

15 SARCINA, NAȘTEREA ȘI LĂUZIA

A. SARCINA CU REZULTAT ABORTIV

1501 VEZI PAG. 212

1503 AVORTUL 'COMPLET' ȘI 'INCOMPLET'

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

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

1504 MOLA HIDATIDIFORMĂ

Mola hidatiformă poate duce la un avort spontan. În acest caz, dacă o procedură este efectuată, procedura adecvată postavort ar trebui să primească:

- 35643-00 [1267] *Dilatația și curetajul [D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină sau*
 35643-01 [1267] *Curetajul aspirativ al cavității uterine*

1505-1509 VEZI PAG. 203

1510 SARCINA CU REZULTAT ABORTIV

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

1511 SFÂRȘITUL SARCINII

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

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

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

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

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

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

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

Codurile de la categoria O08 *Complicațiile ca urmare a unui avort, unei sarcini extra-uterine și molare* sunt alocate când o pacientă este reinternată cu o complicație întârziată din cauza avortului care a fost tratată în perioada unui episod anterior de îngrijiri.

Un cod O08 ar trebui să fie alocat, de asemenea, ca un cod adițional pentru a identifica o complicație asociată cu categoriile O00–O02 (*Sarcină ectopică, Mola hidatiformă, Alte produse anormale ale concepției*).

Produse de concepție reținute

Dacă o pacientă este internată din cauza unor produse de concepție reținute de la un avort tratat în timpul unui episod de îngrijiri anterior, avortul ar trebui să fie codificat ca o complicație a avortului curent, **incomplet** (O03–O06 cu al patrulea caracter de la .0–4).

Totuși, dacă o pacientă este internată din cauza produselor de concepție reținute ca urmare a unui eșec de avort în timpul unui episod de îngrijiri anterior, codificați eșecul de avort ca diagnostic principal pentru a reflecta diagnosticul episodului original. În această situație pacienta încă suferă din cauza unui 'avort eșuat' și nu din cauza unei complicații a avortului.

Alocați un cod adițional de la O09 *Durata sarcinii* care reflectă durata sarcinii la momentul producerii avortului (care poate fi anterior acestui episod de îngrijiri). Dacă aceasta nu este cunoscută, alocăți O09.9 *Durata sarcinii, nespecificată*. Un cod de la O08 *Complicațiile consecutive unui avort, unei sarcini extra-uterine și molare* nu se alocă.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Sarcină tubară ruptă cu șoc

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

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Avort incomplet cu perforație de uter

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

EXEMPLUL 3:

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

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

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

EXEMPLUL 4:

Diagnostic: Hemoragie și produse de concepție reținute ca urmare a unui avort medical efectuat în perioada unei internări anterioare.

Diagnostic principal: O04.1 *Avort medical, incomplet, complicat cu hemoragie întârziată sau severă*
 Diagnostic adiționale: O09.- *Durata sarcinii*

EXEMPLUL 5:

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

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

B. TULBURĂRI/PROCEDURI PRIVIND TRAVALIUL ȘI NAȘTEREA

1505 NAȘTERE UNICĂ, VAGINALĂ, SPONTANĂ

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

FĂRĂ anomalitate/complicație clasificabile în altă parte la Capitolul XV *Sarcina, nașterea și lăuzia și*
 FĂRĂ manipulare sau instrumentar

1506 PREZENTARE ANORMALĂ, DISPROPORȚIE ȘI ANORMALITATEA ORGANULUI PELVIN MATERN

Acolo unde sunt necesare îngrijirea sau intervenția datorite prezentării anormale, disproporției sau anormalității organelor materne pelvine **înainte** de debutul travaliului, alocați un cod de la blocul:

- O32 *Îngrijiri materne pentru o prezentare anormală a fătului, cunoscută sau suspectată*
- O33 *Îngrijiri materne pentru o disproporție feto-pelvină, cunoscută sau presupusă, sau*
- O34 *Îngrijiri materne pentru o anomalie cunoscută sau presupusă a organelor pelvine ca adecvate.*

Când se diagnostichează mai întâi prezentarea anormală, disproporția sau anormalitatea organelor materne pelvine **în timpul** travaliului sau necesită îngrijiri sau intervenție **în timpul** travaliului, ar trebui să fie alocat un cod de la următoarele categorii:

- O64 *Distocia de obstacol datorită unei poziții și prezentării anormale a fătului*
- O65 *Distocia de obstacol datorită unei anomalii pelvine a mamei, sau*
- O66 *Alte distocii de obstacol.*

Nu mai este necesar ca obstrucția să fie documentată pentru a aloca un cod de la aceste blocuri. **Aceste coduri pot să nu reprezinte o obstrucție prin ea însăși, ci mai curând că au fost luate măsuri pentru a preveni obstrucția.**

Prezențați considerate anormale

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

- pelvină
- frontală
- prezențație compusă
- prezențație vertebrală
- blocare transversală
- facială
- poziție persistentă occitoposterioară ('cu fața la pubis')
- braț prolabat
- transversă/oblică
- instabilă

Pozițiile occiput, cum ar fi occipito-anterioare (OA), occipito-laterale (OL), occipito-posterioare (OP), sau occipito-transversale (OT) sunt normale și nu ar trebui să fie codificate **dacă nu se produce vreo intervenție**.

Cicatrice uterină

O34.2 *Îngrijiri acordate mamei pentru o cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare* ar trebui să fie alocat (indiferent dacă intervenția a avut loc în timpul sau înaintea travaliului) pentru toate cazurile unde o/un:

- pacientă este internată pentru o cezariană facultativă datorită unei cezariene anterioare
- trial de cicatrice (de ex.: cicatrice cezariană sau cicatrice uterină în urma unei intervenții chirurgicale) ca urmare a unei nașteri cezariene, **sau**
- cicatrice uterină anterioară necesitând îngrijiri, dar nașterea nu se produce în timpul episodului de îngrijiri, de ex.: îngrijirile antepartum pentru durerea uterină datorită unei cicatrice anterioare.

O75.7 *Naștere pe cale vaginală după o cezariană anterioară* ar trebui să fie alocat pentru cazurile unde se constată o cicatrice de cezariană înaintea nașterii vaginale.

1508 ÎNTÂRZIAREA CELEI DE-A DOUA FAZE CU BLOCAJ NEUROAXIAL

Blocajele neuraxiale pot amâna faza a doua dar O74.6 *Alte complicații ale rahianesteziei și unei anestezii epidurale în cursul travaliului și nașterii* nu ar trebui să fie codificate pe baza unui blocaj neuraxial care a fost efectuat. Trebuie să existe documentația clinică a unei relații cauzale între amânarea celei de-a doua etape și administrarea blocajului neuraxial înainte de a aloca O74.6 *Alte complicații ale rahianesteziei și unei anestezii epidurale în cursul travaliului și nașterii*.

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

1509 ESTRIOLI ÎN SCĂDERE

Estriolii în scădere nu ar trebui să fie codificați. Dacă IUGR (întârzierea creșterii intrauterine) este documentată drept cauza scăderii estriolilor, alocați codul O36.5 *Îngrijiri materne pentru creștere insuficientă a fătului*.

1510-1511 VEZI PAG. 201

1513 INDUCȚIE

Motivul inducției

Inducția travaliului este efectuată din mai multe motive (de ex.: pre-eclampsia, cardiocografia antenatală anormală (CTG), hemoragie antepartum anterioară, diabet, întârzierea creșterii intrauterine (IUGR)). Dacă nici un motiv nu este documentat sau motivul este declarat ca 'social' sau 'electiv' (adică nu sunt alocate alte coduri de la O00–O99), iar o naștere normală vaginală urmează unei inducții, alocați O80 *Naștere unică spontană* ca diagnostic principal.

(Vezi de asemenea ACS 1505 *Naștere unică spontană vaginală*, pag. 203).

Proceduri de inducție

În scopul codificării procedurilor, se aplică următoarele standarde:

Dacă travaliul este indus prin mijloace medicale în vederea terminării unei sarcini, **indiferent de durata sarcinii și indiferent de rezultat**, codul de procedură va fi:

90465-00 [1334] *Inducția medicală a sarcinii, oxytocin sau*
 90465-01 [1334] *Inducția medicală a travaliului, prostaglandin sau*
 90465-02 [1334] *Altă inducție medicală a travaliului sau*
 90465-05 [1334] *Inducția medicală și chirurgicală a travaliului*

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

În general, terminarea unei sarcini care se produce după 14 săptămâni complete va implica travaliul și, de aceea, va fi codificată la blocul [1334] *Inducția medicală sau chirurgicală a travaliului*. Terminarea sarcinii înainte de 14 săptămâni complete este efectuată prin D&C (dilatatie și curetaj) sau curetaj aspirativ și nu implică travaliul.

EXEMPLUL 1:

Pacientă internată cu o gestație de 21 săptămâni cu un diagnostic de deces fetal in utero (FDIU). Sarcina este terminată prin inducția medicală și chirurgicală a travaliului.

Codificați: 90465-05 [1334] *Inducția medicală și chirurgicală a travaliului*

Codul 90462-00 [1330] *Introducerea supozitorului cu prostaglandină pentru inducerea avortului* nu se aplică în acest caz deoarece terminarea sarcinii pacientei a implicat travaliul.

EXEMPLUL 2:

Pacientă internată cu o gestație de 12 săptămâni cu un diagnostic de expunere la virusul ruzeolei. Sarcina este terminată prin curetaj aspirativ.

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

Inducția medicală și chirurgicală

Cu toate că inducția medicală și chirurgicală este deseori efectuată pentru o singură pacientă, este rareori efectuată în mod simultan. În unele cazuri, inducția medicală va fi dată imediat după ruperea artificială a membranelor (ARM). Totuși, în unele cazuri trece o perioadă de aproximativ jumătate de oră după ARM pentru a vedea dacă se va produce travaliul spontan. Unii obstetricieni pot aștepta până la 4 ore după ARM.

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

Intensificarea (accelerarea) medicală și chirurgicală

90466-00 [1335] *Intensificarea (accelerarea) medicală după debutul travaliului* și 90466-01 [1335] *Intensificarea (accelerarea) chirurgicală a travaliului* sunt alocate numai când este intensificat (accelerat) un travaliu **spontan**. Codul 90466-02 [1335] *Intensificarea (accelerarea) medicală și chirurgicală a travaliului* ar trebui să fie alocat când atât intensificarea (accelerarea) medicală cât și ARM sunt efectuate simultan sau urmând debutului travaliului spontan.

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

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

1517 REZULTATUL NAȘTERII

Pentru fiecare naștere, codul adecvat de la Z37.- *Rezultatul nașterii* ar trebui să fie adăugat pe foaia de observație a mamei. El nu trebuie să fie diagnostic principal.

1518 DURATA SARCINII

Categoria O09 *Durata sarcinii* este destinată codificării duratei sarcinii la internare pe foaia de observație a mamei.

- O09.0 < 5 săptămâni complete
- O09.1 5–13 săptămâni complete
- O09.2 14–19 săptămâni complete
- O09.3 20–25 săptămâni complete
- O09.4 26–33 săptămâni complete
- O09.5 34–<37 săptămâni complete
- O09.9 Durata sarcinii nespecificată

Un cod de la O09 ar trebui să fie alocat ca un diagnostic adițional în toate cazurile de:

Avort (O00–O08 *Sarcină cu rezultat avortiv*)

Avort iminent (O20.0)

Ruptura prematură a membranelor (O42) (înainte de o gestație de 37 săptămâni complete)

Travaliu iminent prematur (O47.0 *Travaliu fals înainte de o gestație de 37 săptămâni complete*)

Debut timpuriu al travaliului (O60 *Naștere înainte de termen*)

Durata sarcinii ar trebui să fie scăzută din durata sarcinii documentată în foaia clinică.

O09.9 *Durata sarcinii nespecificată* ar trebui să fie folosit numai când cazul întrunește criteriile stabilite mai sus, iar durata sarcinii nu a fost înregistrată.

Codurile *Durata sarcinii* au fost dezvoltate de către unitatea de Obstetrică & Ginecologie a Clasificării Clinice și a Grupului de Codificare (CCCG), în mod special în vederea identificării duratei sarcinii pentru un grup **specific** de sarcini cu risc ridicat (identificat mai sus), și numai aceste afecțiuni ar trebui să primească codul: O09.-

1519 NAȘTERE ANTERIOARĂ INTERNĂRII

Dacă o pacientă a născut un făt anterior internării într-un spital și nu a fost efectuată nici o procedură operatorie legată de naștere în timpul internării, iar mama nu suferă complicații de puerperium, alocați un cod adecvat de la categoria Z39.0- *Îngrijiri postpartum și examinare imediat după naștere*. Dacă o complicație apare înaintea internării, acea complicație ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal, nu un cod de la categoria Z39.0-.

Dacă o pacientă este transferată la un spital în urma unei nașteri pentru a însoți un copil bolnav, iar pacienta primește îngrijiri postpartum de rutină alocați codul adecvat Z39.-.

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

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

1520 NAȘTERI MULTIPLE

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

EXEMPLUL 1:

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

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

1521 AFECȚIUNI CARE COMPLICĂ SARCINA

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

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Sindromul tunelului carpal exacerbat prin sarcină.

Cod: O26.82 *Sindromul tunelului carpal în sarcină*

În acest exemplu sindromul tunelului carpal care se produce în sarcină este indexat la un cod specific.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Sarcină complicată de anemia prin carență de fier.

Coduri: O99.0 *Anemia complicând sarcina, nașterea și lăuzia*
D50.9 *Anemia prin carență de fier, nespecificată*

În acest exemplu, anemia care complică sarcina este indexată la O99.0. Un cod adițional este necesar pentru a descrie tipul specific al anemiei.

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: O pacientă internată în secția de obstetrică pentru un astm care complică sarcina.

Coduri: O99.5 *Bolile aparatului respirator, complicând sarcina, nașterea și lăuzia*
J45.9 *Astm, nespecificat*

În acest exemplu, astmul care complică sarcina nu este indexat în mod specific. Pentru a găsi codul adecvat de la O99 este necesar să se localizeze codul pentru boală sau afecțiune de la celelalte capitole ale *ICD-10-AM* (J45.9) și apoi să se consulte Indexul la '**Sarcină – complicată prin - - afecțiuni la - - - J00-J99**' sau '**Sarcină – complicată prin - - boli ale - - - sistem respirator (afecțiuni la J00-J99)**'.

Stare de sarcină incidentală

Dacă o pacientă însărcinată este internată pentru o afecțiune care nu are legătură cu sarcina, nici nu complică sarcina, nici nu este agravată de sarcină și nu necesită observare sau îngrijiri obstetrice, atunci faptul că femeia este însărcinată se clasifică drept 'incidental'. În acest caz codul pentru afecțiune ar trebui să fie raportat ca diagnostic principal, cu un diagnostic adițional Z33 *Stare de sarcină, incidentală*.

EXEMPLUL 4:

Pacientă însărcinată internată cu fractura epifizei metacarpului (mână strivită în ușa).

Diagnostic principal: S62.32 *Fractura epifizei osului(lor) metacarp*
Diagnostic adițional: W23.- *Compresiunea, zdrobirea sau ciocnirea de un obiect sau între două obiecte*

Un cod pentru locul adecvat de producere (Y92.-) și un cod de activitate (U50-U73)
Z33 *Stare de sarcină, incidentală*

1524 PRIMIPARĂ VÂRSTNICĂ

Z35.5 *Supravegherea unei primipare vârstnice* ar trebui să fie alocat dacă vârsta primiparei este de 35 de ani sau mai mult.

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

1525 MULTIPARITATE MARE

Z35.4 *Supravegherea sarcinii cu multiparitate mare* ar trebui să fie alocat dacă o femeie a născut cinci sau mai mulți feteși viabili.

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

1526 HIPERTENSIUNE ÎN SARCINĂ

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

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

1527 NAȘTERE DUPĂ TERMEN

O sarcină este considerată ca 'după termen' la sau după 42 de săptămâni de gestație. Alocați codul O48 *Sarcină prelungită*.

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

EXAMPLE 1:

Pacienta a născut un făt la 41 de săptămâni de gestație. Documentat în foaia clinică de către obstetrician ca fiind naștere după data calendaristică. Alocați un cod pentru naștere după data calendaristică.

1528 HEMORAGIE POSTPARTUM

O hemoragie de 500ml sau mai mult este considerată ca hemoragie postpartum (PPH).

O hemoragie post-cezariană de 750 ml sau mai mult ar trebui să fie de asemenea considerată ca o PPH.

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

EXAMPLE 1:

Pacienta are o pierdere de sânge postpartum de 400 ml. Clinicianul a trecut în foaia clinică, 'hemoragie postpartum'. Alocați codul pentru PPH.

1529 TRAVALIUL PRECIPITAT

Travaliul precipitat este greu de definit în termeni temporali deoarece, cu toate că o naștere pare a fi foarte rapidă, semnele timpurii ale travaliului pot să fie omise. Codul pentru travaliu precipitat ar trebui să fie alocat numai acolo unde clinicianul specifică 'precipitat'.

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

1530 NAȘTERE PREMATURĂ

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

Dacă motivul pentru nașterea timpurie este documentat în foaia clinică, codificați-l pe acesta ca diagnostic principal, urmat de O60. Dacă nici un motiv nu este documentat, alocați codul O60 ca diagnostic principal. Alocați un cod de diagnostic adițional O09 *Durata sarcinii*.

1531 RUPTURA PREMATURĂ A MEMBRANELOR

Cea mai obișnuită ordonare a evenimentelor este ca membranele să se rupă în cursul travaliului (adică odată ce contracțiile au început și colul uterin este dilatat). Când membranele se rup înainte de debutul travaliului, aceasta este cunoscută ca 'ruptura prematură a membranelor'.

Când travaliul începe în curs de 24 de ore după ruptura membranelor, alocați codul O42.0 *Ruptura prematură a membranelor, cu debutul travaliului în 24 de ore.*

Când travaliul începe în perioada de 1-7 zile după ruptura membranelor, alocați codul O42.11 *Ruptura prematură a membranelor, cu debutul travaliului mai târziu între 1-7 zile.*

Când travaliul începe la mai mult de 7 zile după ruptura membranelor, alocați codul O42.12 *Ruptură prematură a membranelor, cu debutul travaliului după mai mult de 7 zile.*

Notă: Codul O09 *Durata sarcinii* ar trebui să fie folosit ca un cod adițional împreună cu codurile O42.0 și O42.1- în cazurile în care durata sarcinii este mai mică de 37 de săptămâni complete.

