



Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2008



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-111-5 (PDF)

© 2007 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2008*, Ottawa, ICIS, 2007.

This publication is also available in English under the title *Canadian Coding Standards for ICD-10-CA and CCI for 2008*.

ISBN 978-1-55465-110-8 (PDF)

Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI 2008

Table des matières

Remerciements.....	i
Introduction	iii
Normes de codification générales de la CIM-10-CA	1
Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA	1
Codification des problèmes principaux et des autres problèmes pour le SNISA	3
Définitions des types de diagnostic pour la BDCP	5
Diagnostics d'importance équivalente	14
Spécificité	16
Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification.....	17
Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque	19
Affections aiguës et chroniques.....	22
Conditions imminentes ou menaçantes	23
Symptômes ou conditions sous-jacents	23
Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)	25
Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée	27
Séquelles.....	29
Admissions via le service des urgences.....	30
Interventions annulées.....	32
Normes de codification générales de la CCI	35
Sélection des interventions à codifier des sections 1, 2 et 3 pour le SNISA	35
Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP.....	36
Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3 pour la BDCP	38
Sélection des interventions à codifier de la section 5	39
Codes composés dans la CCI	40
Codes multiples dans la CCI.....	41
Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction	42
Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées.....	43
Contrôle d'une hémorragie	45
Destruction ou excision de tissu aberrant ou ectopique	47
Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse	47
Interventions abandonnées.....	48
Échecs d'intervention	50
Changement de plan au cours d'une intervention	51
Interventions converties.....	51
Interventions reprises	52
Interventions endoscopiques	56
Interventions d'imagerie diagnostique	57

Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires	59
Infections	59
Micro-organismes résistant aux médicaments	60
Septicémie.....	61
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	64
Hépatite virale.....	69
Chapitre II — Tumeurs	71
Tumeur primitive avec métastases	71
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	71
Tumeurs secondaires	73
Tumeur maligne de siège non précisé	74
Tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tissus apparentés.....	75
Tumeurs s'étendant dans les tissus adjacents.....	76
Tumeurs du tissu ectopique	76
Tumeurs dont les limites se chevauchent (sites contigus).....	77
Admissions à la suite d'un diagnostic de cancer.....	78
Complications d'une maladie maligne	79
Tumeurs malignes récurrentes	81
Interventions diagnostiques et thérapeutiques pertinentes à la codification des tumeurs.....	82
Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.....	87
Diabète sucré	87
Diabète sucré et hyperglycémie	98
Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré	99
Coma dans les cas de diabète sucré.....	101
Diabète sucré comme comorbidité après l'admission	103
Diabète sucré et grossesse.....	105
Déshydratation.....	106
Chapitre VI — Maladies du système nerveux.....	109
Résection intracrânienne de lésions ou de tumeurs.....	109
Révision des systèmes de dérivation du LCR (ventricule, tronc cérébral, canal rachidien)	111
Crises d'épilepsie.....	112
Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral	116
Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire	119
Hypertension et conditions associées	119
Syndrome coronarien aigu (SCA)	121
Intervention coronaire percutanée (ICP)	129
Traitement thrombolytique	134
Infarctus aigus du myocarde comme complication d'une intervention chirurgicale et de la période périopératoire.....	137
Infarctus aigu du myocarde survenant durant la période postopératoire.....	139
Angine de poitrine.....	140
Cardiopathie ischémique chronique	142
Complications des pontages aortocoronariens (PAC).....	144
Arrêt cardiaque.....	146

Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT).....	149
Maladie vasculaire périphérique	153
Anévrismes.....	155
Fibrillation auriculaire postopératoire.....	157
Insuffisance cardiaque postopératoire.....	160
Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire.....	163
Pneumopathie lobaire	163
Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	164
Asthme	166
Résection d'une lésion nasale (polypes)	167
Réparations nasales	168
Ventilation artificielle.....	169
Chapitre XI — Maladies de l'appareil digestif	173
Sélection des attributs pour les réparations d'hernie	173
Gastroentérite et diarrhée	174
Varices oesophagiennes hémorragiques	175
Hémorragie digestive.....	178
Oesophago-gastro-duodéoscopie diagnostique	180
Interventions diagnostiques par coloscopie.....	182
Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	189
Cellulite.....	189
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.....	191
Arthrectomie et arthroplastie.....	191
Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau.....	192
Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation	194
Fractures	195
Arthrose	199
Rétrécissement du canal médullaire.....	201
Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire	203
Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	203
Ménorragie comme diagnostic principal.....	204
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité.....	207
Mort intra-utérine.....	207
Grossesse se terminant par un avortement.....	208
Poursuite de la grossesse après avortement/Réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples	212
Complications consécutives à un avortement et à une grossesse extra-utérine ou molaire	215
Infection par les streptocoques du groupe B/sujet porteur au cours de la grossesse.....	216
Accouchement complètement normal	217
Grossesses multiples.....	220

Sélection du sixième caractère pour la codification de l'obstétrique	221
Accouchement avec antécédents de césarienne antérieure	225
Séquence des codes de diagnostic en obstétrique	226
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement	231
Rupture prématurée des membranes	233
Travail avant terme	234
Travail prolongé	234
Travail trop rapide	236
Dystocie	236
Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale	239
Hémorragie du post-partum	240
Complications de l'anesthésie au cours du travail et de l'accouchement	241
Dilatation et curetage	242
Interventions associées à l'accouchement	243
Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ...	247
Faible poids à la naissance	247
Asphyxie fœtale et obstétricale	249
Détresse respiratoire du nouveau-né	253
Ictère néonatal	254
Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né	255
Traumatisme à la naissance	258
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	261
Réactions indésirables et empoisonnements	261
Lésion traumatique intracrânienne SAI et lésion traumatique de la tête SAI	265
Fracture du crâne et lésion intracrânienne	266
Plaies ouvertes	267
Fractures — Fermées versus ouvertes	268
Traitement des fractures	269
Luxations	269
Lésions des vaisseaux sanguins	270
Lésions significatives	270
Blessures par écrasement	271
Lésions bilatérales	272
Brûlures et corrosions	273
Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure	276
Attribution du diagnostic principal et du diagnostic du problème principal dans le cas de brûlures multiples	277
Brûlures touchant plusieurs régions corporelles	278
Brûlures et corrosions dues à des substances à usage topique ou à une irradiation ..	278
Ordre de codification des lésions multiples en fonction du degré de gravité	279
Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples	280
Attribution de codes pour plusieurs types de lésions importantes touchant une seule région corporelle	281

Attribution de codes pour plusieurs types de lésions touchant plusieurs régions corporelles	284
Codification des lésions multiples non spécifiques — Visites aux urgences	285
Complications précoces de traumatismes	286
Lésions traumatiques récentes versus anciennes	287
Conditions et complications postopératoires	290
Complications de soins chirurgicaux et médicaux, NCA.....	296
Signes et symptômes postopératoires.....	298
Rejet ou échec d'organes, de greffons et de lambeaux transplantés.....	301
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	302
Organisation et typage des complications	305
Hémorragie, perforation ou lacération durant une intervention.....	307
Corps étrangers intravasculaires	310
Chapitre XX — Causes externes de morbidité et de mortalité	311
Codes de causes externes.....	311
Lieu de l'événement	311
Type d'activité	312
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.....	313
Évaluation préalable au traitement.....	313
Admission pour observation	315
Admission pour examen de contrôle	317
Admission pour convalescence	320
Dépistage de maladies précises	323
Ablation d'un organe à titre prophylactique	326
Codification des visites pour le SNISA, services de réadaptation	327
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie.....	328
Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire	330
Admission pour transfusion sanguine.....	331
Soins palliatifs.....	331
Nourrissons et mères en pension à l'hôpital.....	336
Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes.....	337
Chapitre XXIII — Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires ...	339
Syndrome d'inflammation systémique	339
Annexe A — Ressources	A-1
Normes de codification générales de la CCI	A-1
Définitions de greffons et de lambeaux	A-1
Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires	A-2
Micro-organismes résistants aux médicaments.....	A-2
Hépatite virale	A-3
Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.....	A-6
Diabète sucré	A-6
Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire	A-16
Syndrome coronarien aigu (SCA)	A-16

Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT).....	A-19
Fibrillation auriculaire.....	A-20
Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire.....	A-21
Pneumonie lobaire.....	A-21
Asthme	A-21
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte	A-21
Chapitre XI — Maladies de l'appareil digestif	A-22
Interventions diagnostiques par coloscopie	A-22
Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	A-23
Cellulite	A-23
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.....	A-23
Arthrose	A-23
Rétrécissement du canal médullaire	A-24
Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire	A-25
Relâchement du plancher pelvien	A-25
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité.....	A-27
Âge gestationnel.....	A-27
Trimestres	A-27
Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	A-28
Asphyxie foetale et obstétricale	A-28
Détresse respiratoire du nouveau-né	A-29
Ictère néonatal	A-30
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.....	A-31
Lésions par écrasement	A-31
Chapitre XXIII — Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires	A-32
Syndrome de la réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique.....	A-32
Annexe B — Interventions signalées.....	B-1
Annexe C — Historique des changements apportés aux normes de codification	C-1
Annexe D — Attributs obligatoires de la CCI	D-1
Annexe E — Règles de vérification des classifications.....	E-1
Annexe F1 — Références aux diagnostics de type (3) obligatoires énoncés dans les normes	F-1
Annexe F2 — Références aux diagnostics de type (3) facultatifs énoncés dans les normes	F-11
Annexe G — Codes de la section I de la CCI ayant des interventions génériques sous 50 qui ont des répercussions sur le GMA +	G-1

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé souhaite remercier les personnes suivantes et souligner leur participation aux Normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI 2008 :

Comité consultatif national sur la codification de la CIM-10-CA et de la CCI

Maureen Aucoin	Nova Scotia Department of Health, Nouvelle-Écosse
Roxanne Baldwin	Saskatchewan Health, Saskatchewan
Terry Kodybka	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Ontario
Pat Booth	Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
Shirley Groenen	Alberta Health and Wellness, Alberta
Rosalie Haire	Newfoundland and Labrador Centre for Health Information, Terre-Neuve-et-Labrador
Andrée Martin Desjardins	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Nouveau-Brunswick
Anne Mosher	Baffin Regional Hospital, Nunavut
Heather Murphy	Queen Elizabeth Hospital, Île-du-Prince-Édouard
Eileen Oleski	Santé Manitoba, Manitoba
Alain Saucier	Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec
Wendy White	Whitehorse General Hospital, Yukon
Donna Wong	Lions Gate Hospital, Colombie-Britannique

Nous remercions également les nombreux réviseurs de toutes les provinces et de tous les territoires pour leur appui continu et leurs contributions.

Introduction

Les Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI, 2008 sont conçues pour être utilisées avec la version 2007 de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada (CIM-10-CA) et avec la Classification canadienne des interventions en santé (CCI).

Format des normes

Chacune des normes présente :

- Les énoncés principaux dans des encadrés ombrés;
- Des exemples qui expliquent chacun des énoncés principaux.

Ces normes s'appliquent à toutes les séries de données soumises à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Les énoncés principaux et les exemples sont précédés d'un symbole qui indique si l'énoncé s'applique uniquement à la BDCP, au SNISA ou aux deux bases de données. Il n'est pas facile de choisir le symbole (BDCP ou SNISA), car chaque norme peut s'appliquer à l'une ou l'autre des deux bases de données.

Voici les trois symboles :



BDCP uniquement



SNISA uniquement



BDCP et SNISA

Les exemples incluent le type de diagnostic chaque fois que les cas sont suffisamment détaillés pour le déterminer. Le typage de diagnostic pour la BDCP et l'identification des problèmes pour le SNISA sont précisés dans les exemples à l'aide des codes suivants :

(M)	diagnostic principal
(1)	diagnostic de type (1)
(2)	diagnostic de type (2)
(3)	diagnostic de type (3)
(9)	diagnostic de type (9)
(0)	diagnostic de type (0)
(W)	diagnostic de type (W)
(X)	diagnostic de type (X)
(Y)	diagnostic de type (Y)
PP	diagnostic du problème principal
AP	diagnostic d'un autre problème

Au besoin, une information clinique et des composantes sur l'intervention sont fournies, de même que des exceptions, le cas échéant.

Il est plus facile de comprendre les normes lorsqu'on les lit dans leur intégralité. Chaque encadré peut contenir plus d'un énoncé et chaque norme peut contenir plus d'un encadré. Ces encadrés et énoncés sont présentés dans un ordre logique. Chaque énoncé s'applique à l'ensemble de la norme à laquelle il se rapporte.

Modifications

L'ICIS continue de mettre au point des modifications et de nouvelles normes en collaboration avec les divers territoires et provinces du Canada. Quelques nouvelles normes adaptées de documents provinciaux ont été incorporées dans les normes nationales.

Le terme « modifié » suivi d'une année apparaît à droite du titre d'une norme lorsque :

- de nouvelles directives ont été ajoutées à la norme;
- des changements de formulation ont été apportés pour clarifier la directive; et/ou
- des exemples ont été modifiés ou ajoutés.

Les normes ne sont pas « modifiées » lorsque les changements se limitent à la mise en forme du texte ou à l'ajout d'hyperliens.

Les normes de codification feront l'objet de révisions régulières de façon à répondre aux besoins en information sur la santé.

Qualité des données

Les normes de codification visent à compléter les règles de classification de la CIM-10-CA et de la CCI en fournissant une information complémentaire qui ne pouvait pas être incluse dans les classifications elles-mêmes. Les utilisateurs de ce document doivent avoir reçu une formation en matière de collecte de données pertinentes à partir de dossiers cliniques, et savoir utiliser la CIM-10-CA et la CCI.

Le dossier clinique sert de source à la codification des données sur la morbidité. Selon les études de seconde saisie, la documentation inadéquate est l'une des causes responsables des problèmes de qualité des données dans la classification des diagnostics, des problèmes et des interventions. Du point de vue de la collecte des données, la documentation inadéquate se divise en deux catégories :

1. Il existe des lacunes dans la documentation.

« Une documentation complète, claire et précise constitue la base de la codification rigoureuse de tous les types de dossiers médicaux »ⁱ [traduction]. Les lacunes dans la documentation résultent des éléments suivants :

- Renseignements non inscrits au dossier par le dispensateur de soins;
- Manque de détails ou de précision;
- Renseignements contradictoires ou incompatibles;
- Documents illisibles;
- Documents manquants.

i. Ellen MacDonald, « *Better Coding through Improved Documentation: Strategies for the Current Environment* », *Journal of AHIMA*, vol. 70, n°1 (janvier 1999), p. 32-35.

Certaines lois provinciales et territoriales sur les hôpitaux prévoient des règlements précisant les éléments qui doivent être inclus dans le dossier du patient. Habituellement, la législation désigne le Conseil d'administration comme étant responsable de s'assurer que les exigences sont respectées.

Si le dossier ne contient pas suffisamment de renseignements pour la sélection d'un code, le codificateur doit consulter le dispensateur de soins de santé. Les *normes canadiennes de codification* ne peuvent fournir de directive en compensation d'une documentation incomplète.

2. L'établissement de santé ne fournit pas au codificateur tous les documents nécessaires.

Afin de garantir la qualité de leurs données, les établissements de santé doivent s'assurer que les codificateurs ont accès à la documentation nécessaire pour la sélection précise des codes. Des processus (comme les dossiers mixtes et le recrutement de codificateurs qui travaillent à partir de régions éloignées) ont dû être créés pour remédier aux problèmes de recrutement, aux délais plus courts de soumission des données et à l'adoption du dossier de santé électronique; cependant, ces processus empêchent les codificateurs d'accéder à toute la documentation pertinente.

L'ICIS recommande aux établissements d'adopter des politiques internes qui déterminent les documents de base auxquels les codificateurs doivent avoir accès pour des raisons de collecte de données de qualité. Le tableau ci-dessous dresse la liste des documents pertinents recommandés par l'ICIS pour la collecte et la classification des données à partir de la CIM-10-CA et de la CCI. Bien que les établissements n'utilisent pas tous la même terminologie pour désigner chaque composante du dossier de santé, les codificateurs sauront quels dossiers ou documents sont nécessaires.

Documents sources recommandés pour la qualité des données de la collecte et la classification des données à l'aide de la CIM-10-CA et de la CCI	
Type de cas	Exigences relatives à la documentation
Intervention chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé à la sortie (cas complexes) • Remarques sur les antécédents et l'examen physique • Notes d'évolution • Compte rendu d'opération (avec diagnostic postopératoire) • Rapport d'anesthésie (pour connaître les éléments de données sur l'heure se rapportant au bloc opératoire) • Rapport de pathologie • Rapports de consultation • Rapports d'imagerie diagnostique (pour plus de précision)
Intervention médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé à la sortie (avec diagnostics finaux) • Remarques sur les antécédents et l'examen physique • Notes d'évolution • Rapports de consultation • Rapports sur les interventions (p. ex. cathétérisme cardiaque et ventilation artificielle) • Rapports d'imagerie diagnostique et résultats des analyses de laboratoire (pour plus de précision)

Documents sources recommandés pour la qualité des données de la collecte et la classification des données à l'aide de la CIM-10-CA et de la CCI	
Type de cas	Exigences relatives à la documentation
Décès	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé à la sortie (avec diagnostics finaux) • Rapport d'autopsie provisoire (le cas échéant) • Remarques sur les antécédents et l'examen physique • Notes d'évolution • Rapports de consultation • Rapports d'imagerie diagnostique et résultats des analyses de laboratoire (pour plus de précision)
Soins obstétricaux	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier prénatal • Résumé du travail et dossier de l'accouchement ou de l'intervention • Rapport d'anesthésie
Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier de la mère ou copie du dossier de l'accouchement • Examen physique du nouveau-né
Visites au service d'urgence ou en consultation externe	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier du service d'urgence ou de la consultation externe (avec diagnostics finaux) • Rapports des tests diagnostiques
Chirurgie d'un jour	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier de la consultation externe (avec diagnostics finaux) • Remarques sur les antécédents et l'examen physique • Compte rendu d'opération (avec diagnostic postopératoire) • Rapport d'anesthésie (pour connaître les éléments de données sur l'heure se rapportant au bloc opératoire) • Rapport de pathologie

Utilisation de la version PDF des normes de codification

Le document PDF des normes de codification en version électronique est facile à consulter.

