

STANDARDELE CODIFICĂRII AUSTRALIENE ICD-10-AM

VOLUM 5

**CLASIFICAREA STATISTICĂ INTERNAȚIONALĂ A BOLILOR
ȘI A PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE ÎNRUDITE, REVIZIA A CINCEA,
MODIFICĂRILE AUSTRALIENE
(ICD-10-AM)**

1 IULIE 2002



Centrul Național pentru Clasificare în Sănătate

Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10, Modificare Australiană (ICD-10-AM). Volumele 1–5.

Volumele 1 și 2 se bazează pe Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10, Modificare Australiană (ICD-10) © Copyright Organizația Mondială a Sănătății 1992. Toate drepturile sunt rezervate. Modificată prin permisiune pentru scopurile guvernului australian, acolo unde sunt indicate prin ⊗.

Publicată de către Centrul Național pentru Clasificare în Sănătate (NCCH) (Sydney), Facultatea de Științe de Sănătate, Universitatea Sydney, NSW 1825 Australia.

Dactilografiată în Australia de NCCH Departamentul Publicații
Tipărită în Australia de Shannon Books

Cu toate că s-a acordat cea mai mare atenție pentru asigurarea unor informații precise în cadrul acestei publicații, NCCH și personalul său nu garantează că nu există nici o eroare în informațiile prezentate aici și nu vor avea nici o responsabilitate pentru rezultatele sau consecințele folosirii acestei cărți.

Această lucrare este copyright. Ea poate fi reprodusă în întregime sau parțial în vederea studiului sau instruirii cu condiția includerii unei note privind sursa și fără posibilitatea folosirii comerciale sau vinderii. Reproducerea în alte scopuri decât cele declarate mai sus necesită permisiunea scrisă a NCCH (Sydney), PO Box 170, Lidcombe NSW 1825 Australia.

Adresa corespondenței teritoriale:

*Beneficiarii acestui document pot contribui
la revizia lui contactând:*

Manager Publicație
National Centre for Classification
in Health (Sydney)
PO Box 170
Lidcombe NSW 1825
AUSTRALIA

Manager al Dezvoltării și sprijinirii Clasificării
National Centre for Classification
in Health (Sydney)
PO Box 170
Lidcombe NSW 1825
AUSTRALIA

Pentru vânzări de către NCCH (Sydney), Facultatea de Științe de Sănătate, Universitatea Sydney.

Date publicate sub formă de tabel și index

Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10, Modificare Australiană (ICD-10-AM).

Conținut: v. 1. Lista tabelară a bolilor – v. 2. Indexul alfabetic al bolilor – v. 3. Lista tabelară a procedurilor (ACHI) – v. 4. Indexul alfabetic al procedurilor (ACHI) v. 5. Standardele de codificare australiene.

A treia ediție.

Bibliografie.

Include, index

ISBN 1 86487 413 9

Volume 1: Lista tabelară a bolilor

ISBN 1 86487 414 7

Volume 2: Indexul alfabetic al bolilor

ISBN 1 86487 415 5

Volume 3: Lista tabelară a procedurilor (ACHI)

ISBN 1 86487 416 3

Volume 4: Indexul alfabetic al procedurilor (ACHI)

ISBN 1 86487 417 1

Volume 5: Standardele de codificare australiene

ISBN 1 86487 412 0

Set cuprinzând toate volumele

1. Nosologie.

2. Clasificare chirurgicală.

616.0012

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 Chimioterapia.....	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 ale Organelor Hematopoietice și anumite Tulburări care implică Mecanismul 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 Münchausen	112
0528	Boala Alzheimer	112
0530	Supradoză de medicamente	112
0531	Deficiența intelectuală/incapacitate intelectuală	112
0532	Deficiență cognitivă	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 prostezei 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	Afecțiuni 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 fetești	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 bățăilor de inimă fetale	212
1547	Meconium lichid	212

C.	<i>Tulburări/Proceduri Legate de Lăuzie</i>	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.	<i>Unele Afecțiuni a căror Origine se Situează în Perioada Perinatală</i>	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.	<i>Malformații Congenitale, Deformații și Anomalii Cromozomiale</i>	227
	(Acest capitol a fost lăsat intenționat în alb)	
18.	<i>Simptome, Semne și Determinări Anormale Clinice și de Laborator, Neclasificate Altundeva</i>	229
1802	Semne și simptome	229
1804	Ataxia	229
1805	Acopia	229
1806	Căderi	229
1807	Diagnostice privind durerea și proceduri de monitorizare a durerii	230
1808	Incontinența	231
1809	Convulsii febrile	231
19.	<i>Leziuni Traumatische, Otrăviri și Alte Consecințe ale Cauzelor Externe</i>	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 traumatice)	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 Morbidității	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
Referințe		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 grațitudine 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.

¹ Pentru listele de membri 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
NKHHC	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

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
CCCC	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 dijetilstibesterol
DHAC	Departamentul de sănătate pentru persoanele vârstnice
DKA	Cheto-acidoză diabetică
DNA	Acidul dezoxiribonucleic
DRG	Grupe de Diagnostic Înrudite
Dx	Diagnostic

EBV	Virusul Epstein-Barr
ECG	Electrocardiograma
ECMO	Oxigenarea cu membrană extracorporală permeabilă
ECT	Terapie electroconvulsivă
EGD	Esofagogastroduodenoscopie
EEG	Electroencefalogramă
EMG	Electromiografie
ENMT	Ureche, nas, gură 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	Oxigen hiperbaric
HBV	Virusul hepatitei B
HCV	Virusul hepatitei C
HDV	Virusul hepatitei D
HDL	Lipoproteine densitate mare
HEV	Virusul hepatitei E
HHV/8	Virus herpetic uman
HIE	Encefalopatie ischemică hipoxică
HIV	Virusul imunodeficienței umane
HNPCC	Cancer de colon ereditar fără polipoză
HPV	Virusul papilomatos uman
HT	Hipertensiune
CIM	Clasificarea internațională statistică a maladiilor
CIM- O	Clasificarea internațională a maladiilor – Oncologie
CIM- 9 – CM	Clasificarea internațională a maladiilor – Revizia 9 – Modificări clinice
CIM – 10	Clasificarea statistică internațională a maladiilor 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	Neclasificate în altă parte
NIDDM	Diabet mellitus non-insulino-dependent
NKHHC	Coma hiperglicemică, hiperosmolară non ketozică
NLD	Necrobioza lipoidică a diabetului
NOS	Nespecificate altminteri
OA	Occipito-anterior
OGD	Esofagogastroduodenoscopia
OL	Occipito-lateral
OM	Marginal obtuz
OP	Occipito-posterior
OSA	Apneea de somn obstructivă
OSAHS	Sindrom apnee-hipoapnee de somn obstructivă
OSAS	Sindrom apnee de somn obstructivă
OT	Occipito-tranversal
PAWG	Grefă post-auriculară Wolfe
PCA	Analgezia controlată a pacientului
PCOS	Sindrom ovarian polichistic
PCR	Reacția în lanț a polimerazei
PDA	Artera descendentă posterioară
PIN	Neoplazie intra-epitelială prostatică
PND	Depresie post-natală
PPH	Hemoragie postpartum
PR	Prin rect (per-rectal)
PSV	Susținere ventilatorie sub presiune
PTCA	Angio-plastie coronariană transluminal percutanată
PV	Prin vagin (per-vaginal)
PVD	Boala vasculară periferică
RCA	Artera coronariană dreaptă
RFFF	Rădăcina lamboului liber la antebraț
RIMA	Artera mamară internă dreaptă
RITA	Artera toracică internă dreaptă
RSV	Virusul respirator sincițial
SA	Sinoatrial
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 codificării australiene pentru Clasificarea internațională a maladiilor și probleme de sănătate asociate – Revizia 10 – Modificări australiene (CIM-10-AM) se aplică la spitalele publice și private în Australia. Se anticipează că reviziile se vor face pe bază de regulament și că vor fi urmate de ediții viitoare. Revizia în lucru a *Standardelor codificării australiene* vor asigura reflectarea schimbărilor din practica medicală, amendamentele la clasificările clinice, Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) pentru gruparea up-date-urilor și a diferitelor cereri ale utilizatorilor în vederea colectării de date despre pacienții spitalizați.

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 înaintea 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 ne-adecvată 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 criteriile 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 traumatice, 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 aceluiași comportament variabila este în principal localizarea, deși câteva categorii de trei caractere sunt oferite pentru tipuri morfologice importante (ex. leucemiile, limfoamele, melanoame, mezotelioame, sarcoame Kaposi). Rangul categoriei este dat în paranteză, precum 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 CODIFICĂRII AUSTRALIENE

Manualul de codificare CIM-10-AM se aduce la zi bi-anual în Australia. *Standardizarea codificării australiene* este desemnată pentru a fi folosită împreună cu Centrul Național de Clasificare al Sănătății CIM-10-AM.

Standardizarea Australiană va trebui adusă la zi în toate spitalele cu ultima versiune a CIM-10-AM și noua versiune trebuie folosită nu mai târziu de 1 iulie al anului publicației.

Lista tabelară de boli și proceduri a CIM-10-AM (volumele 1 și 3) includ o adnotare ▼ lângă anumite coduri care indică că o *Standardizare a codificării australiene* există și va ajuta la codificare.

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, “tonsilita” 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 care tratează dar se poate referi și la alți clinicieni cum sunt moașele, asistentele medicale și alte persoane implicate profesional în sănătate.

Sistemul de numărare standard din cadrul capitolelor

Fiecare standard are alocat un număr ACS din patru caractere. Aceste numere sunt generate de NCCH ca noi standarde și sunt create pentru a intra în baza de date centrală. 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. Numerele trebuie folosite ca un identificator în cazul în care codificatorii clinici doresc să contacteze NCCH în legătură cu standard anume.

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 *Standardizarea codificării Australiene*, 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 *Standardizării codificării Australiene*.

STANDARDE GENERALE PENTRU MALADII

0010 Îndrumări teoretice generale

Listarea diagnosticelor 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 ACS 0002 *Diagnosticile 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 ACS 0002 *Diagnosticile 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:

Diagnosticile așa 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 ACS 0033 *Convenții folosite în tabelul maladiilor* la pag. 20 și ACS 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 ACS 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 diagnosticele legate de diagnosticul final au fost stabilite (*vezi, de asemenea, ACS 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 codificatorului 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 modificator 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 ACS 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 Tabelară sau standardele nu oferă o soluție privind modul în care sunt secvențiate 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 ACS 0012 *Stări suspecte*, pag. 14). Pentru nou născuți, vezi ACS 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 ACS 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 ACS 0008 *Sechele*, pag. 12 și ACS 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:

- Tratament terapeutic
- 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 ACS 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

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

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

- 0046 *Selecția diagnosticului pentru endoscopie efectuată în aceeași zi*
- 0102 *HIV/SIDA*
- 0104 *Hepatiita 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 *Examene dispensarizate pentru tulburări specifice*

Centrele de tratament pentru o singură zi

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

Ordonarea diagnosticelor secundare

Nu există un Standard Australian 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 ACS 0002 *Diagnosticile adiționale*. Notați, totuși, că afecțiunile care sunt prezente în momentul endoscopiei (de ex.: COPD), în contrast cu cele găsite la endoscopie, rămân subordonate criteriilor de la ACS 0002 *Diagnosticile adiționale*.

Notați cu atenție când se aplică sau nu acest standard:

Acest standard se aplică la

- Acei pacienți care sunt internați pentru investigarea endoscopică a oricărui sistem al corpului (de ex.: colonoscopia, bronhoscopia, ERCP) sau artroscopie 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 ACS 2113 *Examene dispensarizate pentru tulburări specifice* (vezi pag. 277).
- Pacienții cărora li se fac endoscopii pentru a investiga mai departe o afecțiune cunoscută, cum ar fi carcinomul de stomac (aceste cazuri vor fi codificate în conformitate cu ACS 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6 și ACS 0002 *Diagnostice adiționale*, pag. 9), sau acelor care se prezintă cu o problemă legată de o afecțiune cunoscută (acestea vor fi codificate în conformitate cu ACS 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6 și ACS 0207 *Complicații asociate neoplasmelor*, pag. 73).
- Pacienții internați pentru screening, care urmează a fi codificați în conformitate cu ACS 2111 *Screening pentru tulburări specifice* (vezi pag. 276).

1. **Dacă este stabilită o legătură causală** 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 ACS 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 causală 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 causală 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 ACS 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, inactice, 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 acasă

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 episodului 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 aloce codul pentru afecțiunea suspectată (de ex. meningita) . De asemenea, se alocă codul Z75.3 *Centre medicale nedisponibile sau inaccesibile* ca o ‘atenționare’ pentru a identifica pacienții transferați din cauza unei afecțiuni suspectate (Notă: acest cod nu trebuie să fie folosit pentru TOATE transferurile, deoarece externarea furnizează aceste informații). Codificatorii clinici de la spitalul care transferă, ar trebui să folosească numai informațiile disponibile în momentul transferului pentru a codifica respectivul caz. Informațiile care devin disponibile de la spitalul la care pacientul a fost transferat, nu ar trebui să fie folosite pentru luarea deciziei privind codificarea. De exemplu, un pacient este transferat cu ‘meningită’ 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 ACS 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 (ACS 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] *Întreprerea 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 ACS 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.

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

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

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

- etiologia 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 întregime 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 aloca codul alternativ:

EXEMPLUL 4:

A54.8	Alte infecții gonococice Gonococică: ... • peritonita† (K67.1 *) • pneumonia† (J17.0*) • septicemia • leziuni ale pielii
-------	---

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

2. Instrucțiuni

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

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

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

Aplicați instrucțiunile privind codificarea multiplă 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 revizuiam 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 (colecitiază).

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:
	<ul style="list-style-type: none"> • bronșită: <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<p>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>.</p>	

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: <ul style="list-style-type: none"> • meningita (G01*) • meningoencefalita (G05.0*)
G01*	<i>Meningita în bolile bacteriene clasificate în altă parte</i> Meningita (în): <ul style="list-style-type: none"> • 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	<i>Alte apendicite:</i> Apendicită: <ul style="list-style-type: none"> • 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	<i>Leziune de origine obstetricală interesând articulațiile și ligamentele pelviene</i> Smulgerea cartilajului simfizei interioare Deteriorarea coccisului Ruperea traumatică a simfizei (pubiene) } obstetrică
--------------	---

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.

Analiștii 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 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 ACS 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). Căpții 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 aparatul folosit, 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	} Abcesul, hematumul sau chistul
- fosei iliace	
- intraperitoneal	
- pelvic	
- subhepatic	
- subfrenic	

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:
		<ul style="list-style-type: none"> • 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 urmerază 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 aceluși 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 procedurari 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 ACS 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 codificatorul clinic pentru a codifica altfel. Aceasta se întâmplă în următoarele standarde:

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

(b) Proceduri care sunt inerent bilaterale sau au un cod dat în *ICD-10-AM* care denotă aspectul multiplu sau bilateral în titlul codului sau termeni 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 ACS 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 ACS 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]	<i>Alte proceduri de diagnostic pe craniu, creier sau meninge cerebrale</i>
	92514-99 [1910]	<i>Anestezie generală</i>

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

Vezi, de asemenea, ACS 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]	<i>Colecistectomie laparoscopică</i>
------	----------------	--------------------------------------

EXEMPLUL 2:

Bandarea gastrică laparoscopică

Procedura ordonată prima:	30511-00 [889]	<i>Reducția gastrică</i>
---------------------------	----------------	--------------------------

Procedura asociată:	30390-00 [984]	<i>Laparoscopie</i>
---------------------	----------------	---------------------

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

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

Termenul de panendoscopie poate fi de asemenea folosit 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.

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, ACS 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 AUSTRALIENE 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 excisionale pe os din alte zone ale aparatului locomotor</i>	<i>Vezi Indexul Procedurilor – ‘Grefă, os, după localizare’</i>	
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 ACS 1807 *Diagnostice 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 infiltrația anesteziei locale.

1. Blocul neuroaxial

92508-XX [1909] *Blocul neuroaxial* urmează a fi alocat pentru anestezia epidurală, spinală sau caudală (sau în orice combinație) 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 anesteziului 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 anesteziice de la blocul [1910] *Anestezie cerebrală* și/sau blocul [1909] *Anestezia căilor de conducere* la o ‘**vizită la sală**’ (incluzând diferite anesteziice 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 anesteziului local (92513-XX)

2. Dacă același anesteziic 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 ACS 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 ACS 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
- Asistența socială
- Terapia ocupațională
- Audiologia
- Ortoptica
- Protetica & Ortetica

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

Coduri specifice

O cheie principală a dezvoltării clasificării procedurilor este aceea că intervențiile ar trebui să fie ‘neutre din punctul de vedere al furnizorului’, adică 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 trimerurile 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, podiatrii pot imobiliza tarsul fracturat (47627-00 [1526]), chirurgii podiatri 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 ‘pediatrie’ 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 pediatrie 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 ACS 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 ACS 1316 *Distanțier/perle de ciment*, pag. 186 și ACS 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 ACS 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)**

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 rezeceția 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 ‘lamboul liber’.

Tipurile de țesut implicate în lambouri:	
Lamboul de piele	constă în țesutul de piele/subcutanat
Lamboul osos	este format din os
Lambou muscular	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 iliace profunde (LACIP)	țesut bazat pe artera circumflexă iliacă profundă. Acest lambou este deseori folosit pentru a reconstrui mandibula.
Lambou liber fibular	țesut bazat pe artera peroneală 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 <i>Notele</i> 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: Sutură, după localizare*)

EXEMPLUL 2:

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

45608-03 [1713] *Reconstruirea totală a mandibulei*

45562-00 [1674] *Lambou liber neinervat*

Dacă se aplică, ar fi de acordat 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 ‘refăcere’ 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, ACS 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 **pomă implantabilă**

= Acces vascular **implantabil**
[dispozitiv implantabil de acces vascular]
[dispozitiv sau pomă 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.

Pomă externă de infuzie

O **pomă externă de infuzie** este un dispozitiv cu un rezervor intern care conține medicația în cadrul sistemului implantat. Această pomă 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.

0046 VEZI PAG. 10