Falsa ruptură a membranelor ar trebui să fie codificată la O47.- *Fals travaliu.*

Întârzierea expulziei după ruptura artificială a membranelor ar trebui să fie codificată la O75.5 *Nașterea întârziată după ruptura artificială a membranelor.*

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

1532 TRAVALIUL PRELUNGIT

Când travaliul este monitorizat, așa cum este în spital, este considerat prelungit dacă nașterea nu este iminentă la 18 ore după travaliul stabilit.

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

1534 NAȘTEREA CU AJUTORUL FORCEPSULUI

ICD-10-AM nu include eponime pentru forceps, cu toate că așa sunt documentate deseori asemenea nașteri în foaia clinică. Următoarea listă este dată pentru a ajuta alocarea codului adecvat. Totuși, din moment ce unele eponime sunt folosite pentru o varietate de tehnici, codificatorul clinic ar trebui să se ghideze după poziția aplicării forcepsului, ori de câte ori această informație este posibilă.

Forceps în partea inferioară – după Simpson, Wrigley, Lauff
Forcepsul este aplicat când capul fătului este în perineum.

Forceps de mijloc – după Neville-Barnes, Haig-Ferguson, Simpson
Forcepsul este aplicat când capul fătului este la nivelul spinei ischionului.

Extragere pelvină cu aplicație de forceps pe capul rămas în urmă (vezi [ACS 1542](#) *Naștere pelvină cu extracție*, pag. 211).

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

Forceps în partea superioară – posibil după Keilland
Acest forceps este folosit atunci când capul nu este angajat ori este deasupra marginii pelvine; rar folosit.

Forceps folosit la cezariană nu ar trebui să fie codificat.

1536 REDUCEREA NUMĂRULUI DE FETUȘI

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

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

1537 MIȘCĂRI FETALE SCĂZUTE

Z36.8 *Alte depistări prenatale* ar trebui să fie alocat la internările cu un diagnostic de mișcări fetale scăzute, nici o cauză de bază nu este documentată iar pacienta este externată acasă fără să fi născut. O36.8 *Îngrijiri materne pentru alte probleme fetale specificate* va fi folosit pentru pacientele care sunt internate cu un diagnostic de mișcări fetale scăzute, nici o cauză de bază nu este documentată iar ele nasc în cadrul unui episod de îngrijiri. Dacă o altă cauză de bază pentru mișcări fetale scăzute este documentată, această cauză ar trebui să fie codificată, nu O36.8 sau Z36.8 dacă pacienta naște sau nu în cadrul unui episod de îngrijiri.

1538-1539 VEZI PAG. 213

1541 CEZARIANĂ DE URGENȚĂ ȘI ELECTIVĂ

O cezariană **electivă** este o operație cezariană efectuată ca o procedură planificată înaintea debutului travaliului sau ca urmare a debutului travaliului, când decizia a fost luată înaintea travaliului. Nu include operația de cezariană după o încercare nereușită de vindecare prin cicatrizare (vezi ACS 1506 *Prezentare anormală, disproporție și anormalitate a organelor pelvine materne*, pag. 203).

O cezariană **de urgență** este definită ca o cezariană necesară din cauza unei situații de urgență (de ex.: travaliu obstrucționat, detresă fetală). Este cel mai bine descrisă astfel: 'operația de cezariană este efectuată atunci când decizia nu este considerată necesară anterior'. Operația cezariană după o încercare nereușită de vindecare prin cicatrizare ar fi o operație cezariană de urgență.

1542 NAȘTERE PELVINĂ ȘI EXTRAȚIE

Nașterea pelvină asistată este definită ca o naștere spontană atâta timp cât ombilicul urmează printr-o simplă asistență la nașterea fătului. Manevra Løvset sau altele pot fi aplicate pentru a elibera brațele și umerii fătului. Manipularea manuală cum ar fi manevra Mauriceau-Smellie-Veit poate fi folosită sau forcepsul poate fi aplicat pentru a scoate capul copilului. Dacă este folosit forcepsul, alocați 90470-02 [1339] *Nașterea asistată în prezentație pelvină cu aplicație de forceps pe capul rămas în urmă*.

Extracția pelvină este definită ca o interferență manuală extensivă în asistarea nașterii fătului. Picioarele sunt aduse în jos, brațele nucale sunt extrase și capul fătului este eliberat prin manevre cum ar fi manevra Mauriceau-Smellie-Veit sau prin aplicarea forcepsului. Dacă este folosit forcepsul, alocați 90470-04 [1339] *Extracția pelvină cu aplicație de forceps pe capul rămas în urmă*.

1543 ÎNDEPĂRTAREA MANUALĂ A PLACENTEI

Îndepărtarea manuală a placentei poate fi efectuată din alte motive decât placenta reținută, de aceea nu este corect să presupunem că placenta a fost reținută dacă a fost efectuată o îndepărtare manuală a ei. Placenta reținută ar trebui să fie codificată numai când este documentată de către clinician.

Îndepărtarea manuală a placentei este o procedură de rutină în intervenția cezariană și nu ar trebui să fie codificată separat.

1544 VEZI PAG. 202**1546 INCETINIREA BATAILOR DE INIMA FETALE**

Documentarea de încetinire '*timpurie*', '*târzie*' sau '*variabilă*' ar trebui să fie codificată **numai** în prezența 'detresului fetal' sau numai când este efectuată o intervenție chirurgicală sau instrumentală.

1547 MECONIUM LICHID

Meconium lichid singur nu este întotdeauna o indicație a detresului fetal și de aceea ar trebui să fie codificat numai când 'detresul fetal' este documentat sau numai când este efectuată o intervenție chirurgicală sau instrumentală.

1548 VEZI PAG. 214**C. TULBURĂRI/PROCEDURI LEGATE DE LĂUZIE****1501 DEFINIȚIA LĂUZIEI**

Lăuzia este perioada de 42 zile după naștere. Internarea pentru probleme legate de lactație, care depășește perioada de 42 zile, ar trebui să fie codificată ca puerperală. După 12 luni de la naștere, afecțiunile legate de lactație ar trebui să primească un cod pentru afecțiune în afara Capitolului XV *Sarcina, nașterea și lăuzia*. De exemplu, mastita la mamele care alăptează, producându-se la 18 luni după naștere, ar trebui să fie codificată la N61 *Afecțiunile inflamatorii ale sânelui*.

1538 DIFICULTĂȚI DE PUNERE LA SÂN ÎN PERIOADA POSTNATALĂ

Dificultatea de punere la sân este atunci când sugarul nu este pus la sânul mamei pentru a putea fi hrănit eficient. Este furnizată o subdiviziune a celui de-al cincilea caracter pentru codurile O91 *Infecții ale sânelui asociate cu nașterea* și O92 *Alte afecțiuni ale sânelui asociate nașterii și tulburări de lactație* pentru a indica tulburările sânelui cu sau fără dificultăți de punere la sân.

Dificultățile de punere la sân pot fi asociate cu:

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

Alte cauze ale dificultății de punere la sân pot include practici culturale, probleme de etnicitate maternă, o cezariană recentă sau probleme neonatale (care sunt date mai jos). În aceste circumstanțe alocați Z39.1 *Îngrijiri și examinări acordate mamei care alăptează*.

Probleme neonatale cauzând dificultăți de punere la sân:

- Mai mulți copii.
- Refuz de îngrijire datorite problemelor cum ar fi icter fiziologic neonatal, tulburarea la mamă provocată de folosirea unor substanțe, efecte ale medicamentelor terapeutice sau analgezice.
- Malformații congenitale cum ar fi palatul ridicat sau buză crăpată.
- Defecte cromozomiale cum ar fi Trisomy 21.
- Un copil născut înainte de termen poate fi de asemenea motivul dificultății de punere la sân datorită oboselii și necesității unor suplimente sau adaosuri din cauza insuficienței laptelui de sân.

În înregistrarea neonatală, alocați codul adecvat pentru tulburările neonatale specifice documentate ca fiind responsabile pentru dificultățile de punere la sân, urmat de codul P92.- *Tulburări de alimentație ale nou-născutului*.

1539 SUPRIMAREA LACTAȚIEI

Suprimarea fiziologică a lactației (eșecul lactației) care se produce înainte de pornirea lactației ar trebui să i se aloce codul O92.3 *Agalactia*.

O92.5 *Suprimarea lactației* ar trebui să fie alocat pentru suprimarea terapeutică înainte sau după pornirea lactației. Aceasta poate fi efectuată pentru pacientele cu afecțiuni cum ar fi epilepsia, depresia maniacă sau atunci când medicația curentă contraindică alăptarea.

Notă: Suprimarea electivă (adică mama nu dorește să alăpteze) nu ar trebui să fie codificată.

1541-1547 VEZI PAG. 211-212

1548 AFECȚIUNI SAU COMPLICAȚII POSTPARTUM

În cazurile în care afecțiunile sau complicațiile postpartum, clasificabile la capitolul de obstetrică, ocazionalizează un episod de îngrijiri și **pacienta a născut înainte de internare** (de ex.: în spital sau acasă), un cod de la Z39.0- *Îngrijiri și examinări imediate după naștere* trebuie să fie alocat ca diagnostic adițional. Z39.0- nu trebuie niciodată să fie alocat ca diagnostic principal în asemenea cazuri (vezi ACS 1519 *Nașterea înainte de internare*, pag. 207).

EXEMPLUL 1:

Pacientă internată cu embolism pulmonar puerperal după ce a născut într-un alt spital cu o săptămână în urmă.

Diagnostic principal:	O88.2	<i>Embolia obstetricală prin cheag sangvin</i>
Diagnostic adițional:	Z39.01	<i>Îngrijiri postpartum după naștere în spital</i>

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

EXEMPLUL 2:

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

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

În cazurile în care o pacientă este tratată pentru afecțiuni sau complicații puerperale și **pacienta a născut în timpul unui episod de îngrijiri anterior codul Z39.0- *Îngrijiri și examinări imediate după naștere* trebuie să fie alocat** ca diagnostic adițional.

1549 INFECȚIE STREPTOCOCICĂ GRUP B/PURTĂTOR ÎN SARCINĂ

Infecțiile datorite grupului B de streptococi (GBS) la femeile însărcinate sunt rare. Deseori, un tampon vaginal în partea inferioară va identifica GBS, totuși, femeia nu va avea nici un simptom și este simplu o purtătoare de bacterii. În Australia prevalența purtătoarei vaginale de GBS a fost estimată la 12%–15%. Aproximativ 1%–2% din sugarii născuți din femeile purtătoare de GBS au un debut timpuriu al bolii cu streptococi grupa B (EOGBSD), aproximativ 6% dintre cazuri fiind fatale. Riscurile EOGBSD și moartea sunt în special ridicate la copiii născuți înainte de termen¹. Se poate da un tratament profilactic pentru a ne asigura că organismul nu a trecut la copil în timpul nașterii.

Clasificare

Aplicați următoarele reguli de codificare pentru pacientele obstetrice cu Streptococcus B:

Dacă nu este prescris un tratament profilactic, alocați:

Z22.3 *Purtător de alte boli bacteriene, specificate*

Dacă este prescris un tratament profilactic (de ex.: penicilină), alocați:

Z22.3 *Purtător de alte boli bacteriene, specificate*

și

Z29.2 *Alte măsuri de chimioterapie profilactică*

Dacă este documentată o infecție a tractului genito-urinar datorit Streptococcus B, alocați:

O23.9 *Infecții ale aparatului genito-urinar în timpul sarcinii, altele și nespecificate*

și

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

¹Connellan, M. și Wallace, E.U. (2000), *Prevention of perinatal group B streptococcal disease: screening practice in public hospitals in Victoria*. Med J Australia, 172: 317–320.

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Sarcina, Nașterea și Lăuzia.

16 UNELE AFECȚIUNI A CĂROR ORIGINE SE SITUEAZĂ ÎN PERIOADA PERINATALĂ

1602 VEZI MAI JOS

1605 DEFINIȚIA AFECȚIUNILOR A CĂROR ORIGINE SE SITUEAZĂ ÎN PERIOADA PERINATALĂ

Notați instrucțiunea de la începutul Capitolului XVI *Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală* în *ICD-10-AM Volumul 1* care confirmă că acest capitol include afecțiuni care își au originea în perioada perinatală, chiar dacă decesul sau morbiditatea se produc mai târziu.

Perioada perinatală este definită în Australia ca:

“Perioada începând de la 20 săptămâni complete (140 zile) de gestație și sfârșind la 28 de zile complete după naștere.”

(Comitetul Național privind Datele de Sănătate. (2001). Dicționarul Național privind Datele de Sănătate, Versiunea 10, AIHW)

Cele mai multe afecțiuni cu originea în perioada perinatală dispar în scurt timp după aceasta. Totuși unele pot persista de-a lungul vieții și ar trebui să fie clasificate la codurile din acest capitol indiferent de vârsta pacientei.

EXEMPLUL 1:

Adenocarcinom vaginal cu celule clare datorit expunerii intrauterine la DES (dietilstilbestrol). Pacienta este acum în vârstă de 25 ani.

Coduri: C52 *Neoplasm malign al vaginului*
 (M8310/3) *Adenocarcinom cu celule clare FAI*
 P04.1 *Făt și nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*
 Y42.5 *Alte estrogenice și progestative (cauzând efecte adverse în uz terapeutic)*
 Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-).

Este, de asemenea, important de notat că unele afecțiuni care se pot produce în perioada perinatală, cum ar fi bronșiolita, nu sunt cuprinse în categoriile de la Capitolul XVI. Când o astfel de afecțiune se produce în episodul de naștere, este acceptabil a se alocă un cod de la alte capitole din *ICD-10-AM* fără a alocă un cod de la Capitolul XVI.

EXEMPLUL 2:

Bronșiolita nou-născutului J21.9
Copil unic, născut în spital Z38.0

1602 COMPLICAȚII NEONATALE ALE DIABETULUI MATERN

Nou-născuții din mame diabetice dezvoltă uneori o scădere tranzitorie a zahărului din sânge, care se atribuie de obicei afecțiunii materne. Acest diagnostic, codul P70.1 *Sindromul copilului cu mamă diabetică* sau P70.0 *Sindromul copilului a cărui mamă are un diabet al sarcinii*, ar trebui să fie confirmat de rapoartele de laborator și clarificate cu clinicianul (vezi, de asemenea, [ACS 0401 Diabet Mellitus și intoleranța la glucoză](#), pag. 87).

1607 NOU-NĂSCUT/NEONATAL

Un nou-născut este o naștere vie care are vârsta mai mică de 28 de zile.

Perioada neonatală este definită în Australia ca:

“exact patru săptămâni sau 28 de zile complete, începând cu data nașterii (ziua 0) și sfârșind cu a 27-a zi completă. De exemplu, un sugar născut pe 1 octombrie rămâne un nou-născut până la completarea celor 4 săptămâni pe 28 octombrie și nu mai este nou-născut pe 29 octombrie.”

(Comitetul Național privind Datele de Sănătate. (2001). Dicționarul Național privind Datele de Sănătate, Versiunea 10, AIHW)

Notă: Din cauza diferențelor de politică statale pentru nou-născuți, codificatorii clinici ar trebui să se consulte cu autoritățile lor sanitare statale pentru ghidare. Totuși, aceste reguli importante ar trebui să fie aplicate dacă episoadele de îngrijire pentru nău-născut sunt codificate în statul/teritoriul dvs.:

1. Ar trebui să fie ordonat un diagnostic principal cu un cod de la *Z38 Copii născuți vii după locul nașterii* atunci când nou-născutul este foarte bine din punct de vedere al sănătății (incluzând acei sugari cărora li s-a efectuat o circumcizie). Această categorie include sugarii născuți:
 - a) în spital
 - b) în afara spitalului și internat imediat după naștere.

EXEMPLUL 1:

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

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

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

EXEMPLUL 2:

Nou-născut, născut în spital, cu hipoglicemie, naștere vaginală.

Coduri: P70.4 *Alte glicemii neonatale*
 Z38.0 *Copil unic, născut spital*

3. Codurile de la Z38 nu pot fi folosite când tratamentul este acordat la a doua sau următoarea internare.

EXEMPLUL 3:

Nou-născut de sex masculin, transferat de la Spitalul A după o operație cezariană electivă în segmentul inferior, la Spitalul B, ziua a doua, cu sindromul de detresă respiratorie și pneumotorax.

Coduri la spitalul A:	P22.0	<i>Sindromul de suferință respiratorie a nou-născutului</i>
	P25.1	<i>Pneumotorax survenind în perioada perinatală</i>
	Z38.0	<i>Copil unic, născut spital</i>
Coduri la spitalul B:	P22.0	<i>Sindromul de suferință respiratorie a nou-născutului</i>
	P25.1	<i>Pneumotorax survenind în perioada perinatală</i>

EXEMPLUL 4:

Nou-născut, reinternat în a șaptea zi de viață pentru circumcizie

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

1608 ADOPTIA

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

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

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

Pentru a putea alocă unul din aceste coduri, foaia clinică trebuie să conțină documentația problemei nou-născutului (efectul) și o notă prin care să se arate că a fost cauzat de către una dintre afecțiunile materne sau o complicație a sarcinii, travaliului sau nașterii. De aceea, vor fi întotdeauna *două* coduri: problema și cauza. Întotdeauna ordonați mai întâi codul problemei, urmat de codul cauzei, deci un cod de la P00–P04 nu va fi *niciodată* codul diagnosticului principal al nou-născutului.

Codurile de la P10–P15 *Traumatisme obstetricale* arată că a existat o traumă în timpul nașterii și, ca atare, pot avea un cod de la categoria P03 *Făt și nou-născut afectați de alte complicații ale travaliului și nașterii* alocat în plus. Totuși, cauza și efectul trebuie să fie documentate înainte de a alocă un cod P03.- .

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

- *nu* alocați un cod de la P00–P04 în foaia copilului;
- dacă această cauză maternă a necesitat mai multe servicii de îngrijiri decât este obișnuit pentru un nou-născut, poate fi adecvată alocarea Z76.2 *Alți copii sau nou-născuți sănătoși primind îngrijiri* (de exemplu, în cazul observării post-cezariene) sau Z03.7 *Punerea sub observație și evaluarea nou-născutului pentru afecțiune suspectată dar negăsită*.

Nu există limită de timp pentru folosirea codurilor de la P00-P04. De exemplu, o pacientă în vârstă de 25 ani, prezentând un adenocarcinom vaginal cu celule clare datorit expunerii intrauterine DES (diethylstilboestrol) ar primi codurile de cancer urmate de P04.1 *Făt și nou-născut afectați de alte medicamente absorbite de mamă*, (vezi, de asemenea, ACS 1605 *Definiția afecțiunilor care își au originea în perioada perinatală*, pag. 207).

EXEMPLUL 1:

Nou-născut unic cu leziune de scalp (necesitând sutură) ca rezultat al operației cezariene.

Coduri: P15.8 *Alte traumatisme specificate la naștere*
 P03.4 *Făt și nou-născut afectat de nașterea prin cezariană*
 Z38.0 *Copil unic, născut spital*

EXEMPLUL 2:

Nou-născut unic declarat a fi cu 'talie mică pentru vârsta gestațională' (SFD). Mama notată a fi hipertensivă. [Nici o relație între SFD și hipertensiunea documentate în foaie.]

Coduri: P05.1 *Talie mică pentru vârsta gestațională*
 Z38.0 *Copil unic, născut spital*

EXEMPLUL 3:

Nou-născut unic prin operație de cezariană, internat în secția de îngrijiri speciale pentru nou-născuți în vederea observației post-cezariene. [Nici o problemă documentată.]

Coduri: Z76.2 *Alți copii sau nou-născuți sănătoși primind îngrijiri*
 Z38.0 *Copil unic, născut spital*

1610 SINDROMUL MORȚII SUBITE LA SUGAR/EVENIMENT ACUT CARE AMENINȚĂ VIAȚA**Definiție**

Sindromul morții subite la sugar (SIDS) se referă la un sindrom al morții subite și neexplicabile a unui sugar sau copil mic. Este considerat în general a fi un diagnostic patologic (adică alte cauze sunt excluse din examinarea detaliată post-mortem).

Evenimentul acut care amenință viața (ALTE) se referă la un sindrom de compromis cardio-respirator acut, care de obicei necesită eforturi de resuscitare și pentru care nu este elucidată în mod clar nici o cauză. ALTE este terminologia preferată a ceea ce de obicei se numește 'la un pas de SIDS'. Relația dintre SIDS și ALTE este neclară.

Clasificare

1. Cele mai multe cazuri de SIDS se prezintă ca decese înainte de a ajunge (la spital) și, în consecință, nu ar necesita codificare pentru motivul internării.
2. În mod ocazional eforturile de resuscitare sunt inițiate dar copilul moare ulterior. Dacă rezultatele postmortem se confirmă, atunci alocați R95 *Sindromul morții subite la sugar*.
3. Rareori, SIDS poate complica o internare din alte motive. Dacă rezultatele postmortem se confirmă, atunci alocați R95 *Sindromul morții subite la sugar*.
4. În cazul unui ALTE aparent unde investigațiile ulterioare stabilesc o cauză de bază (incluzând diverse tulburări neurologice, gastrointestinale și respiratorii), ar trebui să fie codificată numai cauza de bază.
5. În cazul unui ALTE aparent unde investigațiile ulterioare nu stabilesc o cauză de bază, alocați R95 *Sindromul morții subite la sugar*.

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

Codul Z03.7 *Punerea sub observație și evaluarea nou-născutului pentru afecțiune suspectată dar negăsită* este un cod care se folosește în circumstanțe limitate în foile de observație ale nou-născuților, altfel sănătoși, dar suspecți de a avea un risc de afecțiune anormală. Aceasta necesită un studiu, dar după examinare și observare, se determină că nu există necesitatea unui alt tratament sau îngrijire medicală.

Un cod de la Z03.7 urmează să fie folosit ca diagnostic principal, exceptând atunci când diagnosticul principal necesită un cod de la categoria Z38 *Copii născuți vii, după locul nașterii*, în care caz Z03.7- urmează să fie numai un diagnostic adițional.

1613 SINDROM DE ASPIRAȚIE MASIVĂ**Definiție**

Sindromul de aspirație masivă se produce când fătul se sufocă în timp ce este în uter sau în canalul de naștere (post-maturitatea poate juca un rol important) și inhalează lichid amniotic, vaginal sau orofaringian, toate putând conține meconium. Pot fi prezente dispneea, tahipneea, șuerat și/sau apneea. În forme mai ușoare dispneea apare curând după naștere și durează 2–3 zile. În forme mai severe, sugarul este foarte bolnav și necesită îngrijiri intensive la nivel înalt iar această afecțiune poate fi fatală.

Terapia include aspirația tuturor urmelor de meconium din gură și naso-faringe imediat ce capul iese și apoi din faringe și trahee prin laringoscopie. Dacă este nevoie, se furnizează intubare și aspirație repetată, asistență ventilatorie și îngrijiri intensive generale. Vor fi necesare oxigen umidificat și antibiotice profilactice. Complicațiile includ pneumotoraxul și necesitatea asistenței ventilatorii cu presiune pozitivă.

Clasificare

Codurile de la categoria P24.- *Sindroame de aspirație în perioada neonatală* ar trebui să fie folosite numai în cazuri de 'sindrom de aspirație masivă' (P24.9 *Sindrom de aspirație în perioada neonatală, nespecificat*), 'sindromul de aspirație de meconium' (P24.0 *Aspirația de meconium în perioada neonatală*) etc, **ȘI** în cazurile în care o boală respiratorie semnificativă, indicată prin necesitatea de **oxigen suplimentar pentru o perioadă de cel puțin 24 de ore**.

Pentru afecțiunile cum ar fi 'sindromul de aspirație de meconium' sau 'sindromul de aspirație masivă' iar oxigenul suplimentar este necesar pentru **MAI PUȚIN DE 24 DE ORE**, codificați la P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului*.

TAHIPNEA TRANZITORIE A NOU-NASCUTULUI/ TAHIPNEA PASAGERA A NOU-NASCUTULUI (TTN)**Definiție**

TTN este un sindrom bine recunoscut al nou-născutului cu debut de la primile minute până la ore de la naștere. Este caracterizat prin tahipnee cu puțină creștere în efortul de respirație. Hipoxemia este deseori prezentă iar răspunsul la oxigen suplimentar este, de obicei, bun. Cu toate că se rezolvă în timp de 24 de ore, el poate persista pe mai multe zile. Nu ar trebui să existe vreo dovadă de sepsis sau de boală cardiacă. Radiografia pieptului arată o evidență a fluidului crescut în fisurile și interstițiul plămânilor. TTN este o afecțiune benignă fără sechele de lungă durată.

Unele dificultăți vor apare dacă meconiumul a fost prezent în lichid deoarece un diagnostic alternativ al sindromului de aspirație ar fi atunci plauzibil (P24.- *Sindroame de aspirație în perioada neonatală*) (referiți-vă la criteriile de mai sus pentru folosirea codului P24.-). Dacă dependența de oxigen se rezolvă în 24 de ore și el poate respira în cameră curând după aceea, atunci diagnosticul de TTN (P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului*) ar trebui să predomine.

Clasificare

Codul P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului* ar trebui să fie alocat acelor sugari al căror diagnostic este descris ca:

- tahipneea tranzitorie [a nou-născutului], (indiferent de durata terapiei cu oxigen), **sau**
 - sindromul de aspirație de meconium, **sau**
 - sindromul de aspirație masivă
- } unde terapia cu oxigen suplimentar este necesară pentru mai puțin de 24 de ore

Dacă afecțiunea este descrisă ca 'sindrom de aspirație de meconium' sau 'sindromul de aspirație masivă' și a fost necesară terapie cu oxigen suplimentar pentru **MAI MULT DE 24 DE ORE**, referiți-vă la liniile directoare de mai sus pentru 'sindromul de aspirație masivă'.

1614 SINDROMUL DE DETRESĂ RESPIRATORIE/BOALA MEMBRANEI HIALINE/DEFICIENȚA DE SURFACTANT**Definiție**

Sindromul detresei respiratorii sau boala membranei hialine este sinonim cu deficiența de surfactant și ar trebui să fie diagnosticată dacă sugarul are:

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

Sindromul detresei respiratorii este caracterizat de următoarele:

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

Istoricul natural al bolii membranei hialine este:

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

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

Aceasta este o boală care amenință viața și necesită în mod frecvent sprijin ventilator mecanic.

Clasificare

Codul pentru sindromul de detresă respiratorie a nou-născutului (P22.0 *Sindromul de detresă respiratorie a nou-născutului*) ar trebui să fie păstrat pentru a clasifica condiția:

- boala membranei hialine, **sau**
- sindromul de detresă respiratorie, **sau**
- deficiența de surfactant.

Detresa respiratorie nespecificată

Termenul de 'detresă respiratorie nespecificată' nu ar trebui să fie codificat ca atare, deoarece este considerat un simptom, nu un diagnostic. Alte informații privind un diagnostic definitiv ar trebui să fie căutate la clinician.

1615 INTERVENȚII SPECIFICE PENTRU NOU-NĂSCUTUL BOLNAV

Standardele de codificare enumerate mai jos se referă la intervențiile specifice pentru nou-născutul bolnav. Aceste standarde vor furniza date valoroase despre corp care vor ajuta îmbunătățirea clasificării AR–DRG a afecțiunilor neonatale.

Infuzie enterală

Infuzia enterală (92191-00 [1885] *Alimentare enterală cu substanțe nutritive*), altfel cunoscută sub numele de gavaj gastric sau hrănire prin tub, ar trebui să fie alocat **numai când se administrează de mai multe ori (> 1) în cadrul unui episod de îngrijiri.**

Notă: Acest cod nu ar trebui să fie folosit pentru procedurile de lavaj gastric.

Terapia cu oxigen

92044-00 [1889] *Alt tip de îmbogățire a aerului cu oxigen* ar trebui să fie alocat numai dacă terapia cu oxigen (via cort, mască de față, mască sau canulă) a fost efectuată pentru **mai mult de 4 ore**. Exemple de diagnostice care necesită terapie cu oxigen sunt 'tahipneea tranzitorie' (P22.1 *Tahipnee tranzitorie a nou-născutului*) sau 'alte probleme respiratorii după naștere' (P22.8 *Alte detrese respiratorii ale nou-născutului*).

Terapie parenterală cu fluid

92192-00 [1885] *Alimentare parenterală cu substanțe nutritive* și 92184-00 [1885] *Injectarea sau infuzia de electroliți* ar trebui să fie alocate când s-au folosit pentru monitorizarea carbohidraților, hidratării sau tulburărilor electrolitice. Exemple de diagnostice care pot necesita terapie cu fluid parenteral sunt 'hipoglicemia neonatală' (P70.- *Tulburări tranzitorii de metabolism ale carbohidraților specifice fătului și nou-născutului*) sau 'alte tulburări electrolitice tranzitorii neonatale' (P74.- *Alte tulburări electrolitice și metabolice tranzitorii ale nou-născutului*).

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

Antibiotice/anti-infecțioase parenterale

92186-00 [1885] *Injectarea unui antibiotic* și 92187-00 [1885] *Injectarea altui agent anti-infecțios* ar trebui să fie alocate **numai când sunt date pentru > 24 ore**. Exemple de diagnostice care pot necesita un asemenea tratament sunt 'infecție perinatală' (P39.8 *Alte infecții specifice precizate ale perioadei neonatale*) și 'sepsis neonatal' (P36.- *Infecția bacteriană a nou-născutului*).

Fototerapia

Un cod pentru fototerapia nou-născutului ar trebui să fie alocat numai când fototerapia susținută (> 12 ore) este furnizată pentru tratamentul icterului neonatal. Codul de procedură este 90677-00 [1611] *Alte proceduri tegumentare de fototerapie*.

Notă: Un cod de diagnostic pentru icterul nou-născutului **ar trebui să fie alocat când este furnizată o fototerapie de > 12 ore**.

Transfuzii

13706-01 [1893] *Transfuzia de sânge integral*
 13706-02 [1893] *Transfuzia de concentrat celular*
 92062-00 [1893] *Transfuzia de alt tip de ser (incluzând plasma sau albumina)*
 92063-00 [1893] *Transfuzia de înlocuitor de sânge (incluzând dextran, etc)*

Codurile de mai sus ar trebui să fie alocate când sunt efectuate pentru nou-născuți. (Vezi, de asemenea, ACS 0302 *Transfuzii de sânge*, pag. 84).

Exemple de diagnostice care pot necesita o transfuzie sunt:

Diagnosticile neonatale care pot cere transfuzii

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

Boala maternă/incapacitate de îngrijire

În cazurile în care un nou-născut necesită îngrijiri din cauza unei boli materne sau a 'incapacității de îngrijire', codul adecvat ar trebui să fie alocat numai dacă nou-născutul este **dependent exclusiv de îngrijiri pentru mai mult de 24 de ore (consecutive)**.

Asemenea cazuri ar include 'sugar pentru adopție' (Z02.8 *Alte examinări în scopuri administrative*) sau moartea mamei (P01.6 *Făt și nou-născut afectați prin decesul mamei*).

1616 ENCEFALOPATIE HIPOXICĂ ISCHEMICĂ (HIE)**Definiție**

Sindromul clinic este un proces encefalopatic care urmează unei leziuni hipoxico-ischemice perinatale semnificative. Encefalopatia este gradată clinic astfel:

Gradul 1 Hiperalertă, hipereflexie, pupile dilatate, tahicardie dar nu mișcări involuntare.

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

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

Clasificare

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

Orice asfixie obstetricală gravă coexistentă la naștere (P21.0 *Asfixia obstetricală gravă*) ar trebui să fie codificată dacă este documentată.

1617 SEPSIS NEONATAL /RISC DE SEPSIS

Sepsis neonatal poate fi definit ca o infecție bacteriană invazivă, care se produce în primele 28 de zile ale vieții. **Un debut timpuriu al infecției neonatale** este aparent clinic în cadrul primelor 6 ore de la naștere la peste 50% din cazuri; marea majoritate prezintă un debut în primele 72 de ore de viață. **Debut târziu al infecției neonatale** se prezintă de obicei după 4 zile de viață și include infecții dobândite nosocomiale.

Factorii de risc pentru infecția neonatală invazivă includ:

- travaliu înainte de termen
- ruptura prematură a membranelor
- semne ale infecției materne
- naștere multiplă cu întârzierea nașterii următorului(lor) copil(ii)
- ruptură prelungită de membrane
- purtător matern al infecției cu streptococi grupa B
- copil prematur cu boala invazivă cu streptococi grupa B

Nou-născuții care au unul sau mai mulți factori de risc dintre cei amintiți mai sus, dar fără simptome, pot avea un diagnostic de 'risc de sepsis' și pot fi tratați cu antibiotice profilactice sau pot fi ținuti în spital pentru alte observații.

Clasificare

Pentru acei nou-născuți care au o infecție specifică, cum ar fi sepsis neonatal, alocați codul de diagnostic adecvat împreună cu orice cod de intervenție asociat (ca în [ACS 1615](#) *Intervenții specifice pentru nou-născutul bolnav*, pag. 222). Un cod adițional de la categoria P00–P04 *Făt și nou-născut afectați de tulburări materne și de complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei* poate fi alocat dacă infecția este un rezultat al unei afecțiuni materne.

Pentru acei nou-născuți cu un diagnostic de 'risc de sepsis' și **fără o afecțiune documentată**, se aplică următoarele reguli:

Nou-născutul este numai observat iar tratamentul profilactic pentru infecție nu este inițiat, atunci alocați codul adecvat de la categoria Z03 *Punerea sub observație și evaluare medicală când este suspectată o boală*.

Dacă nou-născutul primește un tratament profilactic, alocați codul adecvat de la categoria Z29 *Necesitatea altor măsuri profilactice* împreună cu un cod de intervenție adecvat (ca în [ACS 1615](#) *Intervenții specifice pentru nou-născutul bolnav*, pag. 222).

1618 PREMATURITATE ȘI GREUTATE SCĂZUTĂ LA NAȘTERE

Greutatea la naștere și vârsta gestațională

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

Codurile P07.2- *Imaturitate extremă* și P07.3- *Alți copii născuți înainte de termen* se referă la cât de lungă este perioada de gestație (adică durata cât a stat fătul în uter) pentru sugar, nu cât de în vârstă este sugarul (sau care este vârsta lui în săptămâni).

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

Greutate scăzută la naștere

Un cod pentru greutate scăzută la naștere la o perioadă gestațională normală ar trebui să fie alocat numai în foaia sugarului când aceasta este documentată de către obstetrician/clinician/moașă și întrunește criteriile unui diagnostic adițional. Nu ar trebui să fie alocat de rutină pentru toți sugarii cu mai puțin de 2500gr la termen.

Codurile corecte pentru această afecțiune sunt P05.0 *Greutate mică pentru vârsta gestațională* sau P05.1 *Talie mică pentru vârsta gestațională*. Codurile de la P07 *Tulburări legate de perioada de gestație scurtă și greutate mica la naștere, neclasificate altundeva* sunt destinate folosirii acolo unde apare o greutate scăzută la naștere la un sugar prematur.

Prematuritate

Pentru episodul nașterii, diagnosticul principal va fi, în general, fie P07.2- *Imaturitate extremă* fie P07.3- *Alți copii născuți înainte de termen*.

Episoadele ulterioare de îngrijiri (urmând episodului nașterii) pentru tratamentul unei afecțiuni specifice ar trebui să aibă această afecțiune specifică codificată ca diagnostic principal. În aceste cazuri, codurile de la categoria P07 *Tulburări legate de perioada de gestație scurtă și greutate mica la naștere, neclasificate altundeva* pot fi alocate, de asemenea, dacă sunt întrunite criteriile din [ACS 0002](#) *Diagnosticice adiționale*.

Episoadele ulterioare unde prematuritatea este singurul motiv pentru internare (de ex.: spitalizare pentru monitorizare, câștigarea în greutate sau stabilirea hranei) ar trebui să aibă un cod de la P07 alocat ca diagnostic principal. Totuși, dacă copilul este în vârstă de > 28 zile și ≥ 2500gr la internare, alocați Z51.88 *Alte îngrijiri medicale, specificate* ca diagnostic principal și un cod de la P07 ca un diagnostic adițional.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Unele Afecțiuni a căror Origine se situează în Perioada Perinatală.

17 MALFORMAȚII CONGENITALE, DEFORMAȚII ȘI ANOMALII CROMOZOMIALE

(Acest capitol a fost lăsat intenționat în alb).

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

1802 SEMNE ȘI SIMPTOME

Cu toate că simptomele nu sunt codificate în general atunci când este determinat un diagnostic mai decisiv, există cazuri în care simptomele ar trebui să fie codificate. Notele de la începutul Capitolului XVIII din *ICD-10-AM* sunt ajutoare în determinarea alocării codurilor de la categoriile R00–R99, iar un fragment este reprodus aici:

“Afecțiunile și semnele și simptomele incluse la categoriile R00–R99 constau în:

- a) cazuri pentru care nici un diagnostic mai specific nu poate fi determinat chiar după ce au fost investigate toate faptele pe care se bazează cazul;
- b) semnele sau simptomele existente în momentul depistării inițiale care se dovedesc a fi tranzitorii și a căror cauză nu ar putea fi determinată;
- c) diagnostice temporare la un pacient care nu a mai revenit pentru alte investigații sau îngrijiri;
- d) cazuri trimise în altă parte pentru investigații sau tratament înainte de determinarea diagnosticului;
- e) cazuri în care un diagnostic mai precis nu a fost disponibil din oricare alt motiv;
- f) anumite simptome ce reprezintă probleme importante în îngrijirile medicale prin ele însele, pentru care sunt furnizate informații suplimentare.”

Acest ultim punct are o importanță specială din moment ce unele 'simptome' din cauza semnificației lor necesită codificare precum și cauza de bază.

1804 ATAXIA

Sunt multe tipuri de ataxie, de aceea codificatorii clinici ar trebui să ceară lămuriri clinice înainte de a alocă R27.0 *Ataxia, nespecificat*.

1805 ACOPIA

'Acopia' este un termen neadecvat, iar codificatorii clinici ar trebui să ceară lămuriri clinice pentru a stabili un diagnostic mai adecvat care să reflecte motivul pacienților pentru internare. 'Imobilitatea' și 'fragilitatea' fac parte din aceeași categorie și ar trebui de asemenea să fie discutate cu clinicianul respectiv.

1806 CĂDERI

R29.81 *Căderi* ar trebui să fie alocat numai în acele cazuri în care un pacient (de obicei în vârstnici) este internat din cauza căderilor cu o etiologie necunoscută și nu se găsește nici o cauză în timpul episodului de îngrijiri. Nu ar trebui să fie folosit în cazurile de traumă cunoscută asociată cu o cădere sau cu o afecțiune cunoscută medical care se consideră a fi cauza căderilor recurente, de exemplu, boala Parkinson.

1807 DIAGNOSTICE PRIVIND DUREREA ȘI PROCEDURI DE MONITORIZARE A DURERII

Durere acută

Când un pacient suferă de dureri postoperatorii sau durere direct asociată cu altă afecțiune, alocați numai codul (codurile) pentru care intervenția chirurgicală a fost efectuată sau afecțiunea (afecțiunile) care a provocat durerea. R52.0 *Durere acută* nu ar trebui să fie alocat niciodată în asemenea circumstanțe (vezi de asemenea ACS 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6 și ACS 1802 *Semne și simptome*, pag.229). R52.0 *Durere acută* poate fi alocat numai când nu există nici o documentație privind localizarea sau cauza durerii acute.

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

Procedurile de anestezie și analgezia pentru durerea acută pot să fie alocate dacă datele privind asemenea intervenții sunt necesare la nivelul spitalului (folosirea acestor coduri nu este obligatorie pentru raportarea datelor naționale de morbiditate). Exemplele de proceduri pentru durerea acută sunt:

[32]	<i>Injecția epidurală</i>
[33]	<i>Infuzare epidurală</i>
[34]	<i>Injecție caudală</i>
[35]	<i>Infuzare caudală</i>
[36]	<i>Injecție spinală</i>
[37]	<i>Infuzare spinală</i>
[39]	<i>Inserarea cateterului spinal, dispozitiv infuzare sau pompă</i>
[1909]–[1910]	<i>Anestezia</i>
[1912]	<i>Analgezie post-procedurală</i>

Durere cronică/ireductibilă

Durerea cronică ar trebui să fie ordonată ca diagnostic principal numai când un pacient este internat în mod special pentru monitorizarea durerii și nu este stabilit nici un diagnostic legat de aceasta. În mod obișnuit, asemenea pacienți vor fi internați la chirurgia de zi pentru o procedură de monitorizare a durerii, cum ar fi:

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

Localizarea durerii ar trebui să fie folosită pentru a atribui un cod de diagnostic principal. R52.1 *Durerea cronică ireductibilă* sau R52.2 *Altă durere cronică* ar trebui să fie alocate numai ca **diagnostic principal** când:

- localizarea durerii nu este specifică (vezi nota de excluderi de la categoria R52)

ȘI

- 'durerea cronică ireductibilă' sau 'durerea cronică' este documentată și întrunește criteriile definiției diagnosticului principal din ACS 0001 *Diagnostic principal*, pag. 6.

În toate celelalte cazuri în care durerea cronică este documentată, afecțiunea care a provocat durerea ar trebui să fie ordonată ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacient internat la chirurgia de zi pentru monitorizarea durerii de spate cronice ireductibile.
Pacientul a fost tratat cu injectarea anestezicului pentru analgezie.

Coduri: M54.5 *Dorsalgie joasă*
18286-01[65] *Injectarea agentului anestezic în jurul părții lombare a sistemului nervos simpatic*

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Pacient internat în spital pentru investigarea 'durerii cronice ireductibile'. Cauza și localizarea durerii nedeterminate în timpul episodului de îngrijiri.

Codificați: R52.1 *Durere cronică ireductibilă*

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Pacient internat cu cancer de plămâni se observă că suferă în timpul episodului de îngrijiri de durere severă de oase secundară metastazelor osoase. Pacientul primește morfină pentru controlul durerii.

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

1808 INCONTINENȚA

Incontinența este semnificativ clinică atunci când ea:

- nu este considerată clinic a fi normală fiziologic,
- nu este considerată clinic a fi normal dezvoltată, **sau**
- este persistentă la pacienții cu incapacitate sau retardare mentală semnificative.

Codurile de incontinență urinară și a materiilor fecale (R32 *Incontinență urinară nespecificată*, R15 *Incontinența materiilor fecale*) ar trebui să fie alocate numai când incontinența este prezentă la externare sau persistă cel puțin 7 zile.

1809 CONVULSII FEBRILE

Definiție

Convulsiile febrile (atacurile febrile) se produc mai întâi la copiii în vârste începând de la 6 luni la 7 ani, în asociere cu febra și în general fără evidența unei infecții intracraniene sau altei cauze definite. Este important de notat că aceste convulsii febrile nu se produc la adulți, iar dacă un diagnostic de convulsii febrile este raportat la pacienții care nu întrunesc criteriile de vârstă pentru acest standard, ar trebui să fie consultat clinicianul pentru clarificări.

Convulsiile febrile simple sau benigne sunt definite clinic ca fiind scurte (mai puțin de 15 minute ca durată), solitare și generalizate.

Convulsiile febrile care nu sunt simple sau sunt complicate sunt definite clinic ca fiind fie de natură focală, având o durată de 15 minute sau mai mult, cu semne focal neurologice asociate, fie este posibil să revină de două sau mai multe ori în mai puțin de 24 de ore.

Majoritatea convulsiilor febrile sunt simple și aceste convulsii nu necesită un tratament altul decât observarea. Tratamentul pentru convulsiile care nu sunt simple implică inserarea unei canule intravenos, administrarea de medicamente pentru oprirea atacurilor, și ocazional va include ventilarea mecanică (din cauza apneei induse medicamentos sau continuării atacurilor). Totuși, toate convulsiile febrile sunt alarmante și este întotdeauna necesar de a înlătura orice cauză de bază, cum ar fi epilepsia, encefalita, hemoragia intracerebrală, gastroenterita, otita medie, septicemia, pneumonia sau meningita.

Codificatorii clinici ar trebui să fie atenți la terminologia variată asociată cu convulsiile febrile. Termenul 'atac febril' este sinonim cu convulsiile febrile. Un 'acces', *unde acces este asociat cu febra (pirexia)*, este de asemenea sinonim cu convulsiile febrile.

Clasificare

Distincția dintre convulsiile febrile simple (benigne) și care nu sunt simple (complicate) nu are nici o putere asupra clasificării acestora și este furnizată pentru ca cei care codifică să fie atenți la semnificația entității clinice a convulsiilor febrile.

R56.0 *Convulsii febrile* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal în cazurile convulsiilor febrile (simple sau complicate) acolo unde nu este documentată nici o cauză de bază.

Unde cauza de bază este documentată, convenția diagnosticului principal ar trebui să fie urmată (vezi [ACS 0001 Diagnosticul principal](#), pag. 6).¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Simptome, Semne și Rezultate Anormale Clinice și de Laborator, Neclasificate Altundeva.

19 LEZIUNI TRAUMATICE, OTRĂVIRI ȘI ALTE CONSECINȚE ALE CAUZELOR EXTERNE

1901 OTRĂVIRE

Definiție

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

Clasificare

Otrăvirea este clasificată la categoriile T36–T50 *Otrăviri prin droguri, medicamente și substanțe biologice*. Aceste coduri descriu tipul de medicamente care au fost cauza otrăvirii.

Împreună cu codul pentru otrăvire, ar trebui alocat un cod de diagnostic adițional pentru a indica orice manifestare semnificativă (de ex.: coma, aritmia). Excepția de la regulă o constituie supradoza de insulină, unde codul E1–.64 (**Diabet mellitus cu hipoglicemie*) este ordonat primul și codul pentru otrăvire (T38.3 *Insulina și hipoglicemiante orale [antidiabetice]*) este ordonat ca diagnostic adițional (vezi [ACS 0401 Diabet mellitus și intoleranța la glucoză](#), apg. 87).

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Coma datorită supradozei de Codeină

Coduri: T40.2 *Otrăvirea prin narcotice și psihodisleptice [halucinogene], alte opiacee*
R40.2 *Coma, nespecificată*

1902 EFECTE ADVERSE ALE MEDICAMENTELOR

Definiție

Efectele adverse ale substanțelor administrate corect includ reacții alergice, hipersensibilitate, reacție idiosincritică, interacțiuni ale medicamentelor (când fiecare este substanța administrată corect) și **situații similare** care implică mai întâi folosirea corectă a medicamentelor.

Clasificare

Efectele adverse ale substanțelor administrate corect sunt clasificate după natura efectului advers. Codul cauzei externe trebuie să fie alocat pentru a indica medicamentul sau agentul medicamentos care provoacă efectul advers.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Gastrită datorită Aspirinei luată conform prescripției

Coduri: K29.7 *Gastrită, nespecificată*
Y45.1 *Salicilați provocând efecte adverse în folosire terapeutică*
Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-).

Dacă manifestarea reacției adverse la medicament este nespecificată, alocați codul T88.7 *Efect advers nespecificat al unui drog sau medicament*.

1903 DOUĂ SAU MAI MULTE MEDICAMENTE LUATE ÎN COMBINAȚIE**Medicație combinată cu alcool**

O reacție adversă a unui medicament luat în combinație cu alcool ar trebui să fie codificată ca otrăvire cu ambii agenți.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Depresie severă a centrului respirator datorit Seconalului luat în combinație cu alcool (accidental)

Coduri: T42.3 *Otrăvirea cu medicamente antiepileptice, sedativ hipnotic și de antiparkinsonism, barbiturice*
 G93.8 *Alte tulburări specificate ale creierului*
 T51.0 *Efectul toxic al alcoolului, etanol*
 X41 *Intoxicații accidentale prin sau expunere la antiepileptice, sedative, hipnotice, antiparkinsoniene și psihotrope, neclasificate altundeva*
 X45 *Intoxicații accidentale prin expunere la alcool*
 Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) și un cod de activitate (U73.-).

Notă: Ordonarea codurilor de cauză externă poate varia de la stat la stat.

Medicament prescris luat în combinație cu un medicament neprescris

O reacție adversă care se produce din cauza combinației dintre un medicament prescris și unul neprescris ar trebui să fie codificată ca otrăvire prin ambii agenți.

EXEMPLUL 2:

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

Coduri: T45.5 *Intoxicație prin anticoagulante*
 K92.0 *Hematemeză*
 T39.0 *Intoxicație prin salicilați*
 X44 *Intoxicații accidentale prin și la expunere la alte medicamente și substanțe biologice nespecificate*
 X40 *Intoxicații accidentale prin sau la expunere la analgezice neopioace, antipiretice și antigripale*
 Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-) și un cod de activitate (U73.-).

Două sau mai multe medicamente prescrise luate în combinație

Dacă o reacție adversă se produce din cauza combinației a două sau mai multe medicamente prescrise, ambii agenți sunt codificați ca reacții adverse ale substanțelor corect administrate.

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Comă datorită antihistaminelor și barbituricelor luate în combinație (fiecare prescris)

Coduri: R40.2 *Comă, nespecificată*
 Y43.0 *Reacție adversă la medicamente anti-alergice și anti-emetice*
 Y47.0 *Reacție adversă la barbiturice, neclasificate altundeva*
 Un cod adecvat al locului de producere (Y92.-)

Notă: Dacă medicamentul specific nu este indexat în *ICD-10-AM*, folosiți codul pentru tipul medicamentului (de ex.: anti-alergice).

1904 COMPLICAȚII PROCEDURALE

Definiție

Complicația procedurală

În sensul său cel mai larg, o 'complicație' poate:

- fi strâns legată de procesul bolii
- rezultă din lipsa unei intervenții (de ex.: eșecul în tratamentul unei afecțiuni)
- fi legată de interacțiunea complexă dintre procesul bolii și intervenție
- **fi direct legată de o intervenție** (de ex.: proceduri (ne)invazive, de chirurgie, de anestezie, medicație)

Având în vedere scopurile acestui standard de codificare, o complicație procedurală este definită ca:

O afecțiune sau leziune care este asociată mai degrabă unei intervenții chirurgicale/procedurale decât procesului bolii pacientului.

Exemple de complicații procedurale

Exemple de complicații procedurale care pot fi asociate diferitelor tipuri de proceduri sunt infecția, dehiscenta plăgii și leziunea chirurgicală.

Complicațiile procedurale se pot produce:

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

Terminologia privind documentația și indexul

O complicație care se produce în perioada post-procedurală, și este documentată folosind o terminologia cum ar fi 'postoperator', poate să nu se încadreze în definiția complicației procedurale (de mai sus) și nu este deci codificată ca o *complicație procedurală*.

În acest standard termenul 'postprocedural' se poate referi la un eveniment care se produce după o procedură neinvazivă, procedură invazivă, anestezie sau chirurgie.

Termenul 'Postprocedural' apare numai în index atunci când afecțiunea la care este asociat se încadrează în definiția complicației procedurale (mai sus). În scopul codificării complicațiile sunt împărțite în:

Accident

Un accident este definit ca un eveniment advers care se produce ÎN TIMPUL îngrijirilor medicale sau chirurgicale. El poate fi observat în momentul procedurii, de exemplu, în timpul inventarierii chirurgicale postoperatorii lipsește un burete, iar plaga trebuie să fie re-deschisă. Pe de altă parte, evenimentul care s-a produs în timpul intervenției chirurgicale poate să nu fie observat până la terminarea respectivei intervenții. De exemplu, un pacient nu se poate recupera după așteptări în urma unei intervenții chirurgicale abdominale și la laparotomie se decoperă și se coase pe muchie o mică leziune accidentală a intestinului (înțepătură accidentală în timpul procedurii inițiale).

Ambele exemple întrunesc definiția accidentului. Un accident se poate produce fără nici o reacție adversă din partea pacientului. De exemplu, o mică leziune accidentală a unui organ învecinat poate fi reparată în momentul producerii ei fără ca pacientul să sufere vreo consecință adversă.

Complicație timpurie

O complicație timpurie este aceea care se produce la < 29 zile după procedură și nu este evidentă în momentul efectuării procedurii.

Complicație târzie

O complicație târzie este aceea care se produce sau persistă > 28 zile după procedură. În unele cazuri, poate exista o complicație 'funcțională', de ex.: hipotiroidism postprocedural. Aceste complicații pot persista mulți ani după procedură.

Sechele

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

Afecțiunea postprocedurală tranzitorie

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

Exemplele de asemenea afecțiuni sunt:

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

Clasificare**Clasificarea afecțiunilor tranzitorii**

Afecțiunile tranzitorii nu ar trebui să fie codificate drept complicații postprocedurale când se produc în perioada postprocedurală, dacă ele nu sunt prezente la externare sau persistă postprocedural timp de 7 zile sau există documentația efectuată de clinician prin care se confirmă afecțiunea ca fiind o complicație a unei proceduri. Dacă nu se poate determina că afecțiunea este tranzitorie sau persistentă, atunci afecțiunea nu ar trebui să fie codificată ca o complicație postprocedurală. Totuși, ea poate încă să primească un cod dacă întrunește criteriile unui diagnostic adițional (după cum se arată în [ACS 0002 Diagnostic adiționale](#), pag. 9).

Notă: Codurile de proceduri din *ICD-10-AM* nu sunt incluse în exemplele din acest standard.

EXEMPLUL 1:

Repararea electivă a anevrismului aortic abdominal. Intervenția chirurgicală a decurs aproape în limite normale. S-a dezvoltat oliguria în perioada postoperatorie, dar aceasta a răspuns la fluide, iar nivelul creatininei a rămas în limite normale. Pacientul a fost externat în stare bună la 8 zile după intervenție.

Coduri: I71.4 *Anevrișm aortic abdominal, fără mențiunea rupturii*
R34 *Anuria și oliguria*

EXEMPLUL 2:

Excizia electivă a neuromului acustic prin abord suboccipital. Pacientul s-a plâns de dureri de cap în perioada postoperatorie, fiind tratat cu analgezice. Controlul durerii de cap a continuat să fie o problemă în perioada spitalizării, necesitând încă alinarea durerii din 4 în 4 ore până la externare.

Coduri: D33.3 *Neoplasm benign al nervilor cranieni*
M9560/0 *Neurinom nespecificat altminteri*
T81.8 *Alte complicații ale unui act medical de diagnostic și tratament, neclasificate altundeva*
R51 *Cefalee*
Y83.8 *Alte acte medicale*
Y92.22 *Domeniul serviciului de sănătate*

Clasificarea accidentelor**Cod de diagnostic**

Când nu se produce nici o reacție adversă, accidentul se clasifică cu:

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

EXEMPLUL 3:

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

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

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

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

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

EXEMPLUL 4:

Colonoscopia și cauterizarea polipi colonici. În timpul procedurii peretele colonului a fost perforat, iar pacientul a dezvoltat o peritonită acută.

Coduri: K63.5- *Polip al colonului*
 T81.2 *Perforația și lacerarea accidentală în cursul unui act medical de diagnostic și tratament, neclasificate altundeva*
 K65.0 *Peritonită acută*
 Y60.4 *Tăiere, înțepare, perforare sau hemoragie accidentală în cursul actelor medicale și chirurgicale în cursul unei examinări endoscopice*
 Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

Codul cauzei externe

Când se alocă un cod pentru cauza externă a accidentului, ar trebui să fie dat un cod de la blocul Y60–Y69 *Accidente și complicații în cursul actelor medicale și chirurgicale* atunci când accidentul se produce din cauza unei intervenții umane în timpul unei proceduri.

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

EXEMPLUL 5:

Pacient cu sindromul de boală sinusală internat pentru inserarea unui pacemaker permanent cu cameră duală cu inserarea transvenoasă a electrozilor. Testarea pacemaker-ului în timpul procedurii relevă o problemă cu generatorul de puls care nu poate fi corectată prin reprogramare. Generatorul de puls este înlocuit fără alt incident.

Coduri:	I49.5	<i>Sindromul de boală sinusală</i>
	T82.1	<i>Complicația mecanică a unui aparat electronic cardiac</i>
	Y71.2	<i>Aparate cardio-vasculare asociate accidentelor, prosteze și alte implanturi, materiale și aparate accesorii</i>
	Y92.22	<i>Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate</i>

EXEMPLUL 6:

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

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

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

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

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

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

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

Codul cauzei externe

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

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

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

- plagă
- - postprocedural neclasificat altundeva T81.4

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

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

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

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

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

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

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

Clasificarea sechelelor complicațiilor îngrijirilor chirurgicale

Codificarea sechelelor complicațiilor îngrijirilor chirurgicale necesită cel puțin patru coduri:

- afecțiunea sau natura reziduală a sechelei (afecțiunea curentă)
- T98.3 *Sechelele complicațiilor îngrijirilor chirurgicale și medicale, neclasificate altundeva*
- Y88.- *Acte medicale și chirurgicale considerate cauză externă a sechelelor*
- Y92.22 *Locul producerii, domeniul serviciului de sănătate*

EXEMPLUL 10:

Osteomielite cronică a piciorului stâng ca rezultat al unei infecții anterioare produsă de un aparat ortopedic cu fixare internă

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

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

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

EXEMPLUL 1:

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

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

Pierderea cunoștinței

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

Comoția și 'leziunea capului'

Codul S06.00 *Comoție* ar trebui să fie alocat numai dacă a fost raportată 'comoția' de către un medic fără altă descriere sau clarificare a stării de cunoștință. 'Leziunea capului' și 'Leziunea închisă a capului' nu sunt diagnostice specifice, iar codificatorii clinici ar trebui să verifice înregistrarea pentru un diagnostic mai specific. Fără altă clarificare a acestor diagnostice, ar trebui să fie alocat următorul cod:

S09.9 *Leziune traumatică a capului, nespecificată*

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

EXEMPLUL 2:

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

Cod:	S06.03	<i>Pierdere a cunoștinței de durată moderată [de la 30 minute la 24 ore]</i>
------	--------	--

EXEMPLUL 3:

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

Coduri:	S06.23	<i>Hematoame multiple intracerebrale și cerebelare</i>
	S06.03	<i>Pierdere a cunoștinței cu durată moderată [de la 30 minute la 24 ore]</i>
Vezi blocul	[1952]	<i>Tomografie computerizată a creierului</i>

Coma neasociată leziunii capului

Folosiți următoarele coduri de simptome acolo unde **nici o leziune a capului nu** este documentată:

R40.0	<i>Somnolența</i>
R40.1	<i>Stupoarea</i>
R40.2	<i>Coma, nespecificată</i>

EXEMPLUL 4:

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

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

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

1906 LEZIUNI CURENTE ȘI VECHI**Definiție**

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

Leziunea veche – o leziune care a fost reparată. Totuși, după reparare, funcționalitatea a eșuat să se producă, și astfel se cere continuarea tratamentului. Urmați regula efectelor târzii în [ACS 1912 Sechele ale leziunilor, otrăvirilor, efectelor toxice și altor cauze externe](#), pag. 248.

1907 LEZIUNI MULTIPLE**Clasificare**

Leziunile ar trebui să fie codificate la locul/tipul individual ori de câte ori este posibil.

Categoriile combinate de leziuni multiple T00–T07 (*Leziuni traumatice ale corpului cu localizări multiple*) și codurile alocate în mod obișnuit cu al patrulea caracter '.7', urmează să fie folosite numai acolo unde numărul leziunilor de codificat depășește numărul maxim de câmpuri pentru codurile de diagnostice disponibile. În aceste cazuri, folosiți coduri pentru locul/tipul individual pentru leziunile semnificative și categoriile multiple pentru a codifica leziunile mai puțin severe (de ex.: leziuni superficiale cu multiple localizări, plăgi deschise cu multiple localizări și deformate). Aceasta va asigura faptul că toate afecțiunile semnificative sunt justificate și faptul că natura exactă a leziunii este reflectată în coduri.

(*Vezi, de asemenea, ACS 0027 Codificare multiplă*, pag. 18).

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Contuzie cerebrală focală, amputație traumatică a urechii, pierderea cunoștinței, contuzia feței, gâtului și umărului și laceratii ale obrazului și coapsei.

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

În acest exemplu, S09.7 *Leziuni traumatice multiple ale capului* și T01.8 *Plăgi deschise cu alte localizări asociate ale corpului* **nu** ar fi alocate, deoarece codurile individuale ar trebui să fie alocate ori de câte ori este posibil.

Ordonarea leziunilor multiple

În cazul leziunilor multiple specificate, selectați ca diagnostic principal afecțiunea care prezintă cea mai serioasă amenințare pentru viață. Dacă cea mai serioasă afecțiune nu este identificată în foaia clinică, atunci clarificarea se va face împreună cu clinicianul.

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

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

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

Plagă deschisă cu vătămarea arterei și nervului

Factorul precumpănitor într-o leziune vasculară este potențialul pierderii membrului sau compromiterea lui. În aceste situații, acolo unde se poate produce vătămarea arterială împreună cu cea a nervului, ar trebui să se acorde prioritate ordonării mai întâi a vătămării arteriale, urmată de vătămarea nervului, apoi urmată de laceratie. Unde nu există nici un potențial pentru pierderea membrului, dar s-au produs atât vătămarea nervului, cât și cea a arterei, clinicianul ar trebui să fie consultat pentru ordonarea corectă.

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

În cazurile de abuz, în care documentarea confirmă că leziunea(le) s-au produs ca rezultat al neglijării și/ori maltratare, leziunea specifică (de ex.: fractura brațului) ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal. Un cod pentru cauza externă ar trebui să fie, de asemenea, alocat pentru a descrie mecanismul leziunii(ilor).

Acolo unde o afecțiune fizică, alta decât o leziune, a rezultat din neglijare sau maltratare, afecțiunea specifică (de ex.: proasta îngrijire) ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal. Alocați un cod pentru diagnostic adițional de la categoria T74.- *Sindroame datorite unor maltratări*. Un cod pentru cauza externă de la Y06 *Neglijarea și abandonul* sau Y07 *Alte sindroame datorite unor maltratări* ar trebui să fie alocat ca adecvat.

EXEMPLUL 1:

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

Coduri: E46 *Malnutriția proteino-energetică nespecificată*
 T74.8 *Alte sindroame datorite maltratării*
 Y06.02 *Neglijarea și abandonul, alți membri ai familiei*
 Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-) și un cod de activitate (U73.-).

În cazurile internărilor pentru abuz suspectat asupra unui adult/copil sau 'copil cu risc' unde nu sunt leziuni curente sau afecțiuni legate de o maltratare documentată, un cod de la categoria T74 *Sindroame datorite unor maltratări* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Copil suspectat ca fiind abuzat fizic de părinte. Nu există leziuni sau afecțiuni legate de abuzul aparent.

Coduri: T74.1 *Abuzul fizic*
 Y07.01 *Alte sindroame datorite unor maltratări, de către părinte*
 Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-) și un cod de activitate (U73.-).

Istoricul abuzului

Din cauza naturii sensibile a acestei probleme, codurile pentru istoricul personal ar trebui să fie alocate numai când sunt sprijinite de documentația din foaia clinică și sunt relevante în mod direct pentru episodul de îngrijiri.

Atunci când istoricul abuzului este documentat fără altă calificare, ar trebui alocat codul Z91.8 *Istoric personal legat de alti factori de risc specificați, neclasificați altundeva*. Totuși, dacă istoricul de abuz este documentat ca fiind de natură sexuală ori fizică, producându-se în copilărie, istoricul este codificat după cum urmează:

Istoric personal de abuz sexual produs în copilărie

Z61.8 *Alte evenimente legate de o copilărie nefericită* ar trebui să fie alocat pentru o documentare cum ar fi 'istoric de abuz sexual' nespecificat altminteri. Dacă autorul abuzului sexual este cunoscut, alocăți Z61.4 *Dificultăți legate de un pretins abuz sexual asupra copilului de către o persoană din anturajul lui imediat* sau Z61.5 *Dificultăți legate de un pretins abuz sexual asupra copilului de către o persoană străină de anturajul lui imediat*, ca adecvat.

Istoric personal de abuz fizic produs în copilărie

Codul Z61.6 *Dificultăți legate de o pretinsă maltratare fizică a unui copil* ar trebui să fie alocat.

Consilierea persoanele afectate de abuz, altele decât victima

Atunci când internarea se face pentru consiliere/sfătuire sau tratament pentru persoanele afectate de abuzul copilului, altele decât victima, alocăți Z61.6 *Dificultăți legate de o pretinsă maltratare fizică a unui copil*.

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

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

1910 LEZIUNEA PIELII

Clasificare

Clarificarea cu clinicianul este necesară pentru afecțiunile raportate ca 'leziunea pielii', din moment ce nu este clar din această descriere dacă leziunea pielii are legătură cu o plagă curentă deschisă sau cu sechela unei plăgi deschise.

1911 ARSURI

Definiție

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

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

Clasificare

Heliodermita este codificată la:

L55.0 *Arsură de soare, eritem (Gradul I ICD-10)*

L55.1 *Arsură de soare, profunzime parțială (Gradul II ICD-10)*

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

Ordonare

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

Dacă există multiple arsuri pe **aceiași profunzime a pielii**, atunci locul cu cea mai gravă BSA ar trebui să fie ordonat primul.

Arsurile care cer grefe vor fi ordonate înaintea celor care nu cer grefe.

Coduri de localizare

Arsurile ar trebui să fie codificate la localizările individuale ori de câte ori este posibil.

De exemplu, arsură profundă parțială a pielii peretelui abdominal și perineumului vor fi codificate la :

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

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

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

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

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

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

Arsuri și leziuni multiple

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

Suprafața corpului (BSA)

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

Codul T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeței corpului* trebuie să aibă întotdeauna cinci caractere. Al cincilea caracter al lui '0' indică existența a mai puțin de 10% arsură profundă adâncă sau acolo **unde componenta arsurii profunde adânci nu este specificată**. Al patrulea caracter reprezintă totalul tuturor procentelor zonelor individuale ale suprafeței corpului. Informațiile BSA ar trebui să fie furnizate de către personalul clinic pe diagrama arsurilor.

Arsuri datorite inhalării

Orice componentă a leziunii datorită inhalării ar trebui să fie codificată la categoria T27 *Arsuri și corозиuni ale căilor respiratorii*. Codul T31 *Arsuri clasate după întinderea lezată a suprafeței corpului* nu poate fi folosit cu codurile de la categoriile T27 *Arsuri și corозиuni ale căilor respiratorii* și T28 *Arsuri și corозиuni ale altor organe interne* dacă nu sunt prezente, de asemenea, arsuri ale suprafeței corpului.

Codurile de la categoria T27–T28 nu ar fi în mod normal ordonate ca diagnostic principal dacă sunt prezente arsuri externe, dacă clinicianul nu a documentat clar faptul că arsura(ile) datorite inhalării a fost cel mai semnificativ diagnostic.

Pansarea arsurilor

Pansarea arsurilor este codificată numai atunci când se efectuează sub anestezie (vezi [ACS 0042 Proceduri anormal codificate](#), pag. 46). Numai un cod ar trebui să fie alocat pentru pansamentele multiple ale arsurilor efectuate în timpul unui singur episod operator. Dacă pacientul cu arsuri a fost pansat în localizări multiple, alocați codul care reflectă suprafața totală pansată a corpului (vezi [blocul \[1600\] Pansamentul arsurilor](#)).

Internare pentru schimbarea pansamentului arsurilor

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

Reinternarea pentru tratarea arsurilor

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

Codificarea infecțiilor la pacienții arși

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

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

Definiție

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

EXEMPLUL 1:

Strictura esofagiană datorită ingestiei anterioare de acid hidrocloric.

Clasificare

Nu există limită de timp atunci când se poate folosi un cod de sechelă. Afecțiunea reziduală poate fi aparentă urmând imediat fazei acute, așa cum ar fi corpuri libere într-o încheietură datorită unei fracturi anterioare, sau se poate produce luni sau ani mai târziu, cum ar fi cicatrizarea datorită unei lacerări anterioare a tendonului.

O sechelă a unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau a altei cauze externe poate fi documentată în unul din următoarele moduri:

- târziu (efect de)
- vechi
- sechela de
- datorită unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau altei cauze externe anterioare, care s-a produs într-un episod de îngrijiri anterior
- urmând unei leziuni, otrăviri, efect toxic sau altei cauze externe anterioare, care s-a produs într-un episod de îngrijiri anterior

În cazul în care cauza de bază **nu mai este curentă**, nu se alocă un cod pentru o leziune acută, otrăvire, efect toxic sau altă cauză externă.

EXEMPLUL 2:

O internare pentru repararea tendonului, după lacerarea tendonului degetului care s-a produs cu două săptămâni în urmă, nu este o sechelă din moment ce lacerarea este încă prezentă și tratată.

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

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

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

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Fractură de radius rău consolidată cauzată de căderea de pe scară, acasă, în timp ce zugrăvea casa.

Coduri: M84.03 *Fractura rău consolidată, antebraț*
 T92.1 *Sechelele unei fracturi a brațului*
 Y86 *Sechele ale altor accidente*
 Un cod adecvat pentru locul producerii (Y92.-)

Codurile pentru diagnosticul de sechelă a leziunii sunt:

- T90.- *Sechele ca urmare a leziunilor capului*
- T91.- *Sechele ca urmare a leziunilor gâtului și trunchiului*
- T92.- *Sechele ca urmare a leziunilor membrului superior*
- T93.- *Sechele ca urmare a leziunilor membrului inferior*
- T94.- *Sechele ca urmare a leziunilor cu localizări multiple ale corpului și neprecizate*
- T95.- *Sechele ale arsurilor, corозиunilor, degerăturilor*
- T96 *Sechele ale intoxicațiilor prin medicamente și substanțe biologice*
- T97 *Sechele ca urmare a efectelor toxice ale substanțelor de origine în special nemedicamentoasă*
- T98.- *Sechele ca urmare a cauzelor externe, alte și nespecificate*

Codurile pentru cauza externă a sechelei sunt:

- Y85.- *Sechelele unui accident de transport*
- Y86 *Sechelele altor accidente*
- Y87.- *Sechelele unei auto-lezări, unei agresiuni sau unui eveniment neintenționat*
- Y88.- *Acte medicale și chirurgicale considerate cauză externă a sechelelor*
- Y89.- *Sechelele altor cauze externe*

Continuarea tratamentului unei leziuni (de ex.: îndepărtarea unui cui ortopedic) nu trebuie să fie privită ca o sechelă a leziunii inițiale. Aceste cazuri ar trebui să fie alocate la un cod Z adecvat care să descrie necesitatea unei tratări viitoare (de ex.: Z47.0 *Îngrijire de control implicând îndepărtarea unei plăci sau a altor prosteze interne de fixație*) cu un cod adecvat pentru procedură.

1913 INFECȚIA PLĂGII DOBÂNDITĂ ÎN SPITAL

Definiție

Infecția prezentă într-o rană care este supusă unei intervenții chirurgicale este una din care se drenează sau se obține material purulent. O reacție produsă în jurul materialului de sutură este exclusă din definiție și nu ar trebui să fie codificată ca infecție de spital.

Clasificare

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

1914 PLAGA DEZGOLITĂ

Definiție

O plagă dezgolită este îndepărtarea pielii și țesutului subcutanat din fascia legată de traumă. Aceasta poate fi completă sau incompletă.

Tipul complet implică lamboul pielii iar țesutul subcutanat este complet îndepărtat sau atârână de niște fire ca de ață, astfel că țesutul, fiind neviabil, este excizat.

Tipul incomplet implică faptul că lamboul rămâne atașat de un pedicul de o dimensiune semnificativă, astfel încât tot lamboul sau o parte din acesta este viabil. În funcție de viabilitate, lamboul poate necesita excizia țesutului ischemic.

O plagă dezgolită închisă se poate produce când pielea devitalizată se desprinde la câteva zile după accident. Un exemplu ar fi atunci când degetul unei persoane poate suferi o leziune prin sfărâmare, vătămând grav vasele de sânge ale degetului când peste mână a trecut un autobuz. În timp ce mecanismul este același, nu există nici o asociere cu plaga externă.

Clasificare**Plagă dezgolită complet:**

Alocați un cod pentru 'locul plăgii deschise'.

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

Alocați un cod pentru excizia țesutului, dacă este efectuată.

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

Plagă dezgolită incomplet:

Alocați un cod pentru 'locul plăgii deschise'.

Alocați un cod pentru excizia țesutului, dacă este efectuată.

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

Plagă dezgolită închisă:

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

Nu alocați un cod pentru plaga deschisă.

Alocați un cod pentru excizia țesutului, dacă este efectuată.

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

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

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

Paraplegia

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

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

Cvadriplegia

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

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

Tip de rănire a măduvei spinării

Tipul de rănire a măduvei spinării ar trebui să fie primul cod alocat la leziunea măduvei spinării (de ex.: rănire completă sau incompletă). Următoarele definiții ar trebui să fie notate:

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

Rănirea incompletă se referă la situațiile în care poate fi păstrată o funcție (de ex.: unele senzații sau mișcarea mai jos de leziune) și poate fi factor potențial al recuperării parțiale sau complete.

Nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării

Segmentele măduvei spinării nu corespund funcțional structurii anatomice a coloanei vertebrale (cu excepția regiunii cervicale superioare a măduvei spinării).

Nivelul funcțional al 'leziunii' măduvei spinării este echivalent cu cel mai de jos segment spinal intact (de ex.: 'leziune completă a măduvei spinării la C4' înseamnă că funcția nervoasă deservită de nervul al patrulea și de segmentele cervicale superioare este intactă și nu există nici o funcție la nivele inferioare).

Nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării indică implicit prezența unui grad sigur de paralizie. Totuși, clinicienii pot descrie o leziune acută ca o paraplegie sau cvadriplegie.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Fractură de compresie la T12 cu leziune de compresie a măduvei spinării la același nivel și paraplegie incompletă cu nivel senzorial L2.

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

Faza inițială [acută] a leziunii măduvei spinării

Faza inițială a leziunii măduvei spinării este faza de tratare imediat după traumatism și poate include mai mult decât un episod de îngrijiri acute.

Ea include pacienții care au suferit o leziune a măduvei spinării (paraplegia/cvadriplegia) ca rezultat al traumatismului și care sunt imediat transferați de la un spital la altul pentru tratarea afecțiunilor acute.

Faza ulterioară [cronică] a leziunii măduvei spinării

Faza ulterioară înseamnă orice episod care urmează fazei inițiale.

Faza ulterioară include pacienții internați cu paraplegie/cvadriplegie pentru tratarea altor afecțiuni și/sau înrudite (de ex.: UTI).

Clasificare**Faza inițială – imediat după traumatism**

Dacă un pacient prezintă pentru prima oară o posttraumă cu o leziune a măduvei spinării (de ex.: compresia măduvei, contuzie, lacerare, transversiune sau sfărâmare), următoarele detalii vor fi necesare pentru a fi clasificate:

1. Tipul leziunii măduvei – fie completă, sau incompletă (S14.1-, S24.1-, S34.1 *Alte leziuni traumatice ale măduvei spinării cervicale, toracice, lombare*).
2. Nivelul leziunii măduvei spinării – nivel funcțional (S14.7-, S24.7-, S34.7- *Nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării cervicale, toracice, lombare*)(n.n. Aceste coduri nu se găsesc în ICD 10, Vol.I).

Un pacient care cel mai probabil a suferit o fractură vertebrală și/sau o luxație. În aceste cazuri, codificați de asemenea următoarele:

3. Localizarea fracturii – dacă fractura s-a produs la nivelul vertebrei (S12.0–.2-, S22.0-, S32.0- *Fractura unei vertebre cervicale, toracice, lombare*).
4. Locul luxației – dacă s-a produs o luxație (S13.1-, S23.1-, S33.1- *Luxația vertebrei cervicale, toracice, lombare*).

Faza inițială– pacient transferat

Dacă un pacient a suferit o leziune a măduvei spinării ca rezultat al unui traumatism și este imediat transferat de la un spital de acuți la alt spital de acuți, codul pentru tipul leziunii ar trebui să fie ordonat ca diagnostic principal.

Codul adecvat pentru nivelul funcțional al leziunii măduvei spinării ar trebui să fie alocat ca primul cod de diagnostic adițional în ambele spitale.

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Pacient internat în Spitalul A cu o leziune severă a măduvei spinării. O scanare CT a confirmat dislocarea vertebrei T7/8 cu contuzia măduvei spinării la același nivel. După stabilizare la Spitalul A pacientul a fost transferat la Spitalul B unde i se efectuase anterior o spondilositeză.

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

Leziunea măduvei spinării – faza ulterioară

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

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

EXEMPLUL 3:

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

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

Tipuri de rănire a măduvei spinării

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

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

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

EXEMPLUL 4:

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

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

Leziuni ale nivelului funcțional al măduvei spinării

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

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

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

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

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

Leziunea nivelului funcțional al măduvei spinării nu corespunde întotdeauna cu nivelul leziunii măduvei.

EXEMPLUL 5:

Diagnostic: Pacient care a suferit o fractură a celei de-a 4 vertebre cervicale și o leziune incompletă a măduvei spinării raportată la nivelul C5.

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

Codificarea fracturilor și dislocările vertebrale

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

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

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

EXEMPLUL 6:

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

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

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

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

EXEMPLUL 7:

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

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

1916 LEZIUNI SUPERFICIALE**Clasificare**

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

Folosiți un cod adițional pentru a descrie orice agent infecțios asociat cu o leziune superficială.

Leziunile superficiale, cum ar fi abraziunile sau contuziile, nu se codifică atunci când sunt asociate cu mai multe leziuni severe ale aceleiași localizări.

EXEMPLUL 1:

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

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

1917 PLĂGI DESCHISE**Definiție**

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

Clasificare

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

Plaga deschisă ar trebui să fie codificată împreună cu leziunea.

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

Complicațiile unei plăgi deschise

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

T89.0- *Complicații ale plăgii deschise*

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

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

Folosiți un cod adițional pentru a identifica agentul infecțios.

EXEMPLUL 1:

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

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

1918 FRACTURA ȘI DISLOCAREA**Clasificare**

O fractura nedocumentată ca fiind 'deschisă' este clasificată în *ICD-10-AM* ca fractură închisă.

Pentru fracturi/dislocări vertebrale, vezi, de asemenea [ACS 1915](#) *Leziunea măduvei spinării*, pag. 250.

Două coduri sunt necesare pentru a codifica fracturile deschise și dislocările deschise. Alocați întâi codul pentru fractură sau pentru dislocare, urmat de codul adecvat pentru plaga deschisă care comunică cu fractura/ dislocarea.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Fractură deschisă a colului femural

Coduri:	S72.00	<i>Fractură a colului femural, parte nespecificată</i>
	S71.81	<i>Plagă deschisă (oricare parte a coapsei și a șoldului) comunicând cu o fractură</i>

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Dislocare anterioară deschisă a humerusului

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

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

EXEMPLUL 3:

Diagnostic: Fractură/ dislocare deschisă a humerusului distal

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

Acolo unde se produc mai multe leziuni, și totuși numai una este deschisă, ordonați întotdeauna codul pentru plaga deschisă imediat după codul asociat pentru fractură sau dislocare.

Excepție: Fracturile deschise cer două coduri (unul pentru a descrie localizarea fracturii și altul pentru a indica natura 'deschisă' a fracturii) cu excepția următoarelor categorii care au al cincilea caracter pentru a descrie felul fracturii, deschisă sau închisă:

T02	<i>Fracturi cu localizări multiple ale corpului</i>
T08	<i>Fractura coloanei vertebrale, nivel nespecificat</i>
T10	<i>Fractura membrului superior, nivel nespecificat</i>
T12	<i>Fractura membrului inferior, nivel nespecificat</i>

Dislocarea fracturii

Codificați împreună fractura și dislocarea, cu fractura ordonată prima, exceptând cazurile în care este specificat altminteri.

De exemplu, dislocarea fracturii tip Monteggia este clasificată ca o fractură (S52.21 *Fractura epifizei proximale a ulnei cu dislocarea capului radiusului*) și dislocarea fracturii tip Lisfranc este clasificată ca o dislocare (S93.33 *Dislocarea articulației tarsometatarsale*).

1919 LEZIUNE DESCHISĂ INTRACRANIANĂ

Definiție

O leziune intracraniană deschisă este atunci când craniul sau învelișul creierului este penetrat (datorită unei leziuni), astfel fiind expusă cavitatea intracraniană.

Dacă o plagă intracraniană este documentată cu o leziune a capului, alocați întâi un cod pentru leziunea intracraniană, urmat de un cod pentru plaga deschisă.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Plagă a capului cu lacerarea creierului și hemoragie intracerebrală.

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

Fractură deschisă cu leziune intracraniană

Acolo unde o fractură deschisă a craniului se produce cu o leziune intracraniană asociată, alocați un cod pentru leziunea intracraniană, un cod pentru fractură și codul:

S01.83 *Plagă deschisă (oricare parte a capului) comunicând cu o leziune intracraniană*

În aceste cazuri, **nu** alocați codul '*Plagă deschisă (oricare parte a capului) comunicând cu o fractură*' deoarece natura deschisă a fracturii este reflectată în codurile alocate pentru leziunea intracraniană.

1920 LEZIUNE INTRATORACICĂ/INTRA-ABDOMINALĂ**Definiție**

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

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

Clasificare

Dacă este descrisă o leziune deschisă intratoracică, alocați întâi un cod pentru leziunea intratoracică urmat de codul:

S21.83 *Plagă deschisă (oricare parte a toracelui) comunicând cu o leziune intratoracică*

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Plagă a pieptului cauzând puncția plămânului

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

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

EXEMPLUL 2:

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

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

Fractura deschisă asociată cu leziuni intratoracice și intra-abdominale

Acolo unde o fractură deschisă a trunchiului se produce cu o leziune asociată intracavitară, alocați un cod pentru leziunea intracavitară, unul pentru fractură și următoarele coduri adecvate:

S21.83 *Plagă deschisă (oricare parte a toracelui) comunicând cu o leziune intratoracică* **sau**
 S31.83 *Plagă deschisă (oricare parte a abdomenului) comunicând cu o plagă intra-abdominală*

În aceste cazuri, **nu** alocați codul '*Plagă deschisă (...) comunicând cu o fractură*' din moment ce natura deschisă a fracturii este reflectată în codurile alocate pentru leziunea intracavitară.

1921 SCRÂNTIRI ȘI ÎNTINDERI

Clasificare

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

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

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

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Leziune severă de întindere a ligamentului cruciat

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

EXEMPLUL 2:

Diagnostic: Scrântire a mușchiului cvadriceps

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

1922 LEZIUNI PRIN ZDROBIRE

Definiție

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

Clasificare

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

Codificați leziunea de bază când o leziune prin zdrobire a fost documentată.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Leziune prin zdrobire severă a piciorului cauzând fractura oaselor metatarsiene 2, 3 și 5. Fractura metatarsianului 5 a fost compusă.

Coduri: S92.3 *Fractură de metatarsian*

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

Sindromul de zdrobire

Adițional, codul pentru sindromul de zdrobire (T79.5 *Anurie traumatică*) ar trebui să fie folosit acolo unde este documentat de către clinician. Un sindrom de zdrobire este definit ca:

“Edemul (sic), oliguria și alte simptome ale insuficienței renale, urmând zdrobirii unei părți a corpului, în special a masei mari musculare, cauzând eliberarea mioglobinei”.

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

1923 CONTACTUL CU ANIMALE ȘI PLANTE VENINOASE

Intoxicație cu venin

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

Contactul cu șerpi

Intoxicația cu venin datorită mușcăturilor de șarpe

În cazurile de intoxicație cu venin datorită mușcăturii de șarpe, T63.0 *Efectul toxic al unui contact cu venin de șarpe* ar trebui să fie alocat ca un cod de diagnostic principal. Un cod pentru cauza externă ar trebui să fie alocat de la categoria X20.0 *Contact cu șerpi veninoși*.

Categoria X20.0 *Contact cu șerpi veninoși* ar trebui să fie alocată numai acolo unde este definită dovada contactului cu un șarpe veninos. Dovada contactului cu un **șarpe veninos** include:

- identificarea formală a șarpelui vinovat (ca veninos),
- detectarea veninului specific al șarpelui din fluidele corpului și/sau
- dovada efectelor toxice ale veninului șarpelui (intoxicația cu venin) incluzând administrarea de ser antiveninos.

Kiturile de detectare a veninului (VDKs) sunt folosite împreună cu alte informații (cum ar fi prezentarea clinică, cunoștințe despre șerpi din zona geografică, identificarea șerpilor aduși la spital împreună cu pacientul) pentru a determina ce ser antiveninos să se folosească dacă pacientul este intoxicat semnificativ cu venin. Dacă o identificare sigură nu poate fi făcută, atunci este folosit un ser antiveninos polivalent (sau combinația adecvată de seruri antiveninoase monovalente așa cum sunt utilizate în Victoria și Tazmania - Australia).

Acolo unde o mușcătură de șarpe se produce și rezultă un VDK pozitiv, alocați un cod de la X20.0- în corelație cu veninul detectat, chiar dacă intoxicația cu venin este sau nu rezultatul mușcăturii.

EXEMPLUL 1:

VDK detectează venin de șarpe maro, nu există semne de intoxicație cu venin și nu se administrează nici un ser antiveninos. Alocați codul pentru plagă deschisă la localizare ca diagnostic principal și codul pentru cauza externă X20.00 *Contact cu șarpele maro*.

Acolo unde s-a produs intoxicația cu venin necesitând administrare de ser antiveninos, alocați codul T63.0 *Efect toxic al unui contact cu animal veninos, venin de șarpe* ca diagnostic principal și un cod pentru cauza externă de la X20.0 *Contact cu șarpele maro* conform cu serul antiveninos specific administrat.

Acolo unde este administrat un ser antiveninos polivalent, alocați pentru cauza externă codul X20.09 *Contact cu șarpe veninos, nespecificat*. Excepția de la această regulă se face acolo unde este administrat un ser antiveninos polivalent 'exotic' pentru contactul cu șerpi veninoși care nu sunt australieni și există identificarea pozitivă a șarpelui vinovat, în care caz alocați codul X20.08 *Contact cu alți șerpi veninoși, specificați*.

Contactul cu un șarpe veninos cunoscut se poate, de asemenea, produce fără ca un ser antiveninos să fie administrat. O asemenea situație este numită o 'mușcătură uscată' și nu ar trebui să fie exclusă alocarea unui cod de la categoria X20.0 *Contact cu șerpi veninoși* acolo unde este definită dovada că șarpele a fost veninos.

Reacții alergice la veninul de șarpe

Reacțiile alergice se pot produce la fel ca, ori în loc de, efectele toxice ale intoxicației cu venin. Aceasta este cel mai probabil să se producă în cazul persoanelor care se ocupă profesional de reptile și care au dezvoltat o alergie la venin. În aceste cazuri, un cod de la categoria T78 *Efecte adverse, neclasificate altundeva* ar trebui să fie alocat pentru a descrie efectul alergic al veninului șarpelui.

Ser antiveninos

Există o serie de cinci seruri antiveninoase monovalente folosite în tratarea mușcăturilor de șarpe australian (maro, tigrat, negru, aducător de moarte, taipan), un antivenin pentru șerpii de apă și o varietate de seruri antiveninoase exotice folosite pentru a trata mușcăturile șerpilor veninoși neaustralieni (de ex.: șerpii ținuți în grădinile zoologice). Un ser antiveninos polivalent este, de asemenea, disponibil, combinând toate cele cinci seruri antiveninoase monovalente pentru cazurile în care nu se identifică grupa din care face parte șarpele.

Serurile antiveninoase sunt disponibile, de asemenea, pentru peștele « stonefish », căpușa paralizantă, păianjenul cu spate roșu și păianjenul care își face pânză în horn.

Pacienții pot primi mai multe fiole de ser antivenos. Asemenea pacienți pot avea aceste fiole date ca o singură pilulă mare sau conținutul a două fiole combinate.

Administrarea de ser antiveninos este alocată la 92182-00 [1885] *Injectarea de antidot.*

Efecte adverse ale serului antiveninos

Codificatorii clinici ar trebui să discute cu clinicianul pentru a clarifica orice dovadă a reacției adverse la serul antiveninos.

Indicatorii care sugerează efectele adverse ale serului antiveninos includ:

- Semne și simptome de reacții acute alergice, cum ar fi apariția unui rash, greutate în respirație/stridor, urticarie, dureri abdominale, vomă și/sau diaree, hipotensiune și stop cardiac;
- Dovada tratamentului reacțiilor acute alergice prin aplicarea injecțiilor de adrenalină; antihistaminice, corticosteroizi și perfuzii cu substanțe cristaloidale și/sau coroidale;
- Utilizarea mai multor fiole de ser antiveninos;
- Istoric preexistent de alergie la venin și/sau ser antiveninos;
- Demonstrarea utilizării adrenalinei, antihistaminicelor și corticosteroizilor pentru tratamentul reacțiilor alergice acute după administrarea de ser antiveninos.

Notă: *Codificatorii ar trebui să fie atenți că documentația pentru folosirea acestor medicamente ca tratament pentru reacțiile acute alergice ar trebui să se diferențieze de folosirea lor ca premedicație înainte administrării serului antivenos. Premedicația cu adrenalină subcutanată se recomandă în mod curent înainte administrării intravenoase a serurilor antiveninoase pentru șerpii australieni. Codificatorii ar trebui să verifice cu clinicianul dacă dovada injectării cu adrenalină a fost făcută în mod profilactic, înainte injectării serului antiveninos sau ca tratament pentru o reacție adversă.*

Șoc anafilactic

Șocul anafilactic, când este documentat ca o reacție adversă la administrarea de ser antiveninos, ar trebui să fie alocat la T80.5 *Șoc anafilactic datorit serului.*

Boala serului

Boala serului, datorită depozitării complexelor imune, este o complicație recunoscută a administrării de soluții proteine străine, cum ar fi serurile antiveninoase.

Există o rată mai mare de **reacții întârziate**, specifică bolii serului, atunci când se folosesc mai multe fiole de ser antiveninos. Este improbabil ca aceste reacții să fie evidente în cursul episodului de spitalizare (deoarece aceasta se produce de obicei la două săptămâni după administrarea serului antiveninos). Boala serului ar trebui să fie alocată la T80.6 *Alte reacții serice.*

Alte reacții adverse specifice la serul antiveninos

Alte reacții adverse specificate la injecția de ser antiveninos sunt alocate la T80.6 *Alte reacții serice*. Acolo unde un efect advers nespecificat este documentat, codificatorii ar trebui să se consulte cu clinicianul pentru a confirma reacția specifică. În absența unei documentații viitoare alocați T88.7 *Efect advers al unui medicament, nespecificat*.

Toate cazurile de efecte adverse la serul antiveninos ar trebui să fie alocate la Y59.3 *Imunoglobuline* ca un cod de cauză externă.

Contact cu șerpi neveninoși

Acolo unde nu există o dovadă pozitivă a faptului că șarpele a fost veninos, plaga deschisă ar trebui să fie codificată ca diagnostic principal și un cod de la W59.- *Mușcătură sau zdrobire provocată de alte reptile* ca un cod de cauză externă. W59.0 *Mușcătură sau zdrobire provocată de șerpi neveninoși* ar trebui să fie alocat numai acolo unde s-a demonstrat că șarpele a fost neveninos și acolo unde nu există o dovadă a intoxicației cu venin (vezi mai sus). Acolo unde nu s-a demonstrat că șarpele a fost neveninos și nu există nici o dovadă de intoxicație cu venin, alocați codul W59.1 *Mușcătură sau zdrobire provocată de șarpe, reptile veninoase sau neveninoase necunoscute* ca un cod de cauză externă.

Contact cu păianjeni**Intoxicația cu venin de la mușcăturile păianjenului**

În cazurile de intoxicație de la mușcătura de păianjen, codul T63.3 *Efectul toxic al unui contact cu animal veninos, venin de păianjen* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal. Păianjenii sunt aproape în exclusivitate veninoși (99.9% dintre păianjeni sunt veninoși). Un cod de cauză externă de la X21.- *Contact cu păianjeni veninoși* ar trebui, de asemenea, să fie alocat.

Contact cu păianjenul cu talie albă și alte arahnide care provoacă necroză

Păianjenul cu talie albă și alte arahnide care provoacă necroză cauzează formarea de pustule sau necroze ale țesutului la locul mușcăturii. Mulți pacienți se prezintă fără un istoric definit al mușcăturii ori fără identificarea creaturii vinovate de mușcătură, dacă a rămas o mușcătură. Deci, diagnosticul de arahnidism necrotic este unul care trebuie considerat circumstanțial în multe cazuri. Schimbările locale (pustule tipice, eritem sau durificare (indurație) de obicei se rezolvă în câteva săptămâni. Codificatorii ar trebui să clarifice și să se consulte cu clinicianul pentru a confirma identificarea păianjenului și/sau trăsăturilor clinice ale contactului în toate cazurile înainte de alocarea codului X21.2 *Contact cu păianjenul cu talie albă sau alți păianjeni care produc necroză*.

Contact cu păianjen neveninos

W57 *Mușcături și înțepături neveninoase de insecte și alte artropode* ar trebui să fie alocat numai acolo unde este specific documentat că păianjenul a fost neveninos.

Imunoterapie profilactică

Imunoterapia cu venin este distinctă de desensibilizarea la polen ori la particulele de praf de acarieni, care sunt tipuri specifice de imunoterapie profilactică (de ex.: infuzare normală de gamaglobulină). Imunoterapia cu venin implică mai degrabă injectarea de cantități mici, dar crescătoare, de venin decât de anticorpi.

În cazurile în care se face o internare pentru imunoterapie profilactică în vederea desensibilizării la veninul albinei, viespii și furnicii, alocați Z51.6 *Desensibilizarea față de un alergen* ca diagnostic principal și 92179-00 [1885] *Imunizarea pentru alergii* ca un cod de procedură.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, Iulie 2002, Leziuni Traumatische, Otrăviri și alte Consecințe ale Cauzelor Externe.

20 CAUZELE EXTERNE ALE MORBIDITĂȚII

2001 FOLOSIREA CODULUI CAUZEI EXTERNE ȘI ORDONARE

Codurile U50–Y98 nu urmează a fi folosite ca diagnostic principal. Ele sunt destinate pentru a fi folosite drept coduri adiționale în vederea identificării cauzei externe a afecțiunilor clasificate la Capitolul XIX *Leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe* și pot fi folosite și drept coduri adiționale cu afecțiunile clasificate la oricare alt capitol dar având cauză externă.

Un cod de cauză externă trebuie să fie folosit cu coduri de la S00–T98 și Z04.1–Z04.5 și pentru complicațiile și reacțiile anormale care sunt clasificate înafara Capitolului de Leziuni (S00–T98).

Mai mult de un cod pentru cauza externă poate fi alocat dacă cele adiționale sunt necesare pentru a traduce complet constatarea diagnostică. Codurile pentru cauzele externe ar trebui să fie ordonate direct după codul (codurile) de diagnostic de care ele sunt legate. Codurile cauzelor externe multiple ar trebui să fie alocate cu atenție pentru a se asigura că aceste coduri de diagnostic semnificative nu sunt îndepărtate pentru a înregistra coduri extra ale cauzelor externe (*vezi* mai jos pentru codurile care nu necesită un cod de cauză externă)

Vezi categoria Y92 *Locul producerii* și blocul U50–U73 *Activitatea* din Lista Tabelară a Bolilor pentru regulile care privesc codurile adiționale necesare împreună cu codurile pentru anumite cauze externe.

Coduri care nu necesită un cod al cauzei externe

Un șir de afecțiuni care sunt provocate de evenimente externe sunt reprezentate de anumite coduri din cadrul Capitolelor I–XVIII. Unele din aceste coduri nu necesită un cod de cauză externă pentru a fi alocat (*vezi lista de mai jos*). Codul cauzei externe nu este necesar deoarece informațiile privind cauza externă sunt cuprinse în codul de diagnostic și de aceea, adăugarea unui cod de cauză externă nu aduce nici o altă informație.

COD DESCRIERE

L23.0	<i>Dermita alergică de contact datorită metalelor</i>
L23.1	<i>Dermita alergică de contact datorită adezivelor</i>
L23.2	<i>Dermita alergică de contact datorită cosmeticelor</i>
L23.4	<i>Dermita alergică de contact datorită vopselelor</i>
L23.5	<i>Dermita alergică de contact datorită altor produse chimice</i>
L23.6	<i>Dermita alergică de contact datorită alimentelor în contact cu pielea</i>
L23.7	<i>Dermita alergică de contact datorită plantelor, exceptând alimentele</i>
L24.0	<i>Dermatita iritantă de contact datorită detergenților</i>
L24.1	<i>Dermatita iritantă de contact datorită uleiurilor și grăsimilor</i>
L24.2	<i>Dermatita iritantă de contact datorită solvenților</i>
L24.3	<i>Dermatita iritantă de contact datorită cosmeticelor</i>
L24.5	<i>Dermatita iritantă de contact datorită altor produse chimice</i>
L24.6	<i>Dermatita iritantă de contact datorită alimentelor în contact cu pielea</i>
L24.7	<i>Dermatita iritantă de contact datorită plantelor, exceptând alimentele</i>
L24.8	<i>Dermatita iritantă de contact, datorită altor agenți</i>
L25.0	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită cosmeticelor</i>
L25.2	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită vopselelor</i>
L25.3	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită altor produse chimice</i>
L25.4	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită alimentelor în contact cu pielea</i>
L25.5	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită plantelor, exceptând alimentele</i>
L25.8	<i>Dermatita de contact, nespecificată, datorită altor agenți</i>
L55.0	<i>Eritem provocat de arsura de soare</i>
L55.1	<i>Arsură de soare, profunzime parțială</i>
L55.2	<i>Arsură de soare, profunzime totală</i>
L55.8	<i>Alte arsuri de soare</i>
L55.9	<i>Arsură de soare, nespecificată</i>

COD	DESCRIERE
L56.2	<i>Dermatita de fotocontact[dermatita de breloc]</i>
L56.3	<i>Urticaria solară</i>
L56.4	<i>Erupția polimorfă la lumină</i>
L56.8	<i>Alte modificări acute specificate ale pielii datorite razelor ultraviolete</i>
L56.9	<i>Modificări acute ale pielii datorite razelor ultraviolete, nespecificate</i>
L57.0	<i>Cheratoza actinică</i>
L57.1	<i>Actinoreticuloză</i>
L57.2	<i>Piele romboidală (ceață romboidală)</i>
L57.3	<i>Poikiloderma Civatte</i>
L57.4	<i>Piele laxă senilă</i>
L57.5	<i>Granulom actinic</i>
L57.8	<i>Alte modificări ale pielii datorite unei expuneri cronice la raze neionizate</i>
L57.9	<i>Modificări ale pielii datorite unei expuneri cronice la raze neionizate, nespecificate</i>
O34.2	<i>Îngrijiri acordate mamei pentru o cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare</i>
O86.0	<i>Infecția unei plăgi chirurgicale de origine obstetricală</i>
O90.0	<i>Ruptura unei suturi de cezariană</i>
O90.1	<i>Ruptura unei suturi obstetricale la nivelul perineului</i>
O90.2	<i>Hematomul la nivelul unei plăgi obstetricale</i>
P04.0	<i>Făt și nou-născut afectați de o anestezie și analgezic la mamă, în cursul sarcinii, travaliului și nașterii</i>
P04.2	<i>Făt și nou-născut afectați de tabagismul mamei</i>
P04.3	<i>Făt și nou-născut afectați de alcoolismul mamei</i>
P04.6	<i>Făt și nou-născut afectați de expunerea mamei la substanțe chimice din mediu</i>
P04.8	<i>Făt și nou-născut afectați de un efect nociv matern, nespecificat</i>
P10.0	<i>Hemoragia subdurală datorită traumatismului la naștere</i>
P10.1	<i>Hemoragia cerebrală datorită traumatismului la naștere</i>
P10.2	<i>Hemoragia intraventriculară datorită traumatismului la naștere</i>
P10.3	<i>Hemoragia subarahnoidiană datorită traumatismului la naștere</i>
P10.4	<i>Ruptura tentorium cerebellum datorită traumatismului la naștere</i>
P10.8	<i>Alte rupturi și hemoragii intracraniene datorită traumatismului la naștere</i>
P10.9	<i>Ruptură și hemoragie intracraniană nespecificată datorită traumatismului la naștere</i>
P11.0	<i>Edem cerebral datorită traumatismului la naștere</i>
P11.1	<i>Alte leziuni cerebrale specificate, datorită traumatismului la naștere</i>
P11.2	<i>Leziunea cerebrală specificată, datorită traumatismului la naștere</i>
P11.3	<i>Leziunea nervului facial datorită traumatismului la naștere</i>
P11.4	<i>Leziunea altor nervi cranieni datorită traumatismului la naștere</i>
P11.5	<i>Leziunea coloanei vertebrale și a măduvei spinării datorită traumatismului la naștere</i>
P11.9	<i>Leziunea sistemului nervos central datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P12.0	<i>Cefalohematom datorită traumatismului la naștere</i>
P12.1	<i>Hematom în coc datorită traumatismului la naștere</i>
P12.2	<i>Hemoragie epicraniană subaponevrotică datorită traumatismului la naștere</i>
P12.3	<i>Distrugerea pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naștere</i>
P12.4	<i>Leziunea pielii păroase a scalpului legată de monitorizare</i>
P12.8	<i>Alte leziuni ale pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naștere</i>
P12.9	<i>Leziunea pielii păroase a scalpului datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P13.0	<i>Fractura craniului datorită traumatismului la naștere</i>
P13.1	<i>Alte leziuni ale craniului datorită traumatismului la naștere</i>
P13.2	<i>Leziunea femurului datorită traumatismului la naștere</i>
P13.3	<i>Leziunea altor oase lungi datorită traumatismului la naștere</i>
P13.4	<i>Fractura claviculei datorită traumatismului la naștere</i>
P13.8	<i>Leziunea scheletului cu alte localizări datorită traumatismului la naștere</i>
P13.9	<i>Leziunea scheletului datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P14.0	<i>Paralizia Duchenne-Erb datorită traumatismului la naștere</i>
P14.1	<i>Paralizia Dejerine-Klumpke datorită traumatismului la naștere</i>
P14.2	<i>Paralizia nervului frenic datorită traumatismului la naștere</i>
P14.3	<i>Alte leziuni ale plexului brahial datorită traumatismului la naștere</i>
P14.8	<i>Leziunea sistemului nervos periferic cu alte localizări, datorită traumatismului la naștere</i>

COD	DESCRIERE
P14.9	<i>Leziunea sistemului nervos periferic cu alte localizări, datorită traumatismului la naștere, nespecificată</i>
P15.0	<i>Traumatismul ficatului la naștere</i>
P15.1	<i>Traumatism splinei la naștere</i>
P15.2	<i>Leziunea sterno-cleido-mastoidianului datorită traumatismului la naștere</i>
P15.3	<i>Leziunea ochiului datorită traumatismului la naștere</i>
P15.4	<i>Leziunea facială datorită traumatismului la naștere</i>
P15.5	<i>Leziunea organelor genitale externe datorită traumatismului la naștere</i>
P15.6	<i>Adipo-necroza subcutanată datorită traumatismului la naștere</i>
P15.8	<i>Alte traumatisme la naștere specificate</i>
P15.9	<i>Traumatism la naștere, nespecificat</i>

Notă: Sunt anumite circumstanțe în care nu este obligatoriu să se aloce un cod de cauză externă în plus față de un cod de la capitoul de leziuni (S00–T99). (*Consultați autoritățile sanitare statale/teritoriale pentru clarificări*).

2004 REACȚII ALERGICE NESPECIFICATE ALTMINTERI

Reacția alergică nespecificată altundeva se codifică la T78.4 *Alergie, nespecificat*. Dacă agentul cauzativ este necunoscut, codul pentru cauza externă privind Reacția alergică nespecificată altundeva ar trebui să fie X59 *Expunere la un factor nespecificat*.

2005 OTRĂVIRI ȘI LEZIUNI – INDICAREA INTENȚIEI

Există un număr de categorii în cadrul clasificării codurilor pentru cauza externă care permit diferențierea dintre otrăviri și leziuni avându-se în vedere dacă ele au fost accidentale; sinucigașe sau auto-cauzate; omucidere sau leziuni cauzate special de alte persoane sau nedeterminate.

Notă: Nu presupuneți intenția. Intenția trebuie să fie documentată în foaia clinică de către clinician.

X40–X49 Intoxicații accidentale prin expunere la substanțe nocive

Nota 'include' de la începutul acestui bloc din Lista tabelară a bolilor specifică:

- supradoză accidentală de medicament
- medicament greșit dat sau luat din greșeală
- medicament luat din inadvertență
- accidente în folosirea drogurilor, medicamentelor și substanțelor biologice în procedurile medicale și chirurgicale.

X60–X84 Leziuni auto-provocate

Aceste categorii sunt pentru a fi folosite cu leziuni și otrăviri specificate ca:

- otrăvire sau leziune auto – cauzată.
- sinucidere (încercare)

Notă: Leziunile auto-cauzate fără o intenție declarată sau implicată ar trebui să primească un cod de la blocul Y10–Y34 *Evenimente cu intenție nedeterminată*.

X85–Y09 Agresiunea

Aceste categorii sunt pentru a fi folosite cu leziunile și otrăvirile specificate ca:

- omucidere
- leziuni cauzate de o altă persoană cu intenția de a leza sau ucide, prin orice mijloace.

Y10–Y34 Evenimente cu intenție nedeterminată

Codurile de la această categorie sunt desemnate pentru folosire atunci când intenția nu este specificată sau nu poate fi determinată. Adică, leziunile nu sunt specificate ca accidentale (neintenționate), auto-cauzate cu intenția de auto-vătămare sau agresiune.

2008 AUTOR AL AGRESIUNII, ABUZULUI ȘI NEGLIJENȚEI

În cazurile de agresiune, leziunea(ile) ar trebui să fie codificată(e) ca diagnostic principal. Un cod de cauză externă de la categoriile X85–Y09 *Agresiune*, ar trebui să fie alocat independent de mecanismul leziunii (de ex.: înjunghiere, bătaie, arsură).

Următoarele subcategorii pentru clasificarea autorului sunt folosite la nivelul celui de-al cincilea caracter pentru codurile X85–Y09.

- .0 *Soț/soție sau partner domestic*
- .1 *Părinte*
- .2 *Alt membru al familiei*
- .3 *Îngrijitor*
- .4 *Cunoștință sau prieten*
- .5 *Autorități oficiale*
- .6 *Persoană necunoscută victimei*
- .7 *Persoane multiple necunoscute victimei*
- .8 *Alte persoane specificate*
- .9 *Persoană nespecificată*

Notă: Al patrulea caracter '0' este necesar pentru categoriile X85–X91, X93, X96–X98, Y00–Y02 și Y04–Y09.

Al cincilea caracter este listat ierarhic având în vedere relația dintre autor și victimă. Alocați al cincilea caracter care indică cea mai apropiată legătură dintre autor și victimă (adică, numărul cel mai ridicat din listă).

EXEMPLUL 1:

Fiica unui vecin este plătită să stea cu copilul. Ea maltratează copilul; relația predominantă față de copil este aceea de baby-sitter. Alocați al cincilea caracter .3 *Îngrijitor*.

Relații de familie

O relație de familie dintre victimă și autor va înlătura întotdeauna o relație nefamilială.

EXEMPLUL 2:

Vărul victimei este plătit să stea cu copilul. El/ea maltratează copilul; relația predominantă față de copil este aceea a unei rude (văr). Alocați al cincilea caracter .2 *Alt membru al familiei* mai degrabă decât .3 *Îngrijitor*.

Partenerul părintelui – coabitare și necoabitare

În cazurile în care autorul agresiunii, abuzului sau neglijenței a fost găsit a fi partenerul părintelui, alocați al cincilea caracter .1 *Părinte* numai când autorul agresiunii locuiește în aceeași gospodărie cu victima (coabitare). În cazurile în care partenerul părintelui are altă adresa permanentă decât victima (necoabitare), alocați al cincilea caracter .4 *Cunoștință sau prieten*.

Acolo unde documentația nu este adecvată pentru a determina situația rezidențială a autorului, identificat ca partenerul părintelui, iar alte informații nu sunt disponibile, alocați al cincilea caracter .1 *Părinte* (adică în mod normal este coabitarea cu partenerul părintelui).

Autoritățile oficiale

Autoritățile oficiale sunt oricare dintre persoanele considerate a avea autoritate asupra altei persoane, care, fiind în exercițiul funcțiunii, agrează, neglijează sau abuzează de acea persoană. Această categorie include, dar nu se limitează la poliție, personal militar, gărzi de securitate și personal de serviciu corecțional. Alocați subcategoria de la nivelul celui de-al cincilea caracter .5 *Autorități oficiale*, numai atunci când autorul agresiunii are o poziție de autoritate față de victimă **în momentul** agresiunii.

Agresori multipli

Când agresorii multipli sunt cunoscuți victimei, autorul agresiunii care are relația cea mai apropiată de victimă ar trebui să fie codificat indiferent de cine provoacă cea mai mare vătămare. Dacă nu este disponibilă nici o informație pentru sprijinirea alocării unui cod individual, alocați .7 *Agresori multipli*.

Când toți agresorii multipli nu sunt cunoscuți victimei, alocați .7 *Agresori multipli*. Acolo unde agresorii multipli au fost documentați individual, codificatorii ar trebui să aloc subcategoria pentru agresorul care are legătura cea mai apropiată cu victima.

EXEMPLUL 3:

Mama și partenerul ei cu care nu coabitează agrează cu pumnii pe fiul ei. Alocați codul adecvat leziunii și Y04.01 *Agresiune prin forța corpului, părinte*, plus coduri adecvate pentru locul producerii și pentru activitate.

EXEMPLUL 4:

Persoană agresată, cu forța corpului, de către un coleg de muncă și altă persoană, necunoscută victimei. Alocarea codului ar trebui să reflecte relația dintre victimă și agresorul cunoscut. Alocați Y04.04 *Agresiune prin forța corpului, cunoștință sau prieten*, plus coduri adecvate pentru locul producerii și pentru activitate.¹

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Cauzele externe ale morbidității.

21 FACTORI INFLUENȚÂND STAREA DE SĂNĂTATE ȘI CONTACTUL CU SERVICIILE DE SĂNĂTATE

2103 INTERNARE PENTRU CONVALESCENȚĂ/POST ÎNGRIJIRI

Când un pacient este transferat de la un spital la altul cu un diagnostic de 'convalescență postoperatorie' și este clar că pacientul încă primește un tratament activ, alocați pentru diagnostic principal codul Z48.8 *Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală*. Afecțiunea care a necesitat intervenția chirurgicală ar trebui să primească un cod de diagnostic adițional.

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Un pacient care a avut un anevrism cerebral clipat la Spitalul A este transferat la Spitalul B și rămâne în Spitalul B pentru 21 de zile.

Coduri: Z48.8 *Alte îngrijiri după o intervenție chirurgicală*
I67.1 *Anevriism cerebral, fără ruptură*

Când singurul tratament este 'îngrijiri generale', alocați ca diagnostic principal un cod de la categoria Z54.- *Convalescență*.

Dacă îngrijirile după boală urmează tratamentul medical (în comparație cu cel chirurgical) al unei afecțiuni, alocați codul pentru afecțiune ca un diagnostic adițional.

Dacă documentația indică motive sociale care să împiedice externarea pacientului acasă de la Spitalul A și prin aceasta prilejuind transferul la Spitalul B, vezi [ACS 2107](#) *Îngrijiri transferate altei persoane*, pag. 276, pentru instrucțiuni.

2104 REABILITARE

Pacienții internați în mod special pentru reabilitare ar trebui să primească codul adecvat Z ((Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*) ca un cod de diagnostic principal cu excepția Z50.2 *Reabilitarea alcooliciiilor* și Z50.3 *Reabilitarea drogaților* vezi [ACS 0525](#) *Reeducare și dezintoxicarea de substanțe*, pag. 112).

Când sunt efectuate proceduri multiple de reeducare, Z50.9 *Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată* ar trebui să fie alocat nespecificat din moment ce detaliile privind procedurile specifice de reeducare vor fi indicate de către codurile procedurilor.

Afecțiunea care duce la reeducarea pacientului într-o unitate de reeducare ar trebui să fie alocată ca un diagnostic adițional.

Dacă atât reeducarea cât și îngrijirile pentru convalescență au fost acordate, codul adecvat de reeducare Z ar trebui să fie ordonat mai întâi, apoi codul de convalescență. Codurile multiple Z pot fi folosite, acolo unde ele întrunesc criteriile pentru diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*.

În general, afecțiunile urmează să fie codificate în următoarea ordine:

1. Diagnostic principal, Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*.
2. Afecțiunea medicală care necesită reeducarea.
3. Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*.
4. Coduri pentru proceduri de reeducare.

Notă : Urmați ghidurile privind morbiditatea dacă un cod al cauzei externe este necesar în cazurile de leziuni.

EXEMPLUL 1: ACCIDENT CEREBRAL

Diagnostic: Pacient transferat la un spital de reeducare pentru reeducarea după un infarct cerebral care s-a produs cu o săptămână în urmă. Deficiturile curente includ hemiplegia, afazia și incontinența urinară.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 I63.9 *Infarctul cerebral, nespecificat*
 G81.- *Hemiplegia*
 R47.0 *Disfazia și afazia*
 R32 *Incontinență urinară nespecificată*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

Diagnostic: Reeducare pentru hemiplegia după un accident cerebral care s-a produs cu 3 ani în urmă

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 G81.9 *Hemiplegia, nespecificat*
 I69.4 *Sechelele accidentului cerebral, nespecificate ca hemoragie sau infarct*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

Pentru alte informații privind alocarea codurilor în cazurile de accident vascular, mai ales în legătură cu deficiturile reziduale, vă rugăm să vă referiți la [ACS 0604](#) *Accident cerebral*, pag. 117.

EXEMPLUL 2: ÎNLOCUIREA ARTICULAȚIEI

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a înlocuirii șoldului din cauza osteoartritei șoldului de lungă durată.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 M16.1 *Altă coxartroză primară*
 Z96.64 *Prezența implantului de șold*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 3: LEZIUNEA CAPULUI

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a unei hemoragii cerebrale provocată de un accident cu vehicul cu motor.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 S06.23 *Hematoame multiple intracerebrale și cerebelare*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 4: FRACTURĂ

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a unui tratament inițial pentru femurul fracturat (cădere de pe balcon).

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 S72.3 *Fractura colului femural*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

Notă: Un cod adițional de la Z96.6 *Prezența de implante de articulație ortopedică* poate fi alocat acolo unde se cunoaște că un implant ortopedic a fost folosit în tratamentul fracturii.

EXEMPLUL 5: AMPUTAȚIA

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a amputației sub genunchi ca rezultat al angiopatiei periferice diabetice.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 E10.51 *Diabet mellitus tip I cu angiopatie periferică, fără gangrenă*
 I79.2* *Angiopatie periferică în bolile clasificate altundeva*
 Z89.5 *Absența dobândită a piciorului la sau sub genunchi*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 6: INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ SPINALĂ

Diagnostic: Pacient internat pentru reeducare ca urmare a laminectomiei pentru prolaps de disc L5/S1.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 M51.2 *Altă deplasare a unui disc intervertebral specificat*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 7: LEZIUNEA TRAUMATICĂ A MĂDUVEI SPINĂRII

Diagnostic: Pacient transferat pentru reeducare dintr-un spital de boli acute ca urmare a unui accident de bicicletă cu motor în care a suferit o fractură a celei de-a patra vertebre cervicale cu dislocarea a 4/5 din corpul vertebral cervical și contuzia măduvei spinării la același nivel.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 S14.10 *Leziunea măduvei spinării cervicale, nespecificat*
 S14.70 *Leziunea funcțională a măduvei spinării, nivel cervical nespecificat*
 S12.22 *Fractura celei de-a patra vertebre cervicale*
 S13.14 *Dislocarea vertebrei cervicale C4/5*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

Diagnostic: Pacient internat pentru continuarea reabilitării pentru leziunea spinală de mai sus, 9 luni după accident. Pacientul are paraplegie incompletă la nivelul C4.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 G82.26 *Paraplegia, nespecificată, incompletă, cronică*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 8: REABILITARE CARDIACĂ

Diagnostic: Pacient internat pentru reabilitare ca urmare a grefelor de bypass pe artera coronariană în urmă cu 5 zile pentru boala arterei coronariene.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 I25.1- *Boala de inimă aterosclerotică*
 Z95.1 *Prezența grefei bypass aortocoronariană*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

EXEMPLUL 9: ALTE AFECȚIUNI MEDICALE

Diagnostic: Pacient cu boala Parkinson internat pentru reabilitare generală și întărire.

Coduri: Z50.- *Îngrijiri implicând proceduri de reabilitare*
 G20 *Boala Parkinson*
 Diagnostice adiționale așa cum se arată în [ACS 0002](#) *Diagnostice adiționale*
 Codurile procedurii de reeducare

2105 PACIENȚI SPITALIZAȚI CARE PRIMESC ÎNGRIJIRI PE TERMEN LUNG/TIP CASĂ DE SĂNĂTATE

Din cauza lipsei unor case de sănătate și altor tipuri de servicii pentru sprijin în unele zone, pacienții pot fi internați în spitale ca rezidenți pe termen lung sau pot fi internați în unități tip case de sănătate. Aceste internări se pot face direct de acasă (sau din altă parte) fără a fi nevoie de îngrijiri acute sau ca un episod de îngrijiri într-un tip de unitate unde pacientul nu mai primește îngrijiri acute. (Referiți-vă la *(Comitetul Național pentru Datele de Sănătate. (2001). Dicționarul Național de Date de Sănătate, Versiunea 10, AIHW)* pentru definițiile 'Tipul de îngrijiri' și 'Îngrijiri acute').

În asemenea cazuri, un cod de la categoria Z75.- *Probleme legate de unitățile medicale și alte îngrijiri de sănătate* ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal. Orice afecțiuni care apar ulterior în timpul episodului de îngrijiri ar trebui să fie codificate ca diagnostice adiționale (conform ACS 0002 *Diagnosticice adiționale*).

Când pacienții sunt internați pentru tratamentul unei probleme acute și apoi rămân în spital ca rezidenți pe termen lung sau ca un tip de pacienți din casele de sănătate, iar tipul episodului de îngrijiri NU este schimbat, atunci ar trebui să fie codificată afecțiunea acută ca diagnostic principal și un cod Z75.- alocat ca diagnostic adițional.

2107 ÎNGRIJIRI TRANSFERATE ALTEI PERSOANE

Termenul 'îngrijiri transferate altei persoane' se referă la internarea pacienților într-un spital și care, pe o perioadă definită de timp, nu au un îngrijitor disponibil pentru acasă. Este foarte obișnuit ca perioada de îngrijiri să îi permită îngrijitorului(lor) să 'poată avea și altă activitate' de la rolul de îngrijitor.

Codul pentru diagnosticul principal cel mai mult folosit pentru îngrijirile de acest fel este Z75.5 *Îngrijiri dispensate pentru a ajuta familiile în timpul vacanțelor*, dar Z74.2 *Necesitatea pentru asistență acordată acasă și nici un alt membru al gospodăriei nu poate să acorde îngrijiri* este de asemenea potrivit.

Chiar dacă pacienții vor primi probabil îngrijiri pentru afecțiunea(le) lor cât timp sunt în spital, este important ca aceste afecțiuni să nu fie ordonate ca diagnostic principal din moment ce ele nu au ocazionat internarea pacienților în spital. Deseori acești pacienți au boli cronice, cum ar fi limitarea cronică a funcțiilor respiratorii, ce poate fi monitorizată de către o persoană care îngrijește acasă.

Dacă un pacient a fost transferat de la spitalul A la spitalul B deoarece condițiile sociale au împiedicat externarea acasă, diagnosticul principal (de la spitalul B), este motivul social care a produs transferul cu un cod de diagnostic adițional Z54.- *Convalescență*.

2108 EVALUARE

Când pacienții sunt internați într-o unitate alta decât pentru boli acute în vederea evaluării, motivul pentru evaluare ar trebui să fie diagnosticul principal.

2111 SCREENING PENTRU TULBURĂRI SPECIFICE

Definiție

Screening este testarea sau examinarea pentru boală sau pentru precursorii bolii la indivizi asimptomatici astfel încât depistarea timpurie și tratamentul să poată fi acordate celor care se dovedesc a fi pozitivi la boală.

Clasificare

Codurile de la categoriile Z11.-, Z12.- și Z13.- *Examinare specială screening pentru...* ar trebui să fie alocate ca diagnostic principal când un pacient este examinat (de ex.: endoscopie) pentru o anumită boală sau tulburare, atunci când boala pentru care pacientul a fost examinat **nu a fost depistată sau nu a fost niciodată depistată**.

Alocați un cod pentru boală ca diagnostic principal dacă boala pentru care el este examinat **este** depistată în timpul episodului de îngrijiri. Un cod de la Z11.-, Z12.- sau Z13.- nu este necesar.

Z12.- *Examinare specială screening pentru neoplasme* **nu** ar fi alocat în următoarele circumstanțe:

- examinare de **control** pentru un istoric anterior de neoplasm (Z08.- *Examinare de control după tratamentul neoplasmului malign*), **sau**
- când un simptom sau semn este motivul pentru examinare (codificat la simptomul/semnul).

(Vezi de asemenea [ACS 2112 Istoric personal](#), pag. 277 și [ACS 2113 Examinări de control pentru tulburări specifice](#), pag. 277)

EXEMPLUL 1:

Diagnostic: Pacient internat pentru colonoscopie datorită antecedentelor familiale de cancer de colon. Colonoscopia nu a găsit nici o anormalitate.

Coduri: Z12.1 *Examinare specială screening pentru neoplasmul tractului intestinal*
 Z80.0 *Istoric familial de neoplasm malign la organele digestive*
 32090-00 [905] *Colonoscopie cu fibră optică la caecum*

2112 ISTORIC PERSONAL

Codurile de la categoriile Z85–Z87 *Pentru istoric personal de neoplasm malign sau alte boli sau afecțiuni*, nu ar trebui să fie ordonate niciodată ca diagnostic principal. (Vezi de asemenea [ACS 0236 Codificarea și ordonarea neoplasmului](#), pag. 73).

Aceste coduri ar fi alocate numai ca diagnostice adiționale acolo unde afecțiunea este rezolvată complet și totuși istoricul este relevant în mod direct pentru episodul curent de îngrijiri. (Vezi de asemenea [ACS 2111 Screening pentru tulburări specifice](#), pag. 276 și [ACS 2113 Examinări de control pentru tulburări specifice](#), pag. 277).

2113 EXAMINĂRI DISPENSARIZATE PENTRU TULBURĂRI SPECIFICE

(Vezi, de asemenea, [ACS 2111 Screening pentru tulburări specifice](#), pag. 276).

Codurile de la categoria Z08 *Examinare de control după tratamentul unor tumori maligne* sau Z09 *Examinare de control după tratament pentru alte afecțiuni decât tumorile* ar trebui să fie alocate ca diagnostic principal când pacientul este internat pentru controlul unei afecțiuni și nici o afecțiune reziduală sau recurentă nu sunt găsite.

Notă: Acest standard exclude cazurile când pacienții sunt internați pentru continuarea tratamentului unui neoplasm, de exemplu excizia largă a unei leziuni excizate (vezi [ACS 0236 Codificarea și ordonarea neoplasmului](#), pag. 73).

Codul adecvat care descrie tipul tratamentului anterior de la categoria Z08 sau Z09 ar trebui să fie alocat ca diagnostic principal. Înregistrați ca diagnostic adițional codul adecvat de la categoriile Z85–Z87 pentru istoricul personal.

EXEMPLUL 1:

Pacient internat pentru controlul cancerului vezicii urinare (tratat anterior prin terapie cu radiații). Trabecularea vezicii urinare a fost observată dar fără recurența malignității.

Z08.1 *Examinare de control după radioterapie pentru neoplasm malign*
 N32.8 *Alte tulburări specificate ale vezicii urinare*
 Z85.5 *Istoric personal de neoplasm malign al tractului urinar*

EXEMPLUL 2:

Pacient internat pentru controlul ulcerelor gastrice (tratat medicamentos). Endoscopia relevă ulcerele vindecate, dar fără nici o dovadă a ulcerățiilor active.

Z09.8 *Examinare de control după alt tratament pentru alte afecțiuni*
 Z87.11 *Istoric personal de boala ulceroasă peptică*

Dacă afecțiunea a fost recurentă sau este prezentă o afecțiune reziduală, codificați afecțiunea ca diagnostic principal. (Vezi de asemenea [ACS 0046](#) *Selecția diagnosticului pentru endoscopie aceeași zi*, pag. 10).

EXEMPLUL 3:

Carcinom de vezică urinară găsit la control prin cistoscopie.

C67.9 *Neoplasm malignan al vezicii urinare, nespecificat*
 M8010/3 *Carcinom nespecificat altminteri*
 Z08.9 *Examinare de control după tratament nespecificat pentru neoplasm malign¹*

¹ Extras din NCCH ICD-10-AM, iulie 2002, Factori Care Influențează Starea de Sănătate și Contactul cu Serviciile de Sănătate.