Vous pouvez lancer une recherche dans ce document selon l'une des méthodes suivantes :

- Ouvrez la table des matières afin d'obtenir la liste de chaque norme par titre et son hyperlien respectif;
- Cliquez sur les jumelles situées sur la barre d'outils (Rechercher) afin de lancer une recherche par phrase ou par code.

Vous pouvez également copier des parties du texte PDF en surlignant le texte à l'endroit souhaité, selon les options du logiciel.

Des hyperliens ont été insérés dans le document afin de permettre un accès rapide à d'autres normes, au besoin.

Normes de codification générales de la CIM-10-CA

Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA

En vigueur depuis 2002, modifié en 2007, 2008

Problème principal (PP)

Le « problème principal » correspond au problème que l'on considère comme la raison de la visite du client la plus importante sur le plan clinique. Ce problème nécessite une évaluation, un traitement ou il doit être géré. Il peut s'agir d'un diagnostic, d'un état, d'un problème ou d'une circonstance.

Le dispensateur de soins de santé détermine le « problème principal » à la fin de la visite. Par dispensateur, on entend un médecin ou un autre professionnel de la santé responsable de dispenser des soins au client (p. ex. professionnels paramédicaux).

Lorsque l'on croit que plusieurs problèmes font partie de la raison principale pour laquelle des services de soins ambulatoires ont été fournis, le problème principal est celui qui a exigé la plus grande utilisation de ressources.

L'entrée doit être un code valide de la CIM-10-CA.

Dans le cas des patients qui ont quitté l'établissement sans avoir été examinés, le problème principal reste celui énoncé par le patient à son arrivée. Cette situation peut se produire n'importe quand au cours de sa visite.

Autre problème (AP)

Les « autres problèmes » représentent les problèmes, les états ou les circonstances qui coexistent au moment de la visite et qui influencent les besoins du client en matière de traitement ou de soins. Il est possible d'inscrire les autres problèmes sur l'abrégé de soins ambulatoires seulement s'ils ont une incidence sur la visite, si une norme précise de le faire dans les Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI ou si la directive est donnée dans la classification même.

Remarque : La documentation rédigée par les professionnels paramédicaux, soit les infirmières, les membres de l'équipe d'intervention des urgences, les physiothérapeutes, qui ne sont pas les dispensateurs du service principal, peut être utilisée pour déterminer les autres problèmes.

Les maladies chroniques et les conditions déjà traitées et qui ne sont plus présentes chez le patient ne sont pas recueillies à titre d'autres problèmes, à moins qu'une directive en ce sens soit précisée dans les Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI ou dans la classification même.

Classer les autres problèmes en fonction de leur répercussion sur les services fournis au moment de la visite.

L'entrée doit être un code valide de la CIM-10-CA.

Les codes pour les autres problèmes comprennent les codes de causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98) et ceux des lieux de l'événement (U98).

Reportez-vous également aux normes de codification *Codes de causes externes* et *Lieu de l'événement*.

Exemple : M. K se présente au service des urgences avec une toux et une fièvre. Il est traité pour une pneumonie. L'infirmière a noté que le patient est atteint d'un diabète de type 2 connu depuis de nombreuses années. Il souffre également de coronaropathie.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.9	PP	Pneumopathie, sans précision
E11.52	AP	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées
I25.19	AP	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon

Justification : Normalement, les maladies chroniques ne sont pas recueillies en tant qu'autre problème. Toutefois, il faut toujours codifier le diabète sucré, même si les soins prodigués au cours de cet épisode ne visent pas cette condition en particulier. La documentation rédigée par les professionnels paramédicaux qui ne sont pas les dispensateurs du service principal peut être utilisée pour déterminer les autres problèmes. Reportez-vous aussi à la norme de codification *Diabète sucré*.

Exemple : M^{me} L. se présente à la clinique d'oncologie pour une séance de chimiothérapie pour traiter une tumeur maligne de la bronche souche gauche.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.1	PP	Séance de chimiothérapie pour tumeur
C34.01	AP	Tumeur maligne de la bronche souche gauche

Justification : Il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire à titre d'autre problème pour la tumeur maligne. Reportez-vous également à la norme de codification *Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie*.

Exemple : M. X. se présente au service des urgences avec des douleurs thoraciques. Après observation et examens diagnostiques, on conclut que les douleurs thoraciques ne sont pas d'origine cardiaque. Le diagnostic à la sortie du service des urgences est « douleurs thoraciques non cardiaques, reflux gastrooesophagien probable ».



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R07.4	PP	Douleur thoracique, sans précision
(Q) K21.9	AP	Reflux gastrooesophagien sans oesophagite

Justification : Les diagnostics suspectés, discutables, à éliminer, possibles, probables ou autres peuvent être recueillis en tant qu'autres problèmes; dans de tels cas, utilisez le préfixe « Q ».

Codification des problèmes principaux et des autres problèmes pour le SNISA

En vigueur en 2002, modifié en 2008

Pour être classés en tant que **problème principal** (PP), les diagnostics doivent être appuyés par la documentation fournie par le médecin (ou le dispensateur responsable). Le SNISA reconnaît que les professionnels paramédicaux de la santé (p. ex. les infirmières, les intervenants en gestion de crise et les physiothérapeutes) peuvent être les principaux dispensateurs de services, voire les seuls. Lorsque le principal dispensateur de services n'est **pas** un médecin, la documentation d'un professionnel paramédical de la santé peut servir à sélectionner le problème principal. Lorsque le principal dispensateur de services **est** un médecin, la documentation de professionnels paramédicaux de la santé peut être utilisée pour sélectionner le code d'un problème secondaire.

Les diagnostics qui apparaissent uniquement sur un certificat de décès, un rapport d'examen médical ou les consultations préopératoires en anesthésie se qualifient en tant qu'autres problèmes lorsqu'ils respectent la définition d'un **autre problème** (AP).

Les conditions consignées dans les notes des infirmières, les rapports de pathologie, les résultats de laboratoire, les profils pharmaceutiques, les rapports d'examens radiologiques, les rapports d'examens par imagerie nucléaire et les rapports d'autres examens similaires sont des outils utiles lorsqu'ils ajoutent clairement de la précision pour la sélection d'un code approprié pour le diagnostic, selon les conditions consignées dans les notes du médecin ou du dispensateur responsable.

- S** Déterminez le problème principal à partir de la documentation en identifiant soit :
 - l'énoncé (formulé) diagnostic final;
 - un symptôme, un signe ou un résultat de test anormal en l'absence d'énoncé (formulé) d'un diagnostic final;
 - la raison précise de la visite (p. ex. examen de contrôle, traitement, observation en raison d'une affection suspectée ou évaluation préopératoire).
- S** Indiquer le problème principal comme premier code de diagnostic sur l'abrégié.
- S** Codifier toujours avec le plus grand souci de précision en vous fiant à la documentation.

Reportez-vous également à la norme de codification *Spécificité et Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)*.

Énoncé définitif (formulé) du diagnostic

Exemple : Une femme se présente avec une hématomèse. L'investigation révèle qu'elle est due à un ulcère aigu de l'estomac (avec hémorragie). La patiente prend des AINS pour une autre maladie non reliée à l'ulcère. Le médecin a indiqué au dossier « saignement gastrique lié aux AINS ».



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K25.0	PP	Ulcère de l'estomac, aigu avec hémorragie
Y45.3	AP	Autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Un code de cause externe peut être assigné avec tout autre code lorsqu'il décrit un facteur contribuant à la condition ou au trouble (tel que l'effet indésirable des AINS qui provoque le saignement d'un ulcère).



Attribuez un code supplémentaire de cause externe provenant du chapitre XX – *Causes externes de morbidité et de mortalité* lorsque le problème principal ou autre est codifié comme une lésion traumatique du chapitre XIX – *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*.



Attribuez un code supplémentaire pour décrire le lieu où la blessure s'est produite.

Reportez-vous également aux normes de codification *Codes de causes externes* et *Lieu de l'événement*.

Exemple : Une décoratrice d'intérieurs tombe d'une échelle en peignant le salon d'un client. Elle subit une fracture fermée de l'humérus distal.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S42.490	PP	Fracture d'une partie non précisée de l'extrémité inférieure de l'humérus, fermée
W11	AP	Chute sur ou d'une échelle
U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile
U99.2	AP	En exerçant un travail à des fins lucratives (facultatif)

Symptôme, signe ou résultat de test anormal

Exemple : Un homme qui s'est récemment disputé avec sa femme se présente aux urgences en se plaignant de vertiges aigus. Lors de l'examen, le médecin constate que la tension artérielle du patient est élevée et note la dispute comme étant la cause des vertiges. Il n'y a pas eu de diagnostic d'hypertension. Un suivi est organisé avec son médecin de famille et son travailleur social.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R03.0	PP	Constataion d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension
Z63.0	AP	Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire

Raison précise de la visite

- **Examens de contrôle** — Consultez aussi la norme de codification *Admission pour examen de contrôle*;
- **Visites liées à un traitement précis** — La dialyse, la radiothérapie, l'ajustement d'une prothèse, les appareils d'abouchement, les stimulateurs cardiaques, etc., se voient attribuer des codes du *chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*;
- **Observation** — Consultez aussi la norme de codification *Admission pour observation*;
- **Évaluation préopératoire** — Consultez aussi la norme de codification *Évaluation préalable au traitement*.
- **Examens diagnostiques** — Consultez aussi la norme de codification *Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification*.

Définitions des types de diagnostic pour la BDCP

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008

Le typage de diagnostic s'applique à toutes les données soumises à la Base de données sur les congés des patients (BDCP). L'attribution d'un type de diagnostic à une condition vise à indiquer les répercussions de cette condition sur les soins administrés au patient comme en témoigne la documentation du médecin. Lorsque la responsabilité des soins a été assignée à un dispensateur de soins paramédicaux en particulier (sage-femme, infirmière praticienne), il est possible de s'appuyer sur la documentation rédigée par ce dispensateur pour sélectionner les codes à inscrire et déterminer l'importance des diagnostics dans l'attribution du type de diagnostic. Un type de diagnostic doit être attribué à tous les diagnostics ou conditions figurant dans la BDCP. Il est obligatoire d'inscrire sur l'abrégé de la BDCP un type de diagnostic à chacune des conditions et à chacun des diagnostics.

Il existe plusieurs types de diagnostic :

- diagnostic principal (type M);
- diagnostics de comorbidités (types 1 et 2);
- diagnostics secondaires (type 3);
- codes de morphologie (type 4);
- diagnostic d'admission (type 5);
- diagnostic principal indirect (type 6);
- diagnostic de transfert de service (types W, X et Y);
- code de cause externe de lésion traumatique (type 9);
- diagnostics réservés aux abrégés des nouveau-nés (type 0).

Les types (M), (1), (2), (W), (X) et (Y) sont considérés comme des types de diagnostic significatifs.

Définition des comorbidités

Une comorbidité est une condition qui coexiste au moment de l'admission ou qui apparaît après l'admission et qui présente au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- elle a des répercussions importantes sur le traitement reçu;
- elle exige un traitement au-delà de la prise en charge de la condition préexistante;
- elle prolonge la durée du séjour d'au moins 24 heures.

Afin de déterminer l'importance d'une condition, les notes du médecin (ou du dispensateur responsable) doivent préciser qu'elle exigeait au moins l'un des éléments suivants :

- une consultation pour évaluer une condition non diagnostiquée auparavant;
- une consultation pour évaluer une condition diagnostiquée auparavant pour laquelle un nouveau traitement, ou un traitement modifié, est recommandé ou entrepris (exclut l'évaluation anesthésique préopératoire);
- une intervention thérapeutique dont le numéro du code est égal ou supérieur à 50 dans la section 1 de la CCI;
- une intervention thérapeutique de la liste *Interventions signalées* de l'annexe B (reportez-vous également à la norme de codification *Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP*);
- une intervention diagnostique, une inspection ou une biopsie, dont le code correspond à la section 2 de la CCI;
- la prolongation de la durée du séjour d'au moins 24 heures.

Pour être classées en tant que comorbidités, les diagnostics doivent être appuyés par la documentation fournie par le médecin (ou le dispensateur responsable) selon les conditions indiquées plus haut. Cependant, les notes infirmières, les rapports de pathologie, les résultats d'analyse de laboratoire, les rapports d'autopsie, les profils pharmaceutiques, les examens radiologiques, les examens par imagerie nucléaire et les autres examens similaires sont tous des outils utiles pour la sélection du code de diagnostic approprié et précis. Les conditions consignées dans ces rapports peuvent être enregistrées comme diagnostics de type (3), lorsque la documentation du médecin n'appuie pas la saisie de la condition comme une comorbidité.

Diagnostic de Type (M) — Diagnostic principal

Un diagnostic de type (M) est le diagnostic ou la condition qui peut être décrite comme étant responsable du séjour du patient à l'hôpital. En présence de conditions multiples, choisissez celle qui est responsable de la majeure partie du séjour ou qui nécessite les ressources les plus importantes (c.-à-d. nombre d'heures en salle d'opération, technologie d'exploration, etc.)

- Si aucune intervention n'a été réalisée, considérez alors le premier diagnostic inscrit comme étant le diagnostic final.
- Si aucun diagnostic définitif n'a été posé, le diagnostic principal est le résultat anormal, le symptôme ou le trouble le plus important.

Diagnostic de Type (1) — Comorbidité avant l'admission

Un diagnostic de type (1) est une condition qui existait avant l'admission, a été codifiée au moyen de la CIM-10-CA et satisfait aux critères de comorbidité.

Diagnostic de Type (2) — Comorbidité après l'admission

Un diagnostic de type (2) est une condition qui se manifeste après l'admission, a été codifiée au moyen de la CIM-10-CA et satisfait aux critères de comorbidité.

Si une comorbidité après l'admission satisfait aux critères de diagnostic principal, elle doit être enregistrée en tant que tel et en tant que diagnostic de type (2).

Reportez-vous également aux normes de codification *Conditions et complications postopératoires* et *Signes et symptômes postopératoires*.

Diagnostic de Type (3) — Diagnostic secondaire

Un diagnostic de type (3) est un diagnostic ou une condition secondaire pour lequel un patient peut avoir reçu ou non un traitement, qui a été codifié au moyen de la CIM-10-CA et ne satisfait pas aux critères de comorbidité. Les diagnostics qui **apparaissent uniquement** sur la feuille sommaire, le résumé de congé, le certificat de décès, le rapport d'examen médical ou les consultations préopératoires en anesthésie sont des diagnostics de type (3) (diagnostic secondaire). Si le médecin a indiqué ailleurs dans le dossier que la condition a influé sur le traitement reçu, qu'elle a nécessité un traitement au-delà de la prise en charge de la condition préexistante ou qu'elle a prolongé la durée du séjour d'au moins 24 heures, vous devez déterminer s'il s'agit d'une comorbidité de type (1) ou de type (2).

Remarque : La documentation de la médication en cours pour le traitement d'une condition préexistante ne suffit pas à ce que cette condition soit considérée comme une comorbidité. Si elles sont codifiées, les conditions qui ne répondent pas aux critères de comorbidité doivent être classées en tant que diagnostic de type (3).

Le type (3) ne peut être utilisé lorsque le code d'entrée est : (N) — Nouveau-né.

Consultez l'*annexe F1 — Références aux diagnostics de type (3) obligatoires énoncés dans les normes* et l'*annexe F2 — Références aux diagnostics de type (3) facultatifs énoncés dans les normes*.

Diagnostic de Type (W), (X), (Y) — Diagnostic de transfert de service

Un code de la CIM-10-CA associé au premier, au deuxième ou au troisième transfert de service.

Diagnostic de Type (4) — Code de morphologie

Les codes de morphologie, diagnostic de type (4), sont dérivés des codes de la CIM-O (Classification internationale des maladies — Oncologie), qui décrivent les types de tumeurs ainsi que leur comportement. Ces codes se trouvent dans le chapitre XXII — Morphologie des tumeurs.

Diagnostic de Type (5) — Diagnostic d'admission

Le type (5) peut être utilisé pour codifier le diagnostic d'admission lorsque celui-ci diffère du code de diagnostic principal. L'usage est déterminé à l'échelle provinciale ou de l'établissement. Reportez-vous au Manuel de saisie de l'information, BDCP ainsi qu'aux politiques des établissements pour connaître les exigences provinciales et des établissements sur l'usage de ce type de diagnostic.

Diagnostic de Type (6) — Diagnostic principal indirect

Un diagnostic de type (6) est attribué à un code à astérisque désigné, conformément à la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque, lorsque la condition qu'il représente correspond à la définition du diagnostic principal (M). Dans la codification de la morbidité, les codes à astérisque représentent des manifestations d'un état sous-jacent et, selon les règles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ils doivent être classés en fonction du code de l'état sous-jacent. Ces codes sont mis en évidence au moyen du symbole d'une dague (†) dans la classification CIM-10-CA. Le type (6) est inscrit à la **deuxième ligne** du champ du diagnostic sur l'abrégié afin d'indiquer que la manifestation est responsable de la plus grande proportion du séjour du patient à l'hôpital. Lorsque l'état sous-jacent répond aux critères du diagnostic principal ou lorsqu'il serait difficile de déterminer si ce diagnostic correspond à l'état sous-jacent ou à la manifestation, le code à astérisque se voit attribuer le type (3) au diagnostic.

Reportez-vous également à la section *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*.

Remarque : Seul un code à astérisque peut avoir le type de diagnostic (6).

Exemple : M. Untel est un patient au stade avancé de la maladie de Crohn. Il prend une médication de maintenance pour traiter son entérite régionale. Cette fois, il se présente avec des douleurs, une tuméfaction et de l'inflammation dans le bas du dos. Il est admis pour le traitement de l'arthrite des articulations sacro-iliaques, une complication de l'entérite.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K50.9†	(M)	Maladie de Crohn, sans précision
M07.4*	(6)	Arthropathie au cours de la maladie de Crohn (entérite régionale)

Justification : Le code de l'arthropathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics sur l'abrégié. Cependant, étant donné que cette condition (et non la maladie de Crohn) répond aux critères du diagnostic principal, il faut donc lui attribuer le type (6). Notez que le code K50.9 n'est pas toujours un code à dague. Toutefois, dans le cas de cette combinaison de maladies, l'index alphabétique indique qu'il doit être utilisé à ce titre avec le code M07.4.

Exemple : Un patient souffrant de lupus érythémateux disséminé connu se présente avec une hématurie et de la fièvre. On diagnostique une néphrite et on l'admet pour le traitement de sa maladie rénale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M32.1†	(M)	Lupus érythémateux disséminé avec atteinte d'organes et d'appareils
N08.5*	(6)	Glomérulopathie au cours d'affections disséminées du tissu conjonctif

Justification : Le code de la glomérulopathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics sur l'abrégié. Cependant, étant donné que la néphrite (et non le lupus érythémateux disséminé) répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (6) au diagnostic.

Exemple : M^{me} Unetelle est admise pour une méningite à méningocoques.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
A39.0†	(M)	Méningite à méningocoques
G01*	(3)	Méningite au cours d'affections bactériennes classées ailleurs

Justification : Cette patiente souffre d'une maladie infectieuse au niveau du système nerveux; la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque s'applique donc ici. Toutefois, comme il serait difficile de déterminer si c'est l'état sous-jacent ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, le code à astérisque se voit donc attribuer un type (3).

Exemple : M. F. est atteint de diabète sucré de type 1 et d'une rétinopathie diabétique. Il est admis en ophtalmologie pour traiter sa rétinopathie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.30†	(M)	Diabète sucré de type 1 avec rétinopathie simple
H36.0*	(6)	Rétinopathie diabétique

Justification : Le code de la rétinopathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics sur l'abrégié. Cependant, étant donné que cette condition (et non le diabète sucré) répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (6) au diagnostic.

Exemple : M. F. est atteint de diabète sucré de type 1 et d'une rétinopathie diabétique. Son taux de glycémie est instable et il est admis pour le contrôle de son diabète.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.30†	(M)	Diabète sucré de type 1 avec rétinopathie simple
H36.0*	(3)	Rétinopathie diabétique

Justification : Dans cet exemple, le diabète répond aux critères du diagnostic principal. Par conséquent, le type (6) n'est pas attribué au code à astérisque.

Diagnostic de Type (7) et (8) — Réservé à l'ICIS — NE PAS UTILISER

Diagnostic de Type (9) — Code de cause externe de lésion traumatique

Le type (9) est un code de cause externe de lésion traumatique (chapitre XX — Causes externes de morbidité et de mortalité), un code de lieu de l'événement (U98.— *Lieu de l'événement*) ou un code d'activité (U99.— *Activité*). Les codes du chapitre XX sont obligatoires avec les codes de la rubrique S00-T98 *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*. La catégorie U98 *Lieu de l'événement*, doit être utilisée avec les codes de la rubrique W00-Y34, à l'exception des codes Y06 et Y07. La catégorie U99.— *Activité* est facultative.

Diagnostic de Type (0) — Nouveau-né

Le type (0) ne s'emploie qu'avec les codes de nouveau-nés (catégorie d'admission « N »).

Chez un nourrisson **en santé** dont le diagnostic principal est un code de la catégorie Z38.— *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, tout autre code inscrit sur l'abrégé doit être un diagnostic de type (0).

Remarque : Le type de diagnostic (3) ne peut être appliqué à aucun code de l'abrégé d'un nouveau-né.

Chez un nourrisson **en mauvaise santé** dont le diagnostic principal est un code des rubriques P00 à P96 ou tout autre code de tout autre chapitre de la CIM-10-CA correspondant à une condition importante (toute condition qui répond aux critères d'une comorbidité), la catégorie Z38.— doit être un type de diagnostic (0). Dans de telles circonstances, ce type de diagnostic peut être utilisé pour enregistrer toute condition non importante sans incidence sur le traitement ou la durée de séjour du nouveau-né et qui ne satisfait pas aux critères de comorbidité. Les autres conditions qui répondent aux critères des comorbidités se voient attribuer les types de diagnostic (1), (2), (W), (X) ou (Y), selon la documentation figurant au dossier.

Remarque : Il est obligatoire d'assigner un code de la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, sur l'abrégé d'un nouveau-né.

Un nouveau-né est dit « en mauvaise santé » et le type de diagnostic (0) est attribué aux codes de la catégorie Z38.— lorsqu'une **condition décrite dans le dossier** du nouveau-né répond à l'un des critères suivants :

- La condition entraîne la prolongation de la durée du séjour (p. ex. au-delà de la durée de séjour prévue chez les nouveau-nés en santé, à l'exclusion des durées de séjour prolongées en raison d'une condition chez la mère qui nécessite un traitement).
- La condition nécessite une supervision ou une mise en observation (p. ex. admission à l'unité néonatale de soins intensifs, à l'exclusion des admissions de routine à l'unité néonatale de soins intensifs à la suite d'une césarienne).
- La condition menace la santé ou la vie du nouveau-né.
- La condition nécessite une consultation médicale ou chirurgicale.

- La condition nécessite une investigation (p. ex. interventions thérapeutiques ou diagnostiques).
- La condition nécessite un autre traitement ou un suivi (autre que l'examen postnatal de routine) après la sortie du nouveau-né (p. ex. malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques).

Exception : Une consultation en vue d'une circoncision ne signifie pas que le nouveau-né est en « mauvaise santé ». Il faut toujours attribuer le type de diagnostic (0) au code Z41.2 *Circoncision rituelle et de routine*, si celle-ci est codifiée.

Exemple : Une petite fille naît par voie vaginale à 34 semaines de gestation; elle pèse 2 400 grammes. Elle est transférée à l'unité néonatale de soins intensifs avec un diagnostic de prématurité et une consultation en cardiologie est demandée. Suite à la consultation, le diagnostic est une persistance du canal artériel qui s'est par la suite fermé spontanément cinq jours après la naissance. Elle obtient son congé 21 jours après sa naissance.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Q25.0	(1)	Persistance du canal artériel
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Le nouveau-né est en mauvaise santé, car il avait un faible poids à la naissance et souffrait de persistance du canal artériel. Consultez également la norme de codification *Faible poids à la naissance*.

Exemple : Un bébé naît à terme par voie vaginale; les forceps sont utilisés. Dans le rapport d'examen physique, le médecin a noté que le nouveau-né avait un céphalématome.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z38.00	(M)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale
P12.0	(0)	Céphalématome dû à un traumatisme obstétrical
P03.2	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps

Justification : On considère que le nouveau-né est en santé, car aucune note n'indique qu'il y a eu des complications liées au céphalématome. Si cette condition est codifiée, on doit lui attribuer le type de diagnostic (0).

Exemple : Un petit garçon naît par voie vaginale à 40 semaines de gestation. Après évaluation initiale, le médecin pose un diagnostic de pied bot varus équin gauche. Aucune consultation n'a lieu pendant le séjour à l'hôpital. Cependant, les notes à la sortie indiquent que la mère doit prendre rendez-vous avec un chirurgien orthopédiste pour un suivi.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Q66.0	(M)	Pied bot varus équin
Z38.00	(O)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Dans le cas présent, on considère que le nouveau-né est en mauvaise santé. Bien qu'un séjour plus long et une mise en observation n'aient pas été nécessaires, le pied bot varus équin exigera un suivi et un traitement.

Exemple : Une petite fille naît à terme par accouchement vaginal spontané; elle pèse 3 928 grammes. Dans son dossier, on précise que sa sortie de l'hôpital a été retardée parce que la mère a développé une fièvre puerpérale qui a nécessité un examen supplémentaire et traitement. La mère a continué d'allaiter et de s'occuper de sa fille.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z38.00	(M)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Le nouveau-né est en santé. La prolongation du séjour n'est pas liée à son état de santé. Le code supplémentaire pour expliquer la durée de séjour prolongée dépend de la documentation du médecin.

Autres exemples de typage de diagnostic pour des conditions comorbides et secondaires

Exemple : M. H. est admis pour la réparation d'une hernie inguinale. Le sommaire de congé indique qu'il souffre de fibrillation auriculaire chronique et qu'il est sous digoxine, propanolol et warfarine (Coumadin) de longue date. Les instructions postopératoires sont les suivantes : ne pas donner de warfarine ce soir, donner 2,5 mg de warfarine demain matin et demain soir, RIN tous les jours pendant trois jours. Pendant son séjour à l'hôpital, le patient a été vu en consultation en cardiologie, et ses doses de digoxine et de propanolol ont été ajustées. Le sommaire de congé indique également que le patient est resté à l'unité de soins intensifs pendant 24 heures afin que l'on surveille de près sa fibrillation auriculaire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K40.9	(M)	Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène
I48.0	(1)	Fibrillation auriculaire

Justification : La fibrillation auriculaire est une comorbidité, puisqu'elle a justifié une consultation, un ajustement de la médication et une admission à l'unité de soins intensifs. Il est à noter que la « coagulopathie » ou la « coagulopathie acquise » n'est pas codifiée. L'ajustement de la posologie de la warfarine et la vérification des valeurs RIN font partie du traitement normal de tout patient sous anticoagulant.

Exemple : M. A. est admis avec un infarctus de la paroi antérieure du myocarde sans onde Q. L'histoire et examen physique du patient indique qu'il souffre d'arthrose et d'une douleur au genou gauche. Pendant sa convalescence à l'hôpital, une radiographie de son genou gauche a été effectuée, mais aucun traitement n'a été administré et aucune autre information n'est documentée à ce sujet



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.40	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de la paroi antérieure
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
M17.9	(3)	Gonarthrose, sans précision (codification facultative)

Justification : Le médecin a documenté une ostéoarthrite dans l'histoire et examen physique. Une simple radiographie a été effectuée pour évaluer la condition diagnostiquée auparavant, mais aucun traitement autre que celui pour la condition préexistante n'a été administré. Rien n'est documenté à l'effet que la condition a prolongé son séjour. Si cet état est codifié, le code M17.9 sera un diagnostic de type (3). La codification d'un code de la série R94.3– à titre de type de diagnostic (3) est obligatoire avec un code de diagnostic de la catégorie I21. Puisque la documentation de cet exemple n'appuie pas la sélection des codes R94.30, ni R94.31, il faut inscrire le code R94.38.

Exemple : M. W. est admis avec une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et une exacerbation aiguë de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Son traitement et son évolution sont consignés dans le sommaire de congé et dans les notes d'évolution. Il est traité au furosémide (Lasix) en IV, à l'oxygène et par pharmacothérapie locale (Ventolin et Combivent). Il se remet rapidement. Le jour où il doit recevoir son congé, une analyse de laboratoire indique une hypokaliémie. Le patient reste hospitalisé pendant 24 heures supplémentaires pour recevoir deux bolus de KCl. L'hypokaliémie est consignée dans les notes d'évolution du médecin et le patient est retourné chez lui avec un traitement oral d'éllixir KCl.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
J44.1	(1)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision
E87.6	(2)	Hypokaliémie

Justification : Le code J44.1 correspond à une comorbidité de type (1) puisque la condition était présente avant l'admission du patient. En outre, le résumé à la sortie et les notes d'évolution confirment son importance. Le code E87.6 correspond à une comorbidité de type (2) (comorbidité après l'admission), puisque la condition n'était pas présente au moment de l'admission à l'hôpital et les notes d'évolution reflètent clairement la prolongation de la durée du séjour en raison du traitement et de la stabilisation.

Exemple : M^{me} C. est admise avec une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et une exacerbation aiguë de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Elle est traitée au furosémide (Lasix) en IV, à l'oxygène et par pharmacothérapie locale (Ventolin et Combivent). Le traitement de l'ICC et de la MPOC, ainsi que la réponse de la patiente au traitement, sont clairement consignés dans les notes d'évolution. Elle récupère rapidement, mais une hypokaliémie est signalée dans les résultats d'analyses de laboratoire et un bolus de KCl lui est administré. À la suite de ce traitement, son taux de potassium revient à la normale. L'hypokaliémie n'est pas signalée dans les notes d'évolution.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
J44.1	(1)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision
E87.6	(3)	Hypokaliémie (codification facultative)

Justification : Dans cet exemple, l'hypokaliémie ne répond pas au critère de comorbidité et il n'y a aucune mention dans les notes d'évolution ou le résumé à la sortie indiquant qu'elle est importante.

Diagnostiques d'importance équivalente

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006



Lorsque deux diagnostics ou plus d'importance équivalente sont inscrits sans que le dossier médical n'indique clairement lequel est le diagnostic principal/problème principal, sélectionnez la condition pour laquelle une intervention définitive (par opposition à une intervention diagnostique), chirurgicale ou non, a été effectuée. Si aucune intervention chirurgicale n'a été réalisée, considérez alors le premier diagnostic inscrit comme étant le diagnostic principal/problème principal.

Exemple : M^{me} R. obtient son congé après avoir reçu un diagnostic de bronchopneumopathie traitée aux antibiotiques, et un diagnostic d'hémorragie gastro-intestinale haute causée par des varices œsophagiennes qui ont été sclérosées par approche endoscopique au moyen d'un laser.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I85.0	(M)	Varices œsophagiennes hémorragiques
J18.0	(1)	Bronchopneumopathie, sans précision
1.NA.13.BA-AG		Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser

Exemple : M^{me} C. reste cinq jours à l'hôpital afin de subir des examens plus approfondis et de recevoir un traitement conservateur en raison d'une exacerbation aiguë de sa maladie pulmonaire obstructive chronique et d'une occlusion intestinale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J44.1	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision
K56.6	(1)	Occlusions intestinales, autres et sans précision

Justification : Les deux diagnostics sont d'importance équivalente, mais aucun n'est traité par chirurgie. La maladie pulmonaire obstructive chronique est le diagnostic principal, car elle apparaît en premier dans la liste des diagnostics.

Exemple : Un patient est admis suite à un accident vasculaire cérébral et passe 20 jours en neurologie. Il souffre de rétention urinaire et il est évalué par un urologue. Le spécialiste pose un diagnostic d'HBP et recommande une résection de la prostate. Au service de neurologie, le patient reçoit des services de physiothérapie et d'ergothérapie pour son hémiplégie. Il est également transporté au bloc opératoire pour subir une RTUP qui est réalisée sans incident.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I64	(M)	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
G81.99	(1)	Hémiplégie [unilatérale] touchant un hémisphère non précisé, sans précision
N40	(1)	Hyperplasie de la prostate

Justification : Bien que l'hyperplasie de la prostate est la condition pour laquelle le patient a subi une chirurgie, l'accident vasculaire cérébral est tout de même le diagnostic principal. Quant au temps et à l'attention consacrés au traitement, l'AVC a retenu davantage de ressources. (Il n'y aura pas toujours de correspondance parfaite entre le diagnostic principal et l'intervention principale.)

Exemple : Une patiente âgée se présente au service des urgences. Elle a subi une radiographie de la poitrine, puis elle a été transférée à l'unité de soins avec un diagnostic de pneumonie et d'insuffisance cardiaque congestive.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.9	PP	Pneumopathie, sans précision
I50.0	AP	Insuffisance cardiaque congestive

Justification : La pneumonie est aussi importante que l'insuffisance cardiaque congestive. Puisque la pneumonie est inscrite en premier, elle tient lieu de problème principal.

Spécificité

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003

BS Lorsqu'un diagnostic décrit une condition en termes généraux, mais qu'un terme plus descriptif précisant le site ou la nature de la condition figure dans les autres diagnostics, il convient de sélectionner la condition correspondant au diagnostic le plus précis.

Exemple : Le médecin pose les deux diagnostics suivants : accident vasculaire cérébral et hémorragie cérébrale.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I61.9	(M)	PP	Hémorragie intracérébrale, sans précision

Justification : L'hémorragie intracérébrale est un type d'accident vasculaire cérébral et est plus précis; seul le code de l'hémorragie intracérébrale est inscrit.

Exemple : Le médecin note que le patient a développé un ulcère de décubitus qui retarde sa sortie (l'ulcère n'était pas présent à l'admission). Selon les notes de l'infirmière spécialisée, il s'agit d'un ulcère de stade 3.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
L89.2	(2)	Ulcère de décubitus avec exposition des tissus adipeux (stade 3)

Justification : Étant donné que l'ulcère est consigné dans les notes du médecin, les notes de l'infirmière peuvent être utilisées pour augmenter la précision.

Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006

BS Utiliser les résultats d'analyses de laboratoire, les radiographies, les rapports de pathologie et les autres résultats de tests diagnostiques lorsqu'ils apportent clairement une précision dans l'identification du code de diagnostic approprié pour les conditions consignées dans les notes du médecin/dispensateur responsable.

Exception : Utilisez les résultats des analyses de laboratoire, les relevés de mesure de la glycémie ou tout autre système acceptable de surveillance de la glycémie afin d'attribuer le code R73.8-2 *Autre preuve de l'augmentation de la glycémie* pour désigner les cas où le taux de glycémie est supérieur ou égal à 14,0 mmol/l. Consultez également la norme de codification *Diabète sucré et hyperglycémie*.

Exemple : Un patient a trébuché et a fait une chute dans une épicerie. Le médecin a enregistré une fracture fermée du col du fémur. Les résultats de la radiographie montrent une fracture « cervico-trochantérienne ».

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S72.010	(M)	PP	Fracture de la base du col du fémur (cervico-trochantérienne), fermée
W01	(9)	AP	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux-pas et trébuchement
U98.5	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services

Exemple : Le dossier de la patiente indique qu'elle a été admise pour l'ablation d'une lésion cutanée et le rapport de pathologie signale une « kératose solaire ».

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
L57.0	(M)	PP	Kératose actinique (comprend : kératose solaire)

Exemple : Le médecin a inscrit au dossier le diagnostic d'hémorragie intracrânienne. Le tomodensitogramme confirme qu'il s'agit d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I60.9	(M)	PP	Hémorragie sous-arachnoïdienne, sans précision

BS Lorsqu'un état est suggéré par le résultat d'un test diagnostique, codifiez l'état seulement si celui-ci est confirmé dans les notes du médecin/dispensateur responsable.

Exemple : Les rapports de microbiologie mettent en évidence une infection urinaire et les rapports sur les médicaments indiquent que le patient a reçu des antibiotiques. Les notes du médecin n'en font pas mention.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
	Aucun code inscrit

Justification : Le diagnostic doit être confirmé par une interprétation clinique.

Exemple : Un patient souffre de douleurs abdominales basses. Un tomodensitogramme montre des adhérences abdominales, mais aucune information dans les notes du médecin ne les identifie comme étant la cause de la douleur.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R10.39	(M)	PP	Douleur localisée à la partie inférieure de l'abdomen, sans précision

Justification : La cause de la douleur doit être confirmée par une interprétation clinique.

Exemple: J. M., un homme de 69 ans, est admis pour une chirurgie cardiaque non urgente. Il est atteint du diabète de type 2. Après la chirurgie, il séjourne à l'unité de soins intensifs pendant quatre jours où son taux de glycémie est surveillé attentivement. Le rapport de surveillance fait état de deux valeurs glycémiques supérieures à 14,0 mmol/l. La dose d'insuline est ajustée au cours du séjour à l'unité de soins intensifs, et l'état du patient est jugé stable au moment de son transfert à l'unité de soins.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.52	(1)	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées
R73.812	(3)	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, après le repas (ou SAI)

Justification : Utilisez les rapports de surveillance de la glycémie afin de cibler les cas où le taux de glycémie excède 14,0 mmol/l.

Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque

En vigueur depuis 2006

Dans la CIM-10-CA, le symbole de la dague (†) signale qu'un code représente l'étiologie ou la cause sous-jacente d'une maladie. L'astérisque (*) permet de mettre en évidence un code qui représente la manifestation d'une maladie.

Dans la table analytique de la classification, la dague représente les différentes applications de la convention stipulée par l'OMS telle qu'illustrée ci-dessous :

- (i) Si le symbole de la dague et le code à astérisque apparaissent tous deux dans le titre du code, la double classification s'applique à tous les termes classifiables sous ce code et ils ont le même code de substitution, par exemple :

A17.0† Méningite tuberculeuse (G01*)

Leptoméningite tuberculeuse
Tuberculose méningée (cérébrale) (médullaire)

- (ii) Si le symbole apparaît dans le titre du code, mais que le code à astérisque n'y figure pas, la double classification s'applique à tous les termes classifiables sous ce code mais ils possèdent des codes à astérisque différents (qui sont énumérés pour chaque terme), par exemple :

A18.0† Tuberculose des os et des articulations

Tuberculose de :

- colonne vertébrale (M49.0*)
- genou (M01.1*)
- hanche (M01.1*)

Tuberculeuse :

- arthrite (M01.1*)
- mastoïdite (H75.0*)
- ostéonécrose (M90.0*), etc.

- (iii) Si le symbole et le code à astérisque n'apparaissent pas dans le titre, la double classification ne s'applique pas à la rubrique dans son ensemble, bien que les termes individuels inclus puissent l'être; le cas échéant, ces termes seront accompagnés du symbole de la dague et de leur code à astérisque, par exemple :

A54.8 Autres infections gonococciques

Gonococcique:

- abcès du cerveau† (G07*)
- endocardite† (I39.8*)
- lésions cutanées
- méningite† (G01*)
- myocardite† (I41.0*)
- péricardite† (I32.0*)
- péritonite† (K67.1*)
- pneumopathie† (J17.0*)
- septicémie

- (iv) Dans certains cas, la directive d'utilisation de la double classification apparaît seulement dans l'index, par exemple :

Pneumonie

- au cours de (due à)
- - septicémie A41 J17.0*

BS Attribuez un code à astérisque chaque fois que ceci est indiqué dans la CIM-10-CA.

B Attribuez un diagnostic de type (6) ou de type (3) aux codes à astérisque selon les définitions des types de diagnostic. Consultez également la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

Exemple : M. S. est admis pour traiter une méningo-encéphalite due au virus de l'herpès.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
B00.4†	(M)	PP	Encéphalite due au virus de l'herpès
G05.1*	(3)	AP	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite au cours d'infections virales classées ailleurs

Justification : Comme le symbole de la dague et le code à astérisque apparaissent tous deux dans le titre du code, la double classification s'applique à tous les termes classifiables sous ce code et les deux codes sont inscrits. Dans l'exemple ci-dessus, le code à astérisque s'applique à l'encéphalite. Puisqu'il serait difficile de déterminer si c'est la condition sous-jacente ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer un type (3) au diagnostic du code à astérisque.

Exemple : Un patient est admis en raison d'une péricardite à méningocoques.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
A39.5†	(M)	PP	Cardite à méningocoques
I32.0*	(3)	AP	Péricardite au cours de maladies bactériennes classées ailleurs

Justification : Le symbole de la dague apparaissant dans le titre du code, la double classification s'applique à tous les termes classifiables sous le code A39.5. Les codes à astérisque varient cependant en fonction de la condition. Puisqu'il serait difficile de déterminer si c'est la condition sous-jacente ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (3) au diagnostic du code à astérisque.

Exemple : Un patient est admis en raison d'une balanite due à une infection amibienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
A06.8†	(M)	PP	Autres localisations d'une infection amibienne
N51.2*	(3)	AP	Balanite au cours de maladies classées ailleurs

Justification : Le symbole de la dague et de l'astérisque n'apparaissent pas dans le titre du code. La double classification s'applique seulement au terme inclus « balanite », dans quel cas le code A06.8 devient un code à dague et le code N51.2, le code à astérisque correspondant. La convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique pas à l'appendicite amibienne. Puisqu'il serait difficile de déterminer si c'est la condition sous-jacente ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, le code à astérisque se verra attribuer le type (3) au diagnostic.

Exemple : M^{me} B. présente un carcinome du poumon et a développé une anémie en raison de sa maladie tumorale. Elle est admise pour traiter son anémie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C34.99†	(M)	PP	Tumeur maligne des bronches ou du poumon, sans précision, côté non précisé
D63.0*	(6)	AP	Anémie au cours de maladies tumorales

Justification : Dans cet exemple, l'index alphabétique guide le codificateur vers les codes D48.9 et D63.0*. Ceci indique que le code qui décrit la maladie tumorale du patient devient un code à dague. Le code D48.9 est inscrit lorsque la néoplasie n'est pas précisée. Comme elle est précisée dans l'exemple ci-dessus, le code de néoplasie le plus précis est le code à dague. À noter que tous les codes de la plage C00 à D48 sont des codes à dague et sont suivis du code D63.0 dans la table analytique. Le code D63.0 est un code à astérisque, ainsi il doit apparaître à la seconde ligne du champ des diagnostics de l'abrégié. Toutefois, puisqu'il s'agit de la condition qui répond au critère de diagnostic principal (et non la tumeur maligne du poumon), un type (6) est assigné au diagnostic.

Exemple : Le diagnostic à la sortie est une encéphalopathie due au syndrome hémolytique urémique.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
D59.3	Syndrome hémolytique urémique
G93.4	Encéphalopathie, sans précision

Justification : Aucune convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique à cette affection. Chaque condition est donc codifiée séparément. Le type de diagnostic et son classement dépendent des circonstances consignées au dossier.

Affections aiguës et chroniques

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

BS Lorsqu'une condition est dite à la fois aiguë (ou subaiguë) et chronique, et que la CIM-10-CA propose des catégories ou des sous-catégories distinctes pour chacune, mais pas pour la combinaison des deux, codifiez la condition aiguë. Attribuez un code à la condition chronique, comme diagnostic de type (3)/autre problème (facultatif).

BS Lorsqu'un code de combinaison approprié est fourni pour la condition aiguë et chronique, seul ce code doit être utilisé.

Exemple : Un patient est admis pour subir une cholécystectomie totale à la suite d'une cholécystite chronique. Le médecin note dans le sommaire de congé que la cholécystite aiguë et chronique est mentionnée sur le rapport de pathologie.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K81.0	(M)	PP	Cholécystite aiguë
K81.1	(3)	AP	Cholécystite chronique

Exemple : Un patient a été admis à l'hôpital avec un diagnostic d'exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J44.1	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision

BS Une condition dite récurrente ne doit pas être présumée comme étant chronique. Consultez l'index alphabétique pour obtenir un sous-terme de « récurrent ». Si aucun sous-terme n'existe, classez la condition sous la catégorie « SAI ».

Exception : Lorsqu'un patient avec un diagnostic d'amygdalite « récurrente » est admis pour subir une amygdalectomie, vous devez sélectionner le code d'amygdalite chronique.

Conditions imminentes ou menaçantes

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006

BS Ne codifiez les conditions imminentes ou menaçantes que lorsqu'elles sont présentées ainsi dans la CIM-10-CA.

Exemple : Le patient souffre d'un ulcère de décubitus de stade 4. Les notes du médecin signalent une « gangrène imminente ».

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
L89.3	(M)	PP	Ulcère de décubitus profond avec atteinte du muscle (stade 4)

Justification : Dans le cas d'une gangrène imminente de la jambe qui ne s'est pas manifestée pendant l'épisode de soins grâce à un traitement rapide, le codificateur doit chercher une entrée dans l'index telle que « gangrène imminente ». Si un tel terme n'apparaît pas dans l'index, ce cas doit être codifié par rapport à l'état précurseur consigné.

Exemple : Menace d'avortement.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
O20.003	(M)	PP	Menace d'avortement, troubles ou complications antepartum

Symptômes ou conditions sous-jacents

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003

BS Lorsqu'un patient se présente avec un symptôme ou une affection, et que la maladie ou le trouble sous-jacent est identifié pendant cet épisode de soins, cette maladie ou ce trouble doit être identifié comme étant le diagnostic principal/problème principal.

BS Il est possible d'attribuer un code addtionnel (facultatif) pour le symptôme ou l'affection selon les besoins en information de l'établissement avec un type de diagnostic (3)/ autre problème.

Exemple : Le patient se présente aux urgences avec des convulsions. Le tomodensitogramme révèle une tumeur cérébrale de taille importante. Le patient est alors admis pour subir une biopsie stéréotaxique du cerveau.

S

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
D43.2	PP	Tumeur de l'encéphale, sans précision, à évolution imprévisible ou inconnue
R56.8	AP	Convulsions, autres et non précisées (facultatif)
3.AN.20.WA		Tomodensitométrie, cerveau, sans contraste

Exemple : Le patient dont il est question ci-dessus est admis pour subir une biopsie stéréotaxique du cerveau après que le tomodensitogramme a révélé une tumeur cérébrale de taille importante. Le médecin a précisé dans le dossier que le patient « n'avait pas d'antécédents de convulsions ». Une biopsie effectuée par trou de trépan révèle une tumeur bénigne. Le patient a obtenu un rendez-vous pour subir une autre chirurgie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
D33.2	(M)	Tumeur bénigne de l'encéphale, sans précision
R56.8	(3)	Convulsions, autres et non précisées (facultatif)
2.AN.71.SE		Biopsie, cerveau, approche du trou de trépan
3.AN.94.ZC		Intervention d'imagerie NCA, cerveau, utilisation de la stéréotaxie (sans assistance par ordinateur)



Lorsqu'un patient se présente avec une manifestation sous-jacente d'une maladie ou d'un trouble connu au moment de l'admission et que seule la manifestation est traitée, cette dernière doit être indiquée comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code pour la maladie sous-jacente avec un type de diagnostic (3)/autre problème.

Exemple : M. T., atteint d'une lésion maligne au cerveau, se présente à l'hôpital avec des convulsions. Pendant cet épisode, l'intégralité du traitement visait uniquement à contrôler ses convulsions.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R56.8	(M)	PP	Convulsions, autres et non précisées
C71.9	(3)	AP	Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision

Exemple : Un patient de 45 ans se présente avec une angine de poitrine instable. Au moment de l'admission, ce patient est connu pour athérosclérose coronarienne. Au cours du séjour, le traitement des symptômes est axé uniquement sur l'angine de poitrine instable. Le patient doit voir son médecin pour parler des possibilités d'intervention chirurgicale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I20.0	(M)	PP	Angine de poitrine instable
I25.19	(3)	AP	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon

Exemple : M^{me} S. souffre d'un cancer du côlon à un stade avancé. Elle est admise avec une occlusion intestinale et une entéro-entérostomie est pratiquée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K56.6	(M)	Occlusions intestinales, autres et sans précision
C18.9	(3)	Tumeur maligne du côlon, sans précision

Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008

Si aucun diagnostic principal définitif n'a été établi au moment de la sortie, un code de diagnostic est attribué en fonction de la façon précise dont le médecin ou le dispensateur responsable a consigné ses conclusions au dossier.



Lorsqu'aucun diagnostic définitif n'a été établi à la fin d'une période de soins, codifiez les renseignements qui ont apporté le plus de précision sur la condition ayant nécessité des soins ou un examen. Il peut s'agir d'un symptôme, d'un signe ou d'un résultat de test anormal.

Exemple : Le diagnostic principal inscrit au dossier par le médecin est le suivant :
Douleur thoracique, infarctus du myocarde possible.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R07.4	(M)	PP	Douleur thoracique, sans précision
(Q) I21.9	(3)	AP	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
R94.38	(3)	AP	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés

Justification : Dans le cas présent, le médecin a inscrit au dossier deux diagnostics, soit la douleur thoracique et l'infarctus du myocarde possible. Ces renseignements indiquent que le diagnostic d'infarctus du myocarde n'est pas écarté et que les seuls renseignements connus sur la condition à ce moment sont la douleur thoracique. L'utilisation d'un code de la catégorie R94.3- à titre de diagnostic de type (3)/diagnostic d'un autre problème est obligatoire si on codifie un diagnostic de la catégorie I21. Puisque la documentation de cet exemple n'appuie pas la sélection des codes R94.30 et R94.31, il faut inscrire le code R94.38.



Si, après un épisode de soins, le diagnostic principal/problème principal enregistré par le médecin est toujours *suspecté, discutable, à éliminer, possible, probable, etc.*, et qu'il n'existe ni renseignements ni éclaircissements supplémentaires, le diagnostic suspecté doit être codifié comme s'il était établi. Dans de telles circonstances, inscrivez le préfixe « Q ».

Exception : Dans le cas de la septicémie néonatale, veuillez consulter la norme de codification *Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né*.

Exemple : Le diagnostic principal inscrit au dossier par le médecin est le suivant :



Infarctus du myocarde possible

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
(Q) I21.9	(M)	PP	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
R94.38	(3)	AP	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés

Justification : Le médecin a inscrit au dossier qu'il s'agissait d'un diagnostