fie alocat numai dacă a fost raportată 'comoția' de către un medic fără altă descriere sau clarificare a stării de cunoștință. 'Leziunea capului' și '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 diagnostice, ar trebui să fie alocat următorul cod:

S09.9 *Leziune traumatică a capului, nespecificată*

Notă: Dacă 'comoția', 'leziunea capului' sau 'leziunea închisă a capului' este raportată cu specificarea pierderii cunoștinței, codificați numai pierderea cunoștinței (S06.01–S06.04).

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Pacient diagnosticat cu leziune închisă a capului. A fost raportată o pierdere de cunoștință de 3 ore.

Cod: S06.03 *Pierdere a cunoștinței de durată moderată [de la 30 minute la 24 ore]*

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Pacient diagnosticat cu leziune închisă a capului. Pacientul a suferit o comoție severă cu raportarea pierderii cunoștinței de 3 ore. O scanare CT a capului a demonstrat o hemoragie intracerebrală.

Coduri: S06.23 Hematoame multiple intracerebrale și cerebelare
 S06.03 Pierdere a cunoștinței 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	<i>Somnolența</i>
R40.1	<i>Stupoarea</i>
R40.2	<i>Coma, nespecificată</i>

EXEMPLUL 4:

Diagnostic: Pacient internat ca urmare a unui MVA cu durere abdominală dar fără o leziune a capului raportată. Starea de cunoștință a pacientului s-a deteriorat în următoarele 24 de ore, totuși, o scanare CT a capului nu arată anormalități. Pacientul a fost anterior diagnosticat cu embolie grăsoasă și rămâne în comă 3 zile.

Coduri:	T79.1	<i>Embolie grăsoasă (traumatică)</i>
	R40.2	<i>Coma, fără precizare</i>
Vezi blocul [1952]		<i>Tomografie computerizată a creierului</i>

Codul S06.9 *Leziune traumatică intracraniană, nespecificată* ar trebui să fie folosit rareori și numai acolo unde un diagnostic mai specific nu poate fi omis din foaia clinică.

1906 LEZIUNI CURENTE ȘI VECHI**Definiție**

Leziunea curentă – o leziune pentru care repararea este în curs și nu este încă completă. Diagnosticul principal ar trebui să rămână ca un cod de leziune la repararea inițială sau ulterioară a leziunii curente. (Vezi, de asemenea, [ACS 1911](#) *Arsuri (Reinternare pentru tratarea arsurilor*, pag. 246).)

Leziunea veche – o leziune care a fost reparată. Totuși, după reparare, funcționalitatea a eșuat să se producă, și astfel se cere continuarea tratamentului. Urmați regula efectelor târzii în [ACS 1912](#) *Sechele ale leziunilor, otrăvirilor, efectelor toxice și 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*) și codurile alocate în mod obișnuit cu al patrulea caracter '.7', urmează să fie folosite numai acolo unde numărul leziunilor de codificat depășește numărul maxim de câmpuri pentru codurile de diagnostice disponibile. În aceste cazuri, folosiți coduri pentru locul/tipul individual pentru leziunile semnificative și categoriile multiple pentru a codifica leziunile mai puțin severe (de ex.: leziuni superficiale cu multiple localizări, plăgi deschise cu multiple localizări și deformate). Aceasta va asigura faptul că toate afecțiunile semnificative sunt justificate și 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, amputație traumatică a urechii, pierderea cunoștinței, contuzia feței, gâtului și umărului și laceratii ale obrazului și coapsei.

Coduri:	S06.31	Contuzie cerebrală focală
	S06.01	Pierderea cunoștinței pe o durată nespecificată
	S08.1	Amputația traumatică a urechii
	S01.41	Plagă deschisă a obrazului
	S71.1	Plagă deschisă a coapsei
	S00.85	Leziune superficială a altor părți ale capului, contuzie
	S10.95	Leziune superficială a gâtului, localizare nespecificată, contuzie
	S40.0	Contuzia umărului și antebrațului

În acest exemplu, S09.7 *Leziuni traumatice multiple ale capului* și 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, selectați ca diagnostic principal afecțiunea care prezintă cea mai serioasă amenințare pentru viață. Dacă cea mai serioasă afecțiune nu este identificată în foaia clinică, atunci clarificarea se va face împreună cu clinicianul.

1908 LACERAȚII CU VĂTĂMAREA NERVULUI ȘI TENDONULUI**Clasificare**

În cazurile în care laceratia implică vătămarea nervului și tendonului, codurile ar trebui să fie ordonate după cum urmează:

laceratie cu vătămarea nervului	cea mai severă
laceratie cu vătămarea tendonului	cu severitate moderată
laceratie fără complicație	cel mai puțin severă

Plagă deschisă cu vătămarea arterei și 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 laceratie. Unde nu există nici un potențial pentru pierderea membrului, dar s-au produs atât vătămarea nervului, cât și cea a arterei, clinicianul ar trebui să fie consultat pentru ordonarea corectă.

1909 ABUZUL ASUPRA ADULTULUI ȘI COPILULUI**Clasificare****Victima**

În cazurile de abuz, în care documentarea confirmă că leziunea(le) s-au produs ca rezultat al neglijării și/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(ilor).

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 și abandonul* sau Y07 *Alte sindroame datorite unor maltratări* ar trebui să fie alocat ca adecvat.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacient în vârstă se prezintă pentru malnutriție generalizată datorită neglijenței din partea fiului (în a cărui grijă se află).

Coduri: E46 *Malnutriția proteino-energetică nespecificată*
 T74.8 *Alte sindroame datorite maltratării*
 Y06.02 *Neglijarea și abandonul, alți membri ai familiei*
 Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-) și 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 afecțiuni 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 afecțiuni 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.-) și 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 documentația din foaia clinică și 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 alți factori de risc specificați, neclasificați altundeva*. Totuși, 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, alocăți Z61.4 *Dificultăți legate de un pretins abuz sexual asupra copilului de către o persoană din anturajul lui imediat* sau Z61.5 *Dificultăți 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 *Dificultăți 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, alocăți Z61.6 *Dificultăți legate de o pretinsă maltratare fizică a unui copil*.

Atunci când internarea se face pentru consiliere/sfătuire sau tratament pentru persoanele afectate de abuzul soțului(soției) sau partenerului, alta decât victima sau autorul, alocăți Z63.0 *Dificultăți în raporturile cu soțul (soția) sau partenerul*.

Atunci când internarea se face pentru consiliere/sfătuire sau tratament a rudelor sau prietenilor victimei sau a autorului, alocăți Z63.7 *Alte evenimente dificile cu incidență asupra familiei și gospodăriei*.

1910 LEZIUNEA PIELII

Clasificare

Clarificarea cu clinicianul este necesară pentru afecțiunile 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

Definiție

Descrierea arsurilor împărțită în 'grade' nu este relevantă din punct de vedere clinic în Australia. Terminologia curentă se referă la 'profundimea' arsurii, de ex.: parțială sau totală.

Așa cum termenul 'superficial' poate fi folosit clinic pentru a descrie atât eritemul, cât și pustula (profunzime parțială), codificatorii clinici ar trebui să verifice cu clinicianul înainte de a alocă un cod pentru eritem. În absența avizului clinicianului, o arsură 'superficială', care nu este specificată clar ca eritem, ar trebui să fie codificată ca arsură cu profunzime parțială (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 parțială (Gradul II ICD-10)*

L55.2 *Arsură de soare, profunzime adâncă (Gradul III ICD-10)*

Ordonare

Codificați în primul rând locul celei mai severe arsuri. De exemplu, o arsură profundă adâncă ar fi ordonată înaintea unei arsuri profunde parțiale. Chiar dacă arsura profundă parțială se întinde pe cea mai mare suprafață a corpului (BSA), totuși arsura profundă adâncă ar trebui să fie ordonată prima.

Dacă există multiple arsuri pe **aceiași 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 parțială a pielii peretelui abdominal și perineumului vor fi codificate la :

T21.23 *Arsură profundă parțială de piele a trunchiului, perete abdominal și*

T21.25 *Arsură profundă parțială de piele a trunchiului, organe genitale [extern] de preferat decât*

T29.2 *Arsuri ale regiunilor multiple ale corpului, nemenționându-se depășirea profunzimii parțiale*

Arsurile cu aceeași localizare dar de profunzime multiplă, ar trebui să fie codificate la cele cu profunzimea cea mai severă.

De exemplu, arsura cu profunzime parțială și adâncă a gleznei va fi codificată la:

T25.3 *Arsura cu profunzime adâncă a gleznei și piciorului*

Arsuri și leziuni multiple

Când numărul de coduri pentru un caz depășesc numărul de câmpuri disponibile, codurile pentru arsurile multiple pot fi folosite pentru a se asigura că toate condițiile semnificative sunt codificate și grupate cu acuratețe la AR-DRGs. Dacă sunt necesare coduri multiple, folosiți-le pentru arsuri profunde parțiale, cu mai multe coduri specifice de localizare pentru arsurile profunde adânci.

Suprafața corpului (BSA)

Fiecare caz de arsură, căruia i s-a alocat un cod de la T20–T25 *Arsuri și corозиuni ale suprafeței externe a corpului după localizare* sau T29 *Arsuri și corозиuni cu localizări multiple ale corpului* (adică: excluzând ochiul și organele interne), ar trebui să aibă alocat un cod de la categoria T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeței corpului*, pentru a identifica procentajul suprafeței corpului (BSA) implicată. Codul T31 este important în gruparea AR–DRG și ar trebui să fie ordonat pentru a asigura includerea sa în procesul de grupare. El va fi în mod obișnuit ordonat după ultimul cod al localizării.

Codul T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeței corpului* trebuie să aibă întotdeauna cinci caractere. Al cincilea caracter al lui '0' indică existența a mai puțin 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 suprafeței corpului. Informațiile 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 și corозиuni ale căilor respiratorii*. Codul T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeței corpului* nu poate fi folosit cu codurile de la categoriile T27 *Arsuri și corозиuni ale căilor respiratorii* și T28 *Arsuri și corозиuni ale altor organe interne* dacă nu sunt prezente, de asemenea, arsuri ale suprafeței 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, alocăți codul care reflectă suprafața totală pansată a corpului (vezi [blocul \[1600\] Pansamentul arsurilor](#)).

Internare pentru schimbarea pansamentului arsurilor

Alocați codul Z48.0 *Supravegherea suturilor și pansamentelor chirurgicale* pentru internările în vederea schimbării pansamentelor. Codul adecvat pentru arsură ar trebui să fie alocat ca un diagnostic adițional.

Reinternarea pentru tratarea arsurilor

Internărilor ulterioare pentru grefarea și debridarea arsurilor ar trebui să primească codul adecvat pentru arsură ca diagnostic principal, mai puțin dacă internarea nu este pentru tratamentul unei complicații sau unui efect târziu, în care caz natura complicației sau efectului ar trebui să fie principale (de ex. contracturile datorită cicatricilor).

Codificarea infecțiilor la pacienții arși

Există un standard de practică clinică în monitorizarea pacienților arși pentru a trata infecțiile în mod profilactic. De aceea, clinicianul ar trebui să fie consultat întotdeauna înainte ca un cod pentru infecție să fie alocat.

1912 SECHELE ALE LEZIUNILOR, OTRĂVIRILOR, EFECTELOR TOXICE ȘI ALTOR CAUZE EXTERNE

Definiție

O 'sechelă' a unei leziuni este o afecțiune curentă care a fost cauzată de o leziune, otrăvire, efect toxic sau altă cauză externă produsă anterior.

EXEMPLUL 1:

Stricture esofagiană datorită ingestiei anterioare de acid hidrocloric.

Clasificare

Nu există limită de timp atunci când se poate folosi un cod de sechelă. Afecțiunea reziduală poate fi aparentă urmând imediat fazei acute, așa 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 lacerării 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 lacerarea tendonului degetului care s-a produs cu două săptămâni în urmă, nu este o sechelă din moment ce lacerarea este încă prezentă și tratată.

Codificarea sechelei unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau altei cauze externe necesită trei coduri:

- afecțiunea reziduală sau natura sechelei (afecțiunea curentă)
- cauza sechelei (afecțiunea anterioară)
- cauza externă a leziunii, otrăvirii, efectului toxic etc.

Afecțiunea 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, antebraț*
 T92.1 *Sechelele unei fracturi a brațului*
 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 și 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 și neprecizate*
- T95.- *Sechele ale arsurilor, corозиunilor, degerăturilor*
- T96 *Sechele ale intoxicațiilor prin medicamente și substanțe biologice*
- T97 *Sechele ca urmare a efectelor toxice ale substanțelor de origine în special nemedicamentoasă*
- T98.- *Sechele ca urmare a cauzelor externe, alte și 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 și 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 prezintă 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 și nu ar trebui să fie codificată ca infecție de spital.

Clasificare

Codificați T81.4 *Infecția după un act medical de diagnostic și tratament, neclasată la alte locuri împreună cu un cod relevant al complicației cauzei externe* Y60–Y69 *Accidente și complicații în cursul actelor medicale și chirurgicale*, Y70–Y82 *Aparate medicale asociate accidentelor în cursul actelor medicale de diagnostic și tratament* și Y83–Y84 *Acte chirurgicale și alte acte medicale la originea unor reacții anormale ale pacientului sau complicațiilor ulterioare, fără mențiunea accidentului în cursul intervenției*.

1914 PLAGA DEZGOLITĂ

Definiție

O plagă dezgolită este îndepărtarea pielii și 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 atârână de niște 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 același, nu există nici o asociere cu plaga externă.

Clasificare**Plagă dezgolită complet:**

Alocați un cod pentru 'locul plăgii deschise'.

Alocați un cod pentru locul 'leziunii vasului de sânge', dacă se aplică.

Alocați un cod pentru excizia țesutului, dacă este efectuată.

Alocați un cod pentru grefă sau reparare lambou, dacă este efectuată.

Plagă dezgolită incomplet:

Alocați un cod pentru 'locul plăgii deschise'.

Alocați un cod pentru excizia țesutului, dacă este efectuată.

Alocați un cod pentru grefă sau reparare lambou, dacă este efectuată.

Plagă dezgolită închisă:

Alocați un cod pentru 'locul leziunii vasului de sânge'.

Nu alocați un cod pentru plaga deschisă.

Alocați un cod pentru excizia țesutului, dacă este efectuată.

Alocați un cod pentru grefă sau reparare lambou, dacă este efectuată.

1915 LEZIUNEA MĂDUVEI SPINĂRII (include paraplegia și cvadriplegia traumatică)**Definiție****Leziunea măduvei spinării**

Traumatismul măduvei spinării având ca rezultat pierderea funcției senzoriale/motorii și care duce la paralizia membrelor și/sau trunchiului (adică.: paraplegia/cvadriplegia/tetraplegia).

Paraplegia

“Paraplegia este disfuncționalitatea sau pierderea funcției motorii și/sau senzoriale în segmentele neurologice toracice, lombare sau sacrale, secundară vătămării elementelor neurale din coloana vertebrală. Paraplegia nu afectează brațele dar, depinzând de nivel, poate include trunchiul, picioarele sau organele pelvine. Acest termen este corect folosit pentru a descrie leziunile cauda equina și conus medullaris, dar nu ar trebui folosit atunci când se face referire la leziunile plexului lombo-sacral sau la leziunea nervilor periferici situați în afara canalului neural.”

(Miller-Keane, *Enciclopedia & Dicționar de Îngrijiri Medicale și Domenii înrudite ale Sănătății*, (A 6-a ed.) 1997)

Cvadriplegia

“Cvadriplegia este paralizia tuturor celor patru membre. Funcția motorie și/sau senzorială din segmentele cervicale ale coloanei vertebrale este afectată sau pierdută datorită vătămării unei părți a măduvei spinării, care are drept rezultat funcționarea defectuoasă a brațelor, ca și a picioarelor, trunchiului sau organelor pelvine. Acest termen nu include afecțiunile datorite leziunilor plexului brahial sau leziunilor nervilor periferici situați în afara canalului spinal.”

(Miller-Keane, *Enciclopedia & Dicționar de Îngrijiri Medicale și Domenii înrudite ale Sănătății*, (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 definiții ar trebui să fie notate:

Rănirea completă se referă la secțiunea transversală sau ablația totală a funcției din măduva spinării la locul leziunii.

Rănirea incompletă se referă la situațiile în care poate fi păstrată o funcție (de ex.: unele senzații sau mișcarea mai jos de leziune) și poate fi factor potențial al recuperării parțiale 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 și de segmentele cervicale superioare este intactă și nu există nici o funcție la nivelele inferioare).

Nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării indică implicit prezența unui grad sigur de paralizie. Totuși, 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 același nivel și paraplegie incompletă cu nivel senzorial L2.

Coduri:	S24.12	<i>Sindrom incomplet de măduvă al măduvei spinării toracice</i>
	S34.72	<i>Leziunea funcțională a măduvei spinării, L2</i>
	S22.06	<i>Fractura vertebrei toracice, la nivelul T11 și T12</i>

Faza inițială [acută] a leziunii măduvei spinării

Faza inițială a leziunii măduvei spinării este faza de tratare imediat după traumatism și 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 și 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 și/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, lacerare, transversie 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 și/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 și 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 funcțional al leziunii măduvei spinării ar trebui să fie alocat ca primul cod de diagnostic adițional 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 același nivel. După stabilizare la Spitalul A pacientul a fost transferat la Spitalul B unde i se efectuase anterior o spondilointeză.

Coduri:	Spital A	
	S24.10	<i>Leziunea măduvei spinării toracice, nespecificată</i>
	S24.70	<i>Leziune funcțională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat</i>
	S23.14	<i>Dislocarea vertebrelor toracice T7/8 și T8/9</i>
Vezi blocul	[1959]	<i>Tomografia computerizată a coloanei vertebrale</i>
	Spital B	
	S24.10	<i>Leziunea măduvei spinării toracice, nespecificată</i>
	S24.70	<i>Leziune funcțională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat</i>
	S23.14	<i>Dislocarea vertebrelor toracice T7/8 și T8/9</i>
	48669-00 [1389]	<i>Spondilointeza anterioară, două sau mai multe nivele</i>

Leziunea măduvei spinării – faza ulterioară

Dacă un pacient cu paraplegie/cvadriplegie este internat într-un spital/unitate pentru tratament (de ex.: vezică urinară neurogenă), alocăți codul G82.- (*Paraplegia și tetraplegia*) și alte afecțiuni ca adecvate. Ordonarea acestor diagnostice ar trebui să se ghideze după definiția diagnosticului principal. (Vezi [ACS 0625 Cvadriplegia și paraplegia, non-traumatice](#), pag. 119).

Nu este necesar să puneți codurile leziunii traumatice, din moment ce acestea ar trebui să fie folosite numai pentru faza inițială.

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Infecția tractului urinar. Paraplegie incompletă la nivelul C5.

Coduri:	N39.0	<i>Infecția căilor urinare, cu localizare nespecificată</i>
	G82.26	<i>Paraplegia, nespecificată, incompletă, cronică</i>

Tipuri de rănire a măduvei spinării

Dacă un pacient se prezintă cu o leziune a măduvei spinării, codificați întâi tipul de rănire a măduvei (adică, incompletă sau completă). Dacă nici o informație nu este disponibilă, întotdeauna codificați la categoria nespecificată.

Dacă este dat un diagnostic de comoție sau edem al măduvei spinării (fără alte explicații), codificați fie la:

S14.0	<i>Comoția și edemul măduvei spinării cervicale</i>
S24.0	<i>Comoția și edemul măduvei spinării toracice</i>
S34.0	<i>Comoția și edemul măduvei spinării lombare [conus medullaris]</i>

EXEMPLUL 4:

Diagnostic: Pacient care a suferit o fractură la vertebra cervicală 4 cu luxația corpului vertebral cervical 4/5 și o contuzie incompletă a măduvei la nivelul C5.

Coduri:	S14.13	<i>Alt sindrom incomplet de măduvă al măduvei spinării cervicale</i>
	S14.70	<i>Leziune funcțională a măduvei spinării, nivel cervical nespecificat</i>
	S12.22	<i>Fractura vertebrei cervicale 4</i>
	S13.14	<i>Dislocarea vertebrei cervicale C4/5</i>

Leziuni ale nivelului funcțional al măduvei spinării

Leziunile măduvei spinării și ale rădăcinii nervilor spinali sunt dificile în mod special pentru codificatorii clinici de a le clasifica în termenii segmentului intact cel mai de jos. Totuși, documentația ar trebui să furnizeze aceste informații particulare unde au fost efectuate o scanare CT și un RMN.

Codificați leziunea nivelului funcțional al măduvei spinării ca un cod adițional după tipul leziunii măduvei.

Întotdeauna ordonați mai întâi tipul leziunii măduvei spinării, urmat de leziunea nivelului funcțional al măduvei spinării și apoi de fractura/dislocarea, dacă se aplică.

Dacă nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării nu este confirmat sau nu poate fi obținut (preferabil de la medicul neurochirurg care tratează), atunci codificați la categoria nespecificată în afara secțiunii relevante (adică cervicală, toracică, lombară).

Nu presupuneți că nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării este la același nivel cu localizarea fracturii sau dislocării.

Leziunea nivelului funcțional 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 și o leziune incompletă a măduvei spinării raportată la nivelul C5.

Coduri:	S14.13	<i>Alt sindrom incomplet de măduvă al măduvei spinării cervicale</i>
	S14.70	<i>Leziunea funcțională a măduvei spinării, nivel cervical nespecificat</i>
	S12.22	<i>Fractura celei de-a patra vertebre cervicale</i>

Codificarea fracturilor și dislocările vertebrale

Codificați nivelul fracturii și/sau dislocarea așa cum se specifică în documentația medicală. Dacă este raportată o leziune a măduvei spinării, întotdeauna ordonați codurile leziunii măduvei spinării înainte de fractură sau dislocare. Acolo unde documentația medicală nu specifică clar nivelul leziunii vertebrale, codificați la localizare nespecificată.

Dacă s-a produs o dislocare a coloanei vertebrale, dar ambele localizări dislocate nu sunt date (de ex.: dislocare la T5) codificați la nivelul confirmat și nivelul imediat sub cel confirmat (de ex.: T5/6) pentru a descrie dislocarea.

Notă: Nivelul fracturii și/sau dislocării nu corespunde întotdeauna cu nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării.

EXEMPLUL 6:

Diagnostic: Fractura vertebrelor toracice 2, 3 și 4 cu dislocare la nivelele T2/3 și T3/4. Laceratie completă a măduvei spinării la nivelul T3.

Coduri:	S24.11	<i>Leziunea completă a măduvei spinării toracice</i>
	S24.70	<i>Leziune funcțională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat</i>
	S22.01	<i>Fractura vertebrei toracice, nivelele T1 și T2</i>
	S22.02	<i>Fractura vertebrei toracice, nivelele T3 și T4</i>
	S23.11	<i>Dislocarea vertebrelor toracice T1/T2 și T2/T3</i>
	S23.12	<i>Dislocarea vertebrelor toracice T3/T4 și T4/T5</i>

Pentru fracturile deschise/compuse ale coloanei vertebrale, folosiți codul adițional al plăgii deschise (vezi, de asemenea, [ACS 1917 Plaga deschisă](#), pag. 254). Acolo unde mai multe vertebre sunt confirmate a fi compuse, aplicați numai un cod al plăgii deschise.

Pentru fracturile sau dislocările multiple, codificați fiecare nivel separat. Dacă o fractură/ dislocare a aceleiași localizări este descrisă ca deschisă/compusă, folosiți codul plăgii deschise 'care comunică cu o fractură'. Nu este necesar să se alocă codul plăgii deschise 'care comunică cu o dislocare'.

EXEMPLUL 7:

Diagnostic: Fracturi compuse ale vertebrelor toracice 2, 3 și 4 cu dislocare la nivelurile T2/3 și T3/4. Lacerarea completă a măduvei spinării la nivelul T3.

Coduri:	S24.11	Leziunea completă a măduvei spinării toracice
	S24.70	Leziune funcțională a măduvei spinării, nivel toracic nespecificat
	S22.01	Fractura vertebrei toracice, nivelele T1 și T2
	S22.02	Fractura vertebrei toracice, nivelele T3 și T4
	S21.81	Plagă deschisă (a oricărei părți a toracelui) care comunică cu o fractură
	S23.11	Dislocarea vertebrelor toracice T1/T2 și T2/T3
	S23.12	Dislocarea vertebrelor toracice T3/T4 și T4/T5

1916 LEZIUNI SUPERFICIALE**Clasificare**

În secțiunea S00 (Leziunea traumatică superficială a capului), S10 (Leziunea traumatică superficială a gâtului), S20 (Leziunea traumatică superficială a toracelui) și S30 (Leziunea traumatică superficială a abdomenului, a lombelor și bazinului), ierarhia pentru clasificarea leziunilor superficiale este în primul rând bazată pe localizare în timp ce în toate celelalte secțiuni ale leziunii superficiale ierarhia se bazează pe tipul leziunii. Aceasta este relevant în mod special atunci când se codifică leziunile superficiale 'alte' și 'nespecificate'.

Folosiți un cod adițional pentru a descrie orice agent infecțios 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 aceleiași localizări.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Fractura părții de jos a humerusului, abraziunea și contuzia cotului, fractură de omoplat.

Coduri:	S42.40	Fractură a părții de jos a humerusului, parte nespecificată
	S42.10	Fractura omoplatului, parte nespecificată

1917 PLĂGI DESCHISE**Definiție**

O plagă deschisă este în general definită ca o plagă care penetrează pielea și comunică direct cu țesuturile subiacente. Acestea includ mușcătura de animal, tăierea, lacerarea și plaga prin înțepare (cu sau fără penetrația unui corp străin).

Clasificare

Secțiunea plăgii deschise pentru fiecare regiune a corpului este folosită, de asemenea, pentru a descrie plăgi deschise care comunică cu o fractură sau dislocare și leziuni unde cavitățile interne ale corpului au fost penetrate prin piele (adică plăgile intracraniene, plăgile intratoracice și plăgile intraabdominale).

Plaga deschisă ar trebui să fie codificată împreună cu leziunea.

Consultați [ACS 1918 Fractura și dislocarea](#), pag. 255, [ACS 1919 Leziune intracraniană deschisă](#), pag. 256 și [ACS 1920 Leziune intratoracică/intraabdominală deschisă](#), pag. 257.

Complicațiile unei plăgi deschise

Dacă o plagă deschisă este descrisă ca fiind complicată datorită unei infecții, unui corp străin sau datorită vindecării sau tratamentului întârziat, alocăți un cod pentru 'plaga deschisă după localizare', urmat de:

T89.0- *Complicații ale plăgii deschise*

Acolo unde o plagă deschisă are un obiect străin și o infecție, alocăți codul de la:

T89.01 *Plaga deschisă cu corp străin (cu sau fără infecție)*

Folosiți un cod adițional pentru a identifica agentul infecțios.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacientul a fost internat cu bucați de geam în plaga deschisă a genunchiului. Plaga a fost infectată cu stafilococ.

Coduri:	S81.0	<i>Plaga deschisă a genunchiului</i>
	T89.01	<i>Plagă deschisă cu corp străin (cu sau fără infecție)</i>
	B95.8	<i>Stafilococ, nespecificat, cauza unor boli clasificate la alte capitole</i>

1918 FRACTURA ȘI 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 și dislocările deschise. Alocăți 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	<i>Fractură a colului femural, parte nespecificată</i>
	S71.81	<i>Plagă deschisă (oricare parte a coapsei și a șoldului) comunicând cu o fractură</i>

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Dislocare anterioară deschisă a humerusului

Coduri:	S43.01	<i>Dislocare anterioară de humerus</i>
	S41.82	<i>Plagă deschisă (oricare parte a umărului și antebrăului) comunicând cu o dislocare</i>

Acolo unde o fractură/ dislocare cu aceeași localizare este descrisă ca deschisă, folosiți numai codul pentru 'plagă deschisă comunicând cu o fractură'. În aceste cazuri, nu este necesar să se aloce ambele coduri de plagă deschisă pentru aceeași localizare a leziunii.

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Fractură/ dislocare deschisă a humerusului distal

Coduri:	S42.40	<i>Fractura părții inferioare a humerusului, parte nespecificată</i>
	S41.81	<i>Plagă deschisă (oricare parte a umărului și antebrăului) comunicând cu o fractură</i>
	S43.01	<i>Dislocare anterioară a humerusului</i>

Acolo unde se produc mai multe leziuni, și totuși 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 și 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	<i>Fracturi cu localizări multiple ale corpului</i>
T08	<i>Fractura coloanei vertebrale, nivel nespecificat</i>
T10	<i>Fractura membrului superior, nivel nespecificat</i>
T12	<i>Fractura membrului inferior, nivel nespecificat</i>

Dislocarea fracturii

Codificați împreună fractura și 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*) și 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 învelișul 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 lacerarea creierului și hemoragie intracerebrală.

Coduri:	S06.23	<i>Hematoame multiple intracerebrale și cerebelare</i>
	S06.28	<i>Altă leziune difuză cerebrală și cerebelară</i>
	S01.83	<i>Plagă deschisă (oricare parte a capului) comunicând cu o leziune intracraniană</i>

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 și 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

Definiție

O plagă deschisă intratoracică sau intra-abdominală este atunci când cavitatea intratoracică sau intra-abdominală este penetrată, astfel expunându-se cavitatea.

Notă: O laceratie în zona abdomenului sau toracelui nu include în mod necesar o penetrație asociată intracavitară și, de aceea, documentația medicală ar trebui să fie citită cu atenție înainte de a codifica aceste tipuri de leziuni.

Clasificare

Dacă este descrisă o leziune deschisă intratoracică, alocăți 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 puncția plămânului

Coduri:	S27.38	<i>Alte leziuni ale plămânului și nespecificate</i>
	S21.83	<i>Plagă deschisă (oricare parte a toracelui) comunicând cu o leziune intratoracică</i>

Dacă este descrisă o leziune deschisă intra-abdominală, alocăți întâi un cod pentru leziunea intra-abdominală urmat de un cod pentru plaga deschisă.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Dezintegrarea totală a parenchimului rinichiului, laceratie splenică și laceratie a intestinului subțire. Punere în evidență a ieșirii intestinului subțire prin peretele abdominal.

Coduri:	S37.03	<i>Dezintegrare completă a parenchimului rinichilor</i>
	S36.02	<i>Ruperea capsulei splenice, fără dezintegrarea majoră a parenchimului</i>
	S36.40	<i>Leziune a intestinului subțire, porțiune nespecificată</i>
	S31.83	<i>Plagă deschisă (oricare parte a abdomenului) comunicând cu o plagă intra-abdominală</i>

Fractura deschisă asociată cu leziuni intratoracice și intra-abdominale

Acolo unde o fractură deschisă a trunchiului se produce cu o leziune asociată intracavitară, alocăți un cod pentru leziunea intracavitară, unul pentru fractură și 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** alocăți codul '*Plagă deschisă (...) comunicând cu o fractură*' din moment ce natura deschisă a fracturii este reflectată în codurile alocate pentru leziunea intracavitară.

1921 SCRÂNTIRI ȘI ÎNTINDERI

Clasificare

ICD-10-AM clasifică scrântirile și întinderile în două secțiuni ale regiunilor corpului:

1. Luxație, scrântire și întindere ale articulațiilor și ligamentelor.
2. Leziunea mușchiului și tendonului.

Fiți atenți când codificați leziunile de scrântire și întindere ale mușchilor și tendoanelor, deoarece acestea nu sunt clasificate la secțiunea 'Luxație, scrântire și întindere ale articulațiilor și ligamentelor'.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Leziune severă de întindere a ligamentului cruciat

Cod: S83.50 *Scrântire și întindere a unui ligament cruciat nespecificat*

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Scrântire a mușchiului cvadriiceps

Cod: S76.1 *Leziune a mușchiului cvadriiceps și tendonului*

1922 LEZIUNI PRIN ZDROBIRE

Definiție

O leziune de zdrobire poate fi descrisă ca o forță compresivă externă care a fost aplicată unei regiuni a corpului pentru o perioadă de timp (de obicei mai mult de 1 oră) și care poate avea ca rezultat vătămarea structurii anatomice de bază și care conduce la consecințe sistemice serioase (adică, sindromul de zdrobire). În aceste cazuri prognoza este mult mai rea decât ar fi pentru o leziune obișnuită.

Clasificare

Se consideră că această clasificare a leziunilor prin zdrobire în ICD-10-AM a fost utilizată într-un sens mai larg și că aplicarea de definiții specifice creează o complexitate mai mare, care poate fi dificil de realizat din perspectiva unei codificări.

Codificați 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 și 5. Fractura metatarsianului 5 a fost compusă.

Coduri: S92.3 *Fractură de metatarsian*

S91.81 *Plagă deschisă (orice parte a gleznei și piciorului) comunicând cu o fractură*

Sindromul de zdrobire

Adițional, 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 și alte simptome ale insuficienței renale, urmând zdrobirii unei părți a corpului, în special a masei mari musculare, cauzând eliberarea mioglobinei”.

Miller-Keane (1997). *Enciclopedia & Dicționar de Îngrijiri Medicale și Domenii înrudite ale Sănătății*, (A 6-a ed.)

1923 CONTACTUL CU ANIMALE ȘI PLANTE VENINOASE

Intoxicație cu venin

Intoxicația cu venin este efectul toxic al contactului cu o plantă sau cu un animal veninos.

Contactul cu șerpi

Intoxicația cu venin datorită mușcăturilor de șarpe

În cazurile de intoxicație cu venin datorită mușcăturii de șarpe, T63.0 *Efectul toxic al unui contact cu venin de șarpe* 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 șerpi veninoși*.

Categoria X20.0 *Contact cu șerpi veninoși* ar trebui să fie alocată numai acolo unde este definită dovada contactului cu un șarpe veninos. Dovada contactului cu un **șarpe veninos** include:

- identificarea formală a șarpelui vinovat (ca veninos),
- detectarea veninului specific al șarpelui din fluidele corpului și/sau
- dovada efectelor toxice ale veninului șarpelui (intoxicația cu venin) incluzând administrarea de ser antiveninos.

Kiturile de detectare a veninului (VDKs) sunt folosite împreună cu alte informații (cum ar fi prezentarea clinică, cunoștințe despre șerpi din zona geografică, identificarea șerpilor aduși 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 combinația adecvată de seruri antiveninoase monovalente așa cum sunt utilizate în Victoria și Tazmania - Australia).

Acolo unde o mușcătură de șarpe se produce și rezultă un VDK pozitiv, alocați un cod de la X20.0- în corelație cu veninul detectat, chiar dacă intoxicația cu venin este sau nu rezultatul mușcăturii.

EXEMPLUL 1:

VDK detectează venin de șarpe maro, nu există semne de intoxicație cu venin și nu se administrează nici un ser antiveninos. Alocați codul pentru plagă deschisă la localizare ca diagnostic principal și codul pentru cauza externă X20.00 *Contact cu șarpele maro*.

Acolo unde s-a produs intoxicația cu venin necesitând administrare de ser antiveninos, alocați codul T63.0 *Efect toxic al unui contact cu animal veninos, venin de șarpe* ca diagnostic principal și un cod pentru cauza externă de la X20.0 *Contact cu șarpele maro* conform cu serul antiveninos specific administrat.

Acolo unde este administrat un ser antiveninos polivalent, alocați pentru cauza externă codul X20.09 *Contact cu șarpe veninos, nespecificat*. Excepția de la această regulă se face acolo unde este administrat un ser antiveninos polivalent 'exotic' pentru contactul cu șerpi veninoși care nu sunt australieni și există identificarea pozitivă a șarpelui vinovat, în care caz alocați codul X20.08 *Contact cu alți șerpi veninoși, specificați*.

Contactul cu un șarpe veninos cunoscut se poate, de asemenea, produce fără ca un ser antiveninos să fie administrat. O asemenea situație este numită o 'mușcătură uscată' și nu ar trebui să fie exclusă alocarea unui cod de la categoria X20.0 *Contact cu șerpi veninoși* acolo unde este definită dovada că șarpele a fost veninos.

Reacții alergice la veninul de șarpe

Reacțiile alergice se pot produce la fel ca, ori în loc de, efectele toxice ale intoxicației cu venin. Aceasta este cel mai probabil să se producă în cazul persoanelor care se ocupă profesional de reptile și 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 șarpelui.

Ser antiveninos

Există o serie de cinci seruri antiveninoase monovalente folosite în tratarea mușcăturilor de șarpe australian (maro, tigrat, negru, aducător de moarte, taipan), un antivenin pentru șerpia de apă și o varietate de seruri antiveninoase exotice folosite pentru a trata mușcăturile șerpilor veninoși neaustralieni (de ex.: șerpia ținută 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 șarpele.

Serurile antiveninoase sunt disponibile, de asemenea, pentru peștele « stonefish », căpușa paralizantă, păianjenul cu spate roșu și păianjenul care își face pânză în horn.

Pacienții pot primi mai multe fiole de ser antiveninos. Asemenea pacienți pot avea aceste fiole date ca o singură pilulă mare sau conținutul 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 reacției adverse la serul antiveninos.

Indicatorii care sugerează efectele adverse ale serului antiveninos includ:

- Semne și simptome de reacții acute alergice, cum ar fi apariția unui rash, greutate în respirație/stridor, urticarie, dureri abdominale, vomă și/sau diaree, hipotensiune și stop cardiac;
- Dovada tratamentului reacțiilor acute alergice prin aplicarea injecțiilor de adrenalină; antihistaminice, corticosteroizi și perfuzii cu substanțe cristaloide și/sau coroidale;
- Utilizarea mai multor fiole de ser antiveninos;
- Istoric preexistent de alergie la venin și/sau ser antiveninos;
- Demonstrarea utilizării adrenalinei, antihistaminicelor și corticosteroizilor pentru tratamentul reacțiilor alergice acute după administrarea de ser antiveninos.

Notă: Codificatorii ar trebui să fie atenți că documentația pentru folosirea acestor medicamente ca tratament pentru reacțiile acute alergice ar trebui să se diferențieze de folosirea lor ca premedicație înainte administrării serului antiveninos. Premedicația cu adrenalină subcutanată se recomandă în mod curent înainte administrării intravenoase a serurilor antiveninoase pentru șerpia australiană. Codificatorii ar trebui să verifice cu clinicianul dacă dovada injectării cu adrenalină a fost făcută în mod profilactic, înainte injectării serului antiveninos sau ca tratament pentru o reacție adversă.

Șoc anafilactic

Șocul anafilactic, când este documentat ca o reacție adversă la administrarea de ser antiveninos, ar trebui să fie alocat la T80.5 *Șoc anafilactic datorit serului*.

Boala serului

Boala serului, datorită depozitării complexelor imune, este o complicație recunoscută a administrării de soluții proteice străine, cum ar fi serurile antiveninoase.

Există o rată mai mare de **reacții întârziate**, specifică bolii serului, atunci când se folosesc mai multe fiole de ser antiveninos. Este improbabil ca aceste reacții 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 reacții serice*.

Alte reacții adverse specifice la serul antiveninos

Alte reacții adverse specificate la injecția de ser antiveninos sunt alocate la T80.6 *Alte reacții serice*. Acolo unde un efect advers nespecificat este documentat, codificatorii ar trebui să se consulte cu clinicianul pentru a confirma reacția specifică. În absența unei documentații viitoare alocăți 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 șerpi neveninoși

Acolo unde nu există o dovadă pozitivă a faptului că șarpele a fost veninos, plaga deschisă ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal și un cod de la W59.- *Mușcătură sau zdrobire provocată de alte reptile* ca un cod de cauză externă. W59.0 *Mușcătură sau zdrobire provocată de șerpi neveninoși* ar trebui să fie alocat numai acolo unde s-a demonstrat că șarpele a fost neveninos și acolo unde nu există o dovadă a intoxicației cu venin (vezi mai sus). Acolo unde nu s-a demonstrat că șarpele a fost neveninos și nu există nici o dovadă de intoxicație cu venin, alocăți codul W59.1 *Mușcătură sau zdrobire provocată de șarpe, reptile veninoase sau neveninoase necunoscute* ca un cod de cauză externă.

Contact cu păienjeni**Intoxicația cu venin de la mușcăturile păianjenului**

În cazurile de intoxicație de la mușcătura 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 veninoși (99.9% dintre păienjeni sunt veninoși). Un cod de cauză externă de la X21.- *Contact cu păienjeni veninoși* ar trebui, de asemenea, să fie alocat.

Contact cu păianjenul cu talie albă și alte arahnide care provoacă necroză

Păianjenul cu talie albă și alte arahnide care provoacă necroză cauzează formarea de pustule sau necroze ale țesutului la locul mușcăturii. Mulți pacienți se prezintă fără un istoric definit al mușcăturii ori fără identificarea creaturii vinovate de mușcătură, dacă a rămas o mușcătură. Deci, diagnosticul de arahnidism necrotic este unul care trebuie considerat circumstanțial în multe cazuri. Schimbările locale (pustule tipice, eritem sau durificare (indurație) de obicei se rezolvă în câteva săptămâni. Codificatorii ar trebui să clarifice și să se consulte cu clinicianul pentru a confirma identificarea păianjenului și/sau trăsăturilor clinice ale contactului în toate cazurile înainte de alocarea codului X21.2 *Contact cu păianjenul cu talie albă sau alți păienjeni care produc necroză*.

Contact cu păianjen neveninos

W57 *Mușcături și înțepături neveninoase de insecte și 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 cantități 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 și furnicii, alocăți Z51.6 *Desensibilizarea față de un alergen* ca diagnostic principal și 92179-00 [1885] *Imunizarea pentru alergii* ca un cod de procedură.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Leziuni Traumatice, Otrăviri și alte Consecințe ale Cauzelor Externe.

20 CAUZELE EXTERNE ALE MORBIDITĂȚII

2001 FOLOSIREA CODULUI CAUZEI EXTERNE ȘI 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 și alte consecințe ale cauzelor externe* și pot fi folosite și 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 și Z04.1–Z04.5 și pentru complicațiile și 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* și 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 șir 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 diagnostic și de aceea, adăugarea unui cod de cauză externă nu aduce nici o altă informație.

COD	DESCRIERE
-----	-----------

L23.0	<i>Dermita alergică de contact datorită metalelor</i>
L23.1	<i>Dermita alergică de contact datorită adezivelor</i>
L23.2	<i>Dermita alergică de contact datorită cosmeticelor</i>
L23.4	<i>Dermita alergică de contact datorită vopselelor</i>
L23.5	<i>Dermita alergică de contact datorită altor produse chimice</i>
L23.6	<i>Dermita alergică de contact datorită alimentelor în contact cu pielea</i>
L23.7	<i>Dermita alergică de contact datorită plantelor, exceptând alimentele</i>
L24.0	<i>Dermatita iritantă de contact datorită detergenților</i>
L24.1	<i>Dermatita iritantă de contact datorită uleiurilor și grăsimilor</i>
L24.2	<i>Dermatita iritantă de contact datorită solvenților</i>
L24.3	<i>Dermatita iritantă de contact datorită cosmeticelor</i>
L24.5	<i>Dermatita iritantă de contact datorită altor produse chimice</i>
L24.6	<i>Dermatita iritantă de contact datorită alimentelor în contact cu pielea</i>
L24.7	<i>Dermatita iritantă de contact datorită plantelor, exceptând alimentele</i>
L24.8	<i>Dermatita iritantă de contact, datorită altor agenți</i>
L25.0	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită cosmeticelor</i>
L25.2	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită vopselelor</i>
L25.3	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită altor produse chimice</i>
L25.4	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită alimentelor în contact cu pielea</i>
L25.5	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită plantelor, exceptând alimentele</i>
L25.8	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită altor agenți</i>
L55.0	<i>Eritem provocat de arsura de soare</i>
L55.1	<i>Arsură de soare, profunzime parțială</i>
L55.2	<i>Arsură de soare, profunzime totală</i>
L55.8	<i>Alte arsuri de soare</i>
L55.9	<i>Arsură de soare, nespecificată</i>

COD	DESCRIERE
L56.2	<i>Dermatita de fotocontact[dermatita de breloc]</i>
L56.3	<i>Urticaria solară</i>
L56.4	<i>Erupția polimorfă la lumină</i>
L56.8	<i>Alte modificări acute specificate ale pielii datorite razelor ultraviolete</i>
L56.9	<i>Modificări acute ale pielii datorite razelor ultraviolete, nespecificate</i>
L57.0	<i>Cheratoza actinică</i>
L57.1	<i>Actinoreticuloză</i>
L57.2	<i>Piele romboidală (ceafă romboidală)</i>
L57.3	<i>Poikiloderma Civatte</i>
L57.4	<i>Piele laxă senilă</i>
L57.5	<i>Granulom actinic</i>
L57.8	<i>Alte modificări ale pielii datorite unei expuneri cronice la raze neionizate</i>
L57.9	<i>Modificări ale pielii datorite unei expuneri cronice la raze neionizate, nespecificate</i>
O34.2	<i>Îngrijiri acordate mamei pentru o cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare</i>
O86.0	<i>Infecția unei plăgi chirurgicale de origine obstetricală</i>
O90.0	<i>Ruptura unei suturi de cezariană</i>
O90.1	<i>Ruptura unei suturi obstetricale la nivelul perineului</i>
O90.2	<i>Hematomul la nivelul unei plăgi obstetricale</i>
P04.0	<i>Făt și nou-născut afectați de o anestezie și analgezie la mamă, în cursul sarcinii, travaliului și nașterii</i>
P04.2	<i>Făt și nou-născut afectați de tabagismul mamei</i>
P04.3	<i>Făt și nou-născut afectați de alcoolismul mamei</i>
P04.6	<i>Făt și nou-născut afectați de expunerea mamei la substanțe chimice din mediu</i>
P04.8	<i>Făt și nou-născut afectați de un efect nociv matern, nespecificat</i>
P10.0	<i>Hemoragia subdurală datorită traumatismului la naștere</i>
P10.1	<i>Hemoragia cerebrală datorită traumatismului la naștere</i>
P10.2	<i>Hemoragia intraventriculară datorită traumatismului la naștere</i>
P10.3	<i>Hemoragia subarahnoidiană datorită traumatismului la naștere</i>
P10.4	<i>Ruptura tentorium cerebellum datorită traumatismului la naștere</i>
P10.8	<i>Alte rupturi și hemoragii intracraniene datorită traumatismului la naștere</i>
P10.9	<i>Ruptură și hemoragia intracraniană nespecificată datorită traumatismului la naștere</i>
P11.0	<i>Edem cerebral datorită traumatismului la naștere</i>
P11.1	<i>Alte leziuni cerebrale specificate, datorită traumatismului la naștere</i>
P11.2	<i>Leziunea cerebrală specificată, datorită traumatismului la naștere</i>
P11.3	<i>Leziunea nervului facial datorită traumatismului la naștere</i>
P11.4	<i>Leziunea altor nervi cranieni datorită traumatismului la naștere</i>
P11.5	<i>Leziunea coloanei vertebrale și a măduvei spinării datorită traumatismului la naștere</i>
P11.9	<i>Leziunea sistemului nervos central datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P12.0	<i>Cefalohematom datorită traumatismului la naștere</i>
P12.1	<i>Hematom în coc datorită traumatismului la naștere</i>
P12.2	<i>Hemoragia epicraniană subaponevrotică datorită traumatismului la naștere</i>
P12.3	<i>Distrugea pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naștere</i>
P12.4	<i>Leziunea pielii păroase a scalpului legată de monitorizare</i>
P12.8	<i>Alte leziuni ale pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naștere</i>
P12.9	<i>Leziunea pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P13.0	<i>Fractura craniului datorită traumatismului la naștere</i>
P13.1	<i>Alte leziuni ale craniului datorită traumatismului la naștere</i>
P13.2	<i>Leziunea femurului datorită traumatismului la naștere</i>
P13.3	<i>Leziunea altor oase lungi datorită traumatismului la naștere</i>
P13.4	<i>Fractura claviculei datorită traumatismului la naștere</i>
P13.8	<i>Leziunea scheletului cu alte localizări datorită traumatismului la naștere</i>
P13.9	<i>Leziunea scheletului datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P14.0	<i>Paralizia Duchenne-Erb datorită traumatismului la naștere</i>
P14.1	<i>Paralizia Dejerine-Klumpke datorită traumatismului la naștere</i>
P14.2	<i>Paralizia nervului frenic datorită traumatismului la naștere</i>
P14.3	<i>Alte leziuni ale plexului brahial datorită traumatismului la naștere</i>
P14.8	<i>Leziunea sistemului nervos periferic cu alte localizări, datorită traumatismului la naștere</i>

COD DESCRIERE

P14.9	<i>Leziunea sistemului nervos periferic cu alte localizări, datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P15.0	<i>Traumatismul ficatului la naștere</i>
P15.1	<i>Traumatism splinei la naștere</i>
P15.2	<i>Leziunea sterno-cleido-mastoidianului datorită traumatismului la naștere</i>
P15.3	<i>Leziunea ochiului datorită traumatismului la naștere</i>
P15.4	<i>Leziunea facială datorită traumatismului la naștere</i>
P15.5	<i>Leziunea organelor genitale externe datorită traumatismului la naștere</i>
P15.6	<i>Adipo-necroza subcutanată datorită traumatismului la naștere</i>
P15.8	<i>Alte traumatisme la naștere specificate</i>
P15.9	<i>Traumatism la naștere, nespecificat</i>

Notă: Sunt anumite circumstanțe în care nu este obligatoriu să se alocă 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 ȘI LEZIUNI – INDICAREA INTENȚIEI

Există un număr de categorii în cadrul clasificării codurilor pentru cauza externă care permit diferențierea dintre otrăviri și leziuni avându-se în vedere dacă ele au fost accidentale; sinucigașe 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 greșit dat sau luat din greșeală
- medicament luat din inadvertență
- accidente în folosirea drogurilor, medicamentelor și substanțelor biologice în procedurile medicale și chirurgicale.

X60–X84 Leziuni auto-provocate

Aceste categorii sunt pentru a fi folosite cu leziuni și 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 și 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 ȘI 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 și Y04–Y09.

Al cincilea caracter este listat ierarhic având în vedere relația dintre autor și victimă. Alocați al cincilea caracter care indică cea mai apropiată legătură dintre autor și 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 și 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 și 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 locuiește în aceeași gospodărie cu victima (coabitare). În cazurile în care partenerul părintelui are altă adresa permanentă decât victima (necoabitare), alocați al cincilea caracter .4 *Cunoștință 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 persoane, care, fiind în exercițiul funcțiunii, agrează, neglijează sau abuzează de acea persoană. Această categorie include, dar nu se limitează la poliție, personal militar, gărzi de securitate și 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 agresorii multipli au fost documentați individual, codificatorii ar trebui să aloc subcategoria pentru agresorul care are legătura cea mai apropiată cu victima.

EXEMPLUL 3:

Mama și partenerul ei cu care nu coabitează agrează cu pumnii pe fiul ei. Alocați codul adecvat leziunii și Y04.01 *Agresiune prin forța corpului, părinte*, plus coduri adecvate pentru locul producerii și pentru activitate.

EXEMPLUL 4:

Persoană agresată, cu forța corpului, de către un coleg de muncă și altă persoană, necunoscută victimei. Alocarea codului ar trebui să reflecte relația dintre victimă și agresorul cunoscut. Alocați Y04.04 *Agresiune prin forța corpului, cunoștință sau prieten*, plus coduri adecvate pentru locul producerii și pentru activitate.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Cauzele externe ale morbidității.

21 FACTORI INFLUENȚÂND STAREA DE SĂNĂTATE ȘI 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' și este clar că pacientul încă primește 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 și rămâne în Spitalul B pentru 21 de zile.

Coduri:	Z48.8	<i>Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală</i>
	I67.1	<i>Anevism cerebral, fără ruptură</i>

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 și 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* și Z50.3 *Reabilitarea drogașilor* vezi [ACS 0525 Reeducare și 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 și 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 diagnostice adiționale așa 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 așa 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 și incontinența urinară.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 I63.9 *Infarctul cerebral, nespecificat*
 G81.- *Hemiplegia*
 R47.0 *Disfazia și afazia*
 R32 *Incontinență urinară nespecificată*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 șoldului din cauza osteoartritei șoldului de lungă durată.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 M16.1 *Altă coxartroză primară*
 Z96.64 *Prezența implantului de șold*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 și cerebelare*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

Notă: Un cod adițional de la Z96.6 *Prezența de implantate de articulație ortopedică* poate fi alocat acolo unde se cunoaște 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 așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 intervertebral specificat*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 și contuzia măduvei spinării la același 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 așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 9: ALTE AFECȚIUNI MEDICALE

Diagnostic: Pacient cu boala Parkinson internat pentru reabilitare generală și întărire.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 G20 *Boala Parkinson*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostiche 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 și 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 primește 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' și 'Îngrijiri acute').

În asemenea cazuri, un cod de la categoria Z75.- *Probleme legate de unitățile medicale și 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](#) *Diagnostiche adiționale*).

Când pacienții sunt internați pentru tratamentul unei probleme acute și 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 și 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 și care, pe o perioadă definită de timp, nu au un îngrijitor disponibil pentru acasă. Este foarte obișnuit ca perioada de îngrijiri să îi permită îngrijitorului(lor) să 'poată avea și 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 și 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 acești pacienți au boli cronice, cum ar fi limitarea cronică a funcțiilor respiratorii, ce poate fi monitorizată de către o persoană care îngrijește 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 și tratamentul să poată fi acordate celor care se dovedesc a fi pozitivi la boală.

Clasificare

Codurile de la categoriile Z11.-, Z12.- și 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 și [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	<i>Examinare specială screening pentru neoplasmul tractului intestinal</i>
	Z80.0	<i>Istoric familial de neoplasm malign la organele digestive</i>
	32090-00 [905]	<i>Colonoscopie cu fibră optică la caecum</i>

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 și ordonarea neoplasmului](#), pag. 73).

Aceste coduri ar fi alocate numai ca diagnostice adiționale acolo unde afecțiunea este rezolvată complet și totuși istoricul este relevant în mod direct pentru episodul curent de îngrijiri. (Vezi de asemenea [ACS 2111 Screening pentru tulburări specifice](#), pag. 276 și [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 și 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 și 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 ulcerărilor 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 aceeași zi*, pag. 10).

EXEMPLUL 3:

Carcinom de vezică urinară găsit la control prin cistoscopie.

C67.9 *Neoplasm malign al vezicii urinare, nespecificat*
 M8010/3 *Carcinom nespecificat altminteri*
 Z08.9 *Examinare de control după tratament nespecificat pentru neoplasm malign¹*

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Factori Care Influențează Starea de Sănătate și Contactul cu Serviciile de Sănătate.

APENDIX A

CLASIFICAREA CLINICĂ ȘI GRUPURI DE CODIFICARE

ANESTEZIA

Dr S Germann	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide</i>
Ms K Gins	<i>Royal North Shore Hospital, Sydney</i>
Dr M King	<i>St Vincent's Public Hospital, Sydney</i>
Ms R Quinn	<i>Sydney Pain Management Centre, Sydney</i>
Dr W Shearer	<i>Monash Hospital, Melbourne</i>
Ms L Ward	<i>Royal Adelaide Hospital, Adelaide</i>
Dr A Weeks	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>

ARSURI

Mrs R Carroll	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>
Mrs L Donnelly	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>
Dr A Holland	<i>The Children's Hospital at Westmead, Sydney</i>
Mr R Judson	<i>Royal Melbourne Hospital, Melbourne</i>
Dr F Wood	<i>Consultant Plastic Surgeon/Burns, Perth (Convenor)</i>

CARDIOVASCULAR

Ms M Dixon	<i>Victoria House Private Hospital, Melbourne</i>
Mrs L Donnelly	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>
Dr L Grigg	<i>Royal Melbourne Hospital, Melbourne (Convenor)</i>
A/Prof J Harris	<i>University of Sydney, Sydney</i>
Prof R Lord	<i>St Vincent's Hospital, Sydney</i>
Prof P Phillips	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide</i>
Dr J Quinn	<i>Princess Alexandra Hospital, Brisbane</i>
Dr G Sholler	<i>The Children's Hospital at Westmead, Sydney</i>
Ms C Stoddard	<i>Sir Charles Gairdner Hospital, Perth</i>
Dr P Thompson	<i>Sir Charles Gairdner Hospital, Perth</i>

ÎNGRIJIRI CRITICE

Dr W Butt	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne (Convenor)</i>
Dr R Herkes	<i>Royal Prince Alfred Hospital, Sydney</i>
Prof K Hillman	<i>Liverpool Health Service, Sydney</i>
Dr A Holt	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide</i>
Ms T Letizia	<i>The Northern Hospital, Melbourne</i>
Prof S McKinley	<i>Royal North Shore Hospital, Sydney</i>
Dr A Vedig	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide</i>
Ms L Ward	<i>Royal Adelaide Hospital, Adelaide</i>
Dr C Wright	<i>Monash Medical Centre, Melbourne</i>

DERMATOLOGIE

Mr P Beckhor	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne</i>
Dr L Hales	<i>Specialist Skin Centre, Mildura (VIC)</i>
Dr R Kelly	<i>Melbourne</i>
Ms J Knights	<i>St John of God Healthcare Network, Perth</i>

ENDOCRINOLOGIE

Prof R Griffiths	<i>Liverpool Health Service, Sydney</i>
Dr W Johnson	<i>Cabrini Medical Centre, Melbourne</i>
Ms M Lau	<i>Royal Melbourne Hospital, Melbourne</i>
Dr G B Senator	<i>Allamanda Medical Centre, Southport (QLD) (Convenor)</i>
Ms J Vanderlinde	<i>Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne</i>
Prof T Welborn	<i>Sir Charles Gairdner Hospital, Perth</i>
Dr J Williams	<i>International Diabetes Institute, Melbourne</i>

URECHE, NAS, GURĂ ȘI GÂT (ENMT)

Miss C Bancroft	<i>Southern Healthcare Network, Melbourne</i>
Ms S Benz	<i>Lyell McEwin Health Service, Adelaide</i>
A/Prof R G Berkowitz	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne</i>
Dr R Jones	<i>Oral & Maxillofacial Surgeon, Adelaide</i>
Mr J T Kennedy	<i>ENT, Head & Neck Clinic, Melbourne (Convenor)</i>
Ms J Pollard	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne</i>
A/Prof A Smith	<i>University of Melbourne, Melbourne</i>

GASTROENTEROLOGIE/HEPATOBILIARĂ

Prof E L Bokey	<i>Concord Repatriation General Hospital, Sydney</i>
Prof P Chapuis	<i>Concord Repatriation General Hospital, Sydney</i>
A/Prof J M Duggan	<i>Princeton Medical Centre, Newcastle (NSW)</i>
Prof D Fletcher	<i>Fremantle Hospital, Perth</i>
Ms A M Gordon	<i>John Hunter Hospital, Newcastle (NSW)</i>
Ms M Lau	<i>Royal Melbourne Hospital, Melbourne</i>
Mr P Nottle	<i>The Alfred Hospital, Melbourne</i>
Dr C Worthley	<i>Royal Adelaide Hospital, Adelaide</i>

GERIATRIE ȘI REABILITARE

Dr J Corry	<i>Rehabilitation & Pain Management, Canberra</i>
Prof H Dickson	<i>Liverpool Health Service, Sydney</i>
Dr T Finnegan	<i>Royal North Shore Hospital, Sydney (Convenor)</i>
Ms K Holcombe	<i>Mt Waverley, Victoria</i>
Dr B Katz	<i>Malvern, Melbourne</i>
Mrs T Mulukin	<i>Lady Davidson Hospital, Sydney</i>
Ms C Nall	<i>Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne</i>
Mr G Pearce	<i>Carlingford, Sydney</i>

IMUNOLOGIE, REUMATOLOGIE & BOLI INFECȚIOASE

Dr D Fisher	<i>Royal Darwin Hospital, Darwin (Convenor)</i>
Ms K Holcombe	<i>Mt Waverley, Melbourne</i>
Dr P Jones	<i>Prince Henry Hospital, Sydney</i>
Ms C Langley	<i>Women's & Children's Hospital, Adelaide</i>
Ms G Smith	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne</i>
Dr D Spencer	<i>Specialist Medical Centre, Sydney</i>

LEZIUNI

Dr R Ashby	<i>Royal Brisbane Hospital, Brisbane</i>
Ms J Burgoyne	<i>Alice Springs Hospital, Alice Springs (NT)</i>
A/Prof M Cleary	<i>The Prince Charles Hospital, Brisbane (Convenor)</i>
A/Prof J E Harrison	<i>Research Centre for Injury Studies, Australian Institute of Health & Welfare, Adelaide</i>
A/Prof J Hart	<i>Orthopaedic Surgeon, Melbourne</i>
Dr T Joseph	<i>Royal North Shore Hospital, Sydney</i>
Prof J Ozanne-Smith	<i>Monash University, Melbourne</i>
Dr J Vinen	<i>Royal North Shore Hospital, Sydney</i>
Ms L Williams	<i>South Western Sydney Area Health, Sydney</i>

SĂNĂTATE MENTALĂ, MEDICAMENTE & ALCOOL

Mr A Bennett	<i>Central Sydney Area Mental Health Services, Sydney</i>
A/ Prof D Ben-Tovim	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide</i>
Dr L O'Brien	<i>University of Western Sydney, Sydney</i>
Prof P Burgess	<i>Mental Health Research Institute, Melbourne</i>
Mr D Casey	<i>Department of Health & Aged Care, Canberra</i>
Dr P Cotton	<i>Clinical Psychologist, Brisbane</i>
Dr R Elzinga	<i>South Australia Health Commission, Adelaide</i>
Prof B Emmerson	<i>Royal Brisbane Hospital, Brisbane (Convenor)</i>
Ms K Mason	<i>Hunter Mental Health, Newcastle (NSW)</i>
Ms J Nursey	<i>Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne</i>
Dr R G Pols	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide</i>
Mr D Stokes	<i>RMIT University, Melbourne</i>
Dr K A Wilhelm	<i>St Vincent's Hospital, Sydney</i>

NEONATOLOGIE

Dr W Butt	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne</i>
Dr D Cartwright	<i>Royal Women's Hospital, Brisbane</i>
Mr J Edwards	<i>The Canberra Hospital, Canberra</i>
Dr A Gill	<i>John Hunter Hospital, Newcastle (NSW)</i>
A/Prof R Hagan	<i>King Edward Memorial Hospital for Women, Perth</i>
A/Prof P Lancaster	<i>Sydney Children's Hospital, Sydney</i>
Dr P Marshall	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide (Convenor)</i>
Dr A McPhee	<i>Women & Children's Hospital, Adelaide</i>
Ms S Pang	<i>The Children's Hospital at Westmead, Sydney</i>
Dr C A Ramsden	<i>Monash Medical Centre, Melbourne</i>
Ms K Wilton	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne</i>

NEFROLOGIE ȘI UROLOGIE

Ms M Atkinson	<i>Ballarat Health Services, Ballarat (VIC)</i>
Dr K Bannister	<i>Royal Adelaide Hospital, Adelaide</i>
Mr D Cook	<i>Ballarat Urology Clinic, Ballarat (VIC)</i>
Ms K Francis	<i>Monash Medical Centre, Melbourne</i>
Prof B Murphy	<i>St Vincents Hospital, Melbourne</i>
Prof L P Roy	<i>Royal Prince Alfred Hospital, Sydney</i>
Ms J Shephard	<i>Shepherd Health Management, Melbourne</i>
Ms G Stewart	<i>Central Sydney Area Health Service, Sydney</i>
Mr D G Travis	<i>Urologist, Melbourne</i>

ȘTIINȚE DE NEUROLOGIE

<i>Mr A Bennett</i>	<i>Central Sydney Area Health Service, Sydney</i>
<i>Dr L Davies</i>	<i>Royal Prince Alfred Hospital, Sydney</i>
<i>Ms M Dixon</i>	<i>Victoria House Private Hospital, Melbourne</i>
<i>Dr G Fabinyi</i>	<i>Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne</i>
<i>Ms J Nursey</i>	<i>Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne</i>
<i>Dr L Smith</i>	<i>Monash Neurology, Melbourne</i>
<i>Mr D Stokes</i>	<i>RMIT University, Melbourne</i>
<i>Mr D Wallace</i>	<i>Neurosurgeon, Melbourne</i>
<i>Ms M Williams</i>	<i>Liverpool Health Service, Sydney</i>

OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

<i>Ms W Baker</i>	<i>Royal Women's Hospital & District Health Service, Brisbane</i>
<i>Dr I Cope</i>	<i>RANZCOG, Sydney</i>
<i>A/Prof P Lancaster</i>	<i>Sydney Children's Hospital, Sydney</i>
<i>Ms E Larwood</i>	<i>Women's & Children's Hospital, Adelaide</i>
<i>Dr C Maxwell</i>	<i>East Hawthorne, Melbourne (Convenor)</i>
<i>Prof J Oats</i>	<i>Mater Mothers' Hospital, Brisbane</i>
<i>Prof R J Pepperell</i>	<i>Royal Women's Hospital, Melbourne</i>
<i>Ms M Phythian</i>	<i>Women's & Children's Hospital, Adelaide</i>
<i>Dr C Verco</i>	<i>Flinders Medical Centre, Adelaide</i>

ONCOLOGIE ȘI HEMATOLOGIE

<i>Mr J Agar</i>	<i>Freemason's Hospital, Melbourne</i>
<i>Ms A Byron</i>	<i>Royal Adelaide Hospital, Adelaide</i>
<i>Ms I Carapina</i>	<i>Peter McCallum Cancer Institute, Melbourne</i>
<i>Dr F Firkin</i>	<i>St Vincent's Hospital, Melbourne</i>
<i>Dr D Gorman</i>	<i>Calvary Hospital, Sydney</i>
<i>Dr M Henderson</i>	<i>St Vincent's Hospital, Melbourne</i>
<i>Dr C Lewis</i>	<i>Prince of Wales Hospital, Sydney</i>
<i>Ms F Middleton</i>	<i>Peter McCallum Cancer Institute, Melbourne</i>
<i>Dr M Smith</i>	<i>Mt Druitt Hospital, Sydney (Convenor)</i>
<i>Dr J Szer</i>	<i>Royal Melbourne Hospital, Melbourne</i>
<i>Dr D Thomas</i>	<i>Queensland Radium Institute, Brisbane</i>
<i>Dr G Toner</i>	<i>Peter McCallum Cancer Institute, Melbourne</i>
<i>Dr K Waters</i>	<i>Royal Children's Hospital, Melbourne</i>

OFTALMOLOGIE

<i>Dr D Colville</i>	<i>Austin & Repatriation Medical Centre, Melbourne</i>
<i>Prof M Coroneo</i>	<i>Prince of Wales Hospital, Sydney</i>
<i>Dr M Hennessy</i>	<i>Prince of Wales Hospital, Sydney (Convenor)</i>
<i>Dr R A Higgins</i>	<i>Bondi Junction, Sydney</i>
<i>Ms J Knights</i>	<i>St John of God Healthcare Network, Perth</i>
<i>Dr L Lee</i>	<i>South Eastern Sydney Area Health Service, Sydney</i>
<i>Ms K Martin</i>	<i>Royal Victorian Eye & Ear Hospital, Melbourne</i>
<i>Dr P Martin</i>	<i>Bondi Junction, Sydney</i>
<i>Dr L Robinson</i>	<i>Bondi Junction, Sydney</i>
<i>Ms S Russell</i>	<i>Western Hospital, Melbourne</i>
<i>Sr J Stretton</i>	<i>Sydney Hospital Complex, Sydney</i>

ORTOPEDIE

Ms D Abbott
Mrs L Batchelor
Dr B Courtenay
A/Prof J Hart
Ms L J Lambert

New Farm Clinic, Brisbane
The Avenue Private Hospital, Melbourne
St Vincent's Clinic, Sydney
Orthopaedic Surgeon, Melbourne (Convenor)
Royal Adelaide Hospital, Adelaide

PEDIATRIE

Dr I Alexander
Dr E Hallam
Dr R Hanson
Dr I Hewitt
Dr A Moulden
Ms N Rankin
Ms G Smith
Ms S Travis
Ms K Wilton

Sydney Children's Hospital, Sydney
St John's Hospital, Hobart
The Children's Hospital at Westmead, Sydney (Convenor)
Princess Margaret Hospital for Children, Perth
Royal Children's Hospital, Melbourne
Sydney Children's Hospital, Sydney
Royal Children's Hospital, Melbourne
NSW Health Department, Sydney
Royal Children's Hospital, Melbourne

PATOLOGIE

Dr D Gillis
Dr D Looke
Ms P Morris
Ms J Shephard
Prof D Thomas

The Institute of Medical & Veterinary Science, Adelaide
Princess Alexandra & District Health Service, Brisbane
Box Hill Hospital, Melbourne
Shephard Health Management, Melbourne
Women & Children's Hospital, Adelaide

CHIRURGIE PLASTICĂ

Mrs R Carroll
A/Prof J Hart
Mr J Hokin
Mr B Johnstone
Ms L Ward

The Alfred Hospital, Melbourne
Melbourne (Convenor)
Glenelg Day Surgery, Adelaide
Plastic & Reconstructive Surgery, Melbourne
Royal Adelaide Hospital, Adelaide

RESPIRATOR

Dr C Clarke
Mrs L Donnelly
Dr J Douglass
Dr P Frith
Ms L Maxwell

The Ashley Centre, Sydney
The Alfred Hospital, Melbourne
The Alfred Hospital, Melbourne (Convenor)
Repatriation General Hospital, Adelaide
University of Sydney, School of Physiotherapy, Sydney

COMITETUL DE RECOMANDĂRI PRIVIND CODIFICAREA STANDARDELOR

Ms K Bonello	<i>Representing: Private Sector</i>
Ms J Burgoyne	<i>Royal Darwin Hospital, Darwin</i>
Mrs C Cheney*	<i>Health Information Management Association of Australia</i>
Ms J Chicco	<i>NSW Health, Sydney</i>
Ms K Chisholm	<i>Department of Health & Aged Care, Canberra</i>
Ms T Drake	<i>SA Department of Human Services, Adelaide</i>
Ms A Groom	<i>Clinical Coders Society of Australia</i>
Ms J Hargreaves	<i>Australian Institute of Health & Welfare, Canberra</i>
Ms A Hay*	<i>Queensland Health, Brisbane</i>
Ms K Hinton	<i>Department of Community & Health Services, Hobart</i>
Ms D Hosking	<i>Department of Health & Community Care, Canberra</i>
Ms K Innes	<i>National Centre for Classification in Health, Sydney</i>
Ms I Kearsey	<i>Department of Human Services, Melbourne</i>
Dr L Lee*	<i>Casemix Clinical Committee of Australia</i>
Mr S McAlister*	<i>Department of Health & Aged Care, Canberra</i>
Ms T Patterson	<i>Health Information Management Association of Australia</i>
Ms K Peasley	<i>National Centre for Classification in Health, Melbourne</i>
Ms R Pfeiffer*	<i>SA Department of Human Services, Adelaide</i>
A/Prof R Roberts	<i>National Centre for Classification in Health, Sydney (Convenor)</i>
Ms M Snell	<i>Queensland Health, Brisbane</i>
Mr B Stanley	<i>Health Department of WA, Perth</i>
Mrs S Stevens*	<i>Health Department of WA, Perth</i>
Ms C Thorpe	<i>NZ Health Information Service, New Zealand</i>
Mrs S Walker	<i>National Centre for Classification in Health, Brisbane</i>

* membri pensionați recent¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Appendix A Clasificare Clinică și Grupuri de Codificare.

APENDIX B

GHID PRIVIND CODIFICAREA DE BAZĂ

Indexurile alfabetice conțin mulți termeni care nu sunt incluși în listele tabelare, iar codificarea necesită ca atât Indexul cât și Lista tabelară să fie consultate înainte de a alocă un cod.

Ceea ce urmează este un simplu ghid destinat sprijinirii beneficiarului ocazional care consultă *ICD-10-AM*.

1. Identificați tipul de enunț care urmează să fie codificat și referiți-vă la secțiunea adecvată din Indexul alfabet.
2. Localizați termenul cheie. Pentru boală și leziuni, acesta este de obicei un substantiv pentru afecțiunea patologică. Pentru proceduri, acesta este de obicei un substantiv care identifică tipul de procedură efectuată. Totuși, unele afecțiuni, exprimate ca adjective sau eponime sunt incluse în Index ca termeni cheie.
3. Citiți și ghidați-vă după orice notă care apare sub termenul cheie.
4. Citiți orice termen din paranteze după termenul cheie, (acești modificatori neesențiali nu afectează numărul de cod), ca și orice termeni aliniați sub termenul cheie (acești modificatori esențiali afectează numărul de cod), până când toate cuvintele din expresia clinică au fost justificate.
5. Urmăriți cu atenție orice referințe de genul '*vezi*' și '*vezi, de asemenea*' găsite în Index.
6. Referiți-vă la Lista tabelară pentru a verifica corectitudinea numărului de cod selecționat. Pentru clasificarea bolii, notați că un cod cu trei caractere din Index cu o liniuță în poziția 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 și, dacă sunt folosite, trebuie să fie localizate în Volumul 1.
7. Ghidați-vă după orice notă de includere sau excludere de la codul selecționat sau de la capitol, bloc sau categorie.
8. Alocați codul.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Appendix 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 și intervențiilor în sănătate. Unul dintre obiectivele Centrului este să dezvolte și 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 și ale intervențiilor serviciului de sănătate.¹ Datele clinice sunt folosite pentru cercetare, monitorizarea sănătății publice și pentru planificarea, evaluarea și finanțarea serviciilor de sănătate. Codul va fi, de asemenea, de folos clinicienilor și 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 și rambursare în spiritul respectului reciproc față de colegi.
2. Asigurați-vă că sunt disponibile toate informațiile necesare pentru rezumate și procesele de codificare.
3. Aplicați Standardele de Codificare Australiene (ACS) și alte necesități de raportare oficiale în scopul:
 - extragerii diagnosticelor și procedurilor folosind întreaga foaie de observație clinică
 - selectării și ordonării codurilor de diagnostic și procedură
 - optimizării rambursării numai când este legitimă.²
4. Asigurați-vă că textul foi de observație clinică justifică selectarea diagnosticelor și procedurilor, consultând clinicienii ori de câte ori este necesar.
5. Participați la instruirea continuă pentru a vă asigura că îndemânarea și cunoștințele întrunesc nivelul adecvat de competență.³
6. Contribuiți la dezvoltarea continuă a sistemelor de clasificare în conformitate cu codificarea adecvată și cu expertii clinici.⁴
7. Observați politicile și necesitățile legale privind confidențialitatea pacientului vis-à-vis de informațiile clinice.
8. Refuzați să participați sau să tăinuți procese sau proceduri ilegale neetice.

Notă:

- 1 Codul de Etică a fost dezvoltat de către NCCH și aprobat de membrii Comitetului Consultativ privind Standardele de Codificare (CSAC) în 1999. CSAC include reprezentanți ai: Departamentului Commonwealth privind Sănătatea și Îngrijirea Vârstnicilor, autorităților sanitare statale și teritoriale, sectorului privat de sănătate, Institutului Australian pentru Sănătate și Bunăstare, Comitetului Australiei privind Casemix-ul Clinic, Asociației privind Managementul Informațiilor de Sănătate din Australia, Societății Codificatorilor Clinici din Australia și Ministerului Sănătății din Noua Zeelandă.
- 2 Necesitățile raportării pot fi stabilite de către:
 - state și teritorii (de ex.: definiția datelor de stat)
 - corporații naționale prin publicații cum ar fi *Dicționarul Național privind Datele de Sănătate, Standardele Codificării Australiene* și alte publicații ale NCCH, cum ar fi *Probleme de Codificare* și standarde specifice de specialitate
- 3 Nivelul competenței poate fi determinat prin referire la *Standardele naționale privind competența codicatorului clinic și ghidul de evaluare* al Managementului Informațiilor de Sănătate din Australia sau de către acreditarea națională a codicatorului.
- 4 Implicarea poate fi realizată prin dialog cu NCCH și 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 și 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 și bunul lor simț** ca și 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 și care nu sunt documentate într-o manieră standardizată – nu e de mirare că este dificil! Pentru a revedea îndemânarea codicatorului clinic:

- Un codicator clinic are cunoștințe integrale, lucrând cu știința medicală și cu terminologia acesteia.
- Un codicator clinic poate să citească foaia de observație clinică și să ia decizii privind codurile adecvate de alocat, bazate pe documentarea clinică
- Un codicator clinic înțelege structura și folosirea unei clasificări statistice

Trăsăturile importante ale acestor trei puncte sunt **știința medicală, luarea deciziilor și structura**.

- Știința medicală este complexă și 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 și 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 și științei codificării clinice:

documentarea **C**linică
Comunicarea cu clinicienii
standardele **C**odificării
Convenții
Experiența în **C**lasificare
Bunul simț
Știința medicinei

Toate acestea servesc la aducerea în centrul atenției a îndemânării considerabile și deseori uitată a codificatorilor clinici.

Munca unui codicator clinic competent înseamnă luarea deciziilor în codificare bazate pe **Navigarea printre aceste 7 principii și 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, Appendix D Profesiunea de credință a codificatorilor clinici

INDEXUL STANDARDELOR

Numerele standardelor apar imediat după fiecare linie și 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

- - și 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**

- - și/spre cronic 0001, **7**

- alta 0013, **15**

- antepartum cu naștere 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**

- postprocedurală 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 eradicat

- 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 și reabilitare 0525, **112**
- și 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**
- - și rezumat 0010, **5**
- prezentații (obstetrice) 1506, **203**
- profil de coagulare 0303, **85**
- rezultate 1802, **229**

Antepartum

- afecțiuni cu naștere 1515, **206**

Antibiotice

- intravenos 0042, **46**

Apendicectomia 1111, **172****Apendicita** 1101, **171****Aphachia** 0701, **131****Aplicare**

- plasure 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

- naștere

- - 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**

- iminentă 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 și coduri sociale 0516, **111**

- complicând sarcina 0505, **108**

Bolnav - vezi *Boală*

Brahiterapia

- stereotaxică 0632, **123**

Bronșita

- 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**

- hiper matură 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 și târzii 1904, **237**
- - și 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 și nespecificat 0013, **15**

- cauză externă 2001, **265**

- combinație 0015, **17**

- dagger și asterisc 0001, **7**; 0027, **18**

- etiologie și 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**

- naștere, afectând nou-născutul 1609, **218**

- neoplasm 0207, **73**

- nespecificată 0013, **16**

- perinatal 1605, **217**

- plagă, deschisă 1917, **254**

- postpartum 1548, **214**

- postprocedurală 1904, **237**

- procedurilor cardiace și 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 și 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 și'

- boala de bază 0027, **18**

Convenții, ale ICD-10-AM

- codificați de asemenea (boala de bază) 0027, **19**

- dagger și asterisc 0027, **19**

- etiologie și 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**

Cunoștință, pierdere de 1905, **242**

Cvadriplegia 0625, **119**; 1915, **250**

- chirurgia mâinii 0630, **122**

D

Debridare 1203, **177**

Decelerație, fetală (fișa 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 și 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**

- - de zgolire 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**
- pediatrie (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 (fișa mamei) 1546, **212**; 1547, **212**

Detresă respiratorie (sindrom) 1614, **221**; 1615, **222**

Dezintoxicare

- 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 maturitate

- - 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**
- - maladii auto-imune-mediate 0401, **90**
- - sindrom genetic 0401, **90**
- Tip 1 0401, **88**
- Tip 2 0401, **88**
- ulcerăție, picior 0401, **99**
- Diagnostic (în)**
- adițional 0002, **5**
- - în
- - - centre de tratament pentru o singură zi 0002, **10**
- - - endoscopie efectuată în aceeași 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 sânelui 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 aceeași zi 0046, **10**
- - endoscopie, efectuată în aceeași 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**
- - naștere
- - - cu afecțiune antepartum 1515, **206**
- - - înainte de internare 1519, **207**
- - - prematuritate 1530, **209**
- - naștere 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 roșii zdrențuite (MERRF) 0627, 120**Epilepsia mioclonică cu fibre roșii zdrențuite 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****Eșantion**

- ganglion para-aortic 0028, **37**

Etiologie 0027, 18**Evaluare**

- diagnostice 0002, **9**
- unități de boli neacute 2108, **276**

Evaluare

- pentru afecțiuni suspectate
- - clinică 0012, **14**
- - copil și nou-născut 1611, **220**
- - medicală 0001, **6**

Eveniment acut care amenință viața (ALTE) 1610, 220**Eveniment, acut amenințând viața 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
- - față 1216, **179**

Exostoza 1311, 186**Extern**

- cod de cauză 2001, **265**
- - abuz asupra adultului și copilului 1909, **244**
- - - autorul agresiunii 2008, **268**
- - accident 1904, **239**
- - complicații timpurii și târzii 1904, **240**
- - efect târziu 1912, **248**
- suport de acces vascular 0045, **52**

Externare

- cu afecțiuni suspectate 0012, **14**

Extracția

- pelvină 1542, **211**

F

Farmacia 0032, **42**

Febra

- neutropenia 0109, **67**

Fertilizare in-vitro (IVF) 1437, **197**

Fetal

- detresă (fișa mamei) 1546, **212**; 1547, **212**

- încetinirea bătăilor de inimă (fișa mamei) 1546, **212**

- mișcări scăzute 1537, **211**

- reducere 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**

Fizioterapie 0032, **42**

Fluid

- intraperitoneal (liber) 1110, **172**

Fluid intraperitoneal (liber) 1110, **172**

Fobia 0511, **110**

Forceps

- definiție 1534, **210**

- eșuat 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**

Fototerapie (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**

Gastroscoopia 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) (eșec) 0731, **132**

- os, pentru chirurgie facială 1216, **179**

Grefă de bypass pe artera coronară (CABG's) 0909, 141

Greutate scăzută la naștere 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) (purător) (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**

- și renală 0927, **146**

- cu diabet mellitus 0401, **92**

- renală 0913, **145**; 0925, **145**

- și 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**

- chimioterapie 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 și 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**
- Staphylococcus 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 (și test cu organism asemănător Campylobacter-CLO) 1122, 173**Infecția cu Helicobacter 1122, 173****Infertilitate 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**

Injectie

- analgezic 1807, **230**
- gammaglobulină 0214, **74**

Inserare

- pompă de infuzie 0045, **52**
- suport de acces vascular 0045, **52**

Insertie

- 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 (eșec)

- 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**

- naștere înainte de 1519, **207**

- necompliance 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 arși 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

- mușcături de păienjeni 1923, **259**

- mușcături de șarpe 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

- - și rezumat 0010, **5**

Iradie

- 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**

- familial

- - screening pentru 2111, **276**

- - tulburare mentală/ de comportament 0520, **111**

- personal (de) 2112, **277**

Î

În aceeași 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**
- transferate altei persoane 2107, **276**

Îngrijiri paleative 0224, **75**

Îngrijiri transferate altei persoane 2107, **276**

Înlăturare (tromb)

- fistulă arteriovenoasă 0939, **151**

Înlocuire

- articulație 1329, **186**
- - șold, bilaterală 0020, **34**

Întârziere de creștere 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 și 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**
- mușchi 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 (fișa mamei) 1547, 212

Medicală

- observație/evaluare 0001, **6**

Medicament

- dezintoxicare și reabilitare 0525, **112**
- efect advers 1902, **235**
- - combinație, două sau mai multe 1903, **236**
- - warfarină 0303, **85**
- instrumente pentru naștere 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**

Mișcări

- scăzute

- - fetale 1537, **211**

Mitocondrial

- citopatie 0627, **120**

- episod de encefalopatie mitocondrială datorită acidozei lactice cu alură de atac 0627, **120**

- 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**

- naștere 1520, **207**

Mușcături, veninoase 1923, **259**

Mutilare, organe genitale (feminine) 1435, **195**

N

Naștere

- anterioară internării 1519, **207**

- complicată (prin)

- - întârziată (datorită)

- - - bloc neuroaxial 1508, **204**

- - naștere 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**

Naștere după termen 1527, **209**

Naștere pelvină și extracție 1542, **211**

Naștere vaginală

- unică spontană 1505, **203**

Naștere, 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**

- depășind 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

Noncompliance

- 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**
- așteptând adopția 1608, **218**
- bolnav
 - - intervenție pentru 1615, **222**
- definiție 1607, **218**

O

Obezitate

- în diabet 0401, **92**

Observație

- după cezariană 1609, **218**
- medicală 0001, **6**
- pentru afecțiune suspectată negăsită

- - copil și 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 și 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**
- nașterea 1515, **206**
- neoplasm 0236, **73**
- neutropenia 0109, **67**
- nou-născuți 1607, **218**

- 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

Oxygen

- terapie, nou-născut 1615, **222**

Oxygenare

- membrană extracorporeală permeabilă 0938, **150**

Oxygenare cu membrană extracorporeală permeabilă (ECMO) 0938, 150

Oxygenare extracorporeală 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

- cunoștință 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 și 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 și 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

- afecțiuni

- - 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**

- naștere 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

Prezența

- 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 nașterii 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) (șoc) 0401, **94**

Reacție alergică 2004, **267**

- ser antiveninos 1923, **259**
- venin de șarpe 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
- - prosteză, 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**

Rejectie

- 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 și a țesutului subcutanat 1217, **180**

- strabism 0710, **132**

- tendon, multiplă 0020, **34**

Respirația prin presiunea pozitivă intermitentă (IPPB)
1006, **164**

Resuscitare

- la naștere 1615, **222**

Retardare

- creștere intrauterină 1509, **204**

- mentală 0531, **112**

Retinopatia

- diabetică 0401, **96**

Retracția

- creier 0612, **119**

Retrolisteza 1334, **187**

Reținut

- placentă

- - 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

- - și rezumat 0010, **5**

Rezultat(e)

- anormal(e) 0010, **5**

Rezultate de laborator

- HIV 0102, **59**

- și 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

- mișcări 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

Sfârșit

- 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**
- și 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 și 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 roșii 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**

- naștere 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**

Stricturea

- arteră 0941, **156**

Stripping și ligatură

- vene varicoase

- - bilaterală 0025, **17**

Substanțe

- reabilitare și 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 naștere 1519, **207**
- nou-născut după naștere 1607, **218**

Transfuzia

- la nou-născut 1615, **222**

- sânge 0302, **84**

Transfuzia de sânge 0302, **84**

- multiplă 0020, **34**

Transplant, transplantare

- celule stem (autologe) (hematopietice) 0301, **83**
- organ 0030, **38**

Tranzitoriu

- afecțiune postprocedurală 1904, **238**
- tahipneea nou-născutului 1613, **220**; 1615, **222**

Tratament

- neefectuat 0001, **6**
- noncompliance 0517, **111**

Trauma, naștere

- 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**

- postprocedurală 1904, **235**

- tulburare folosire substanțe psihoactive 0503, **105**

Tulburări ale consumului de substanțe psihoactive 0503, **105**

Tumora

- baza craniului 0612, **119**

- celula germinală, a testiculului 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 și tendon

- - cu lăcherare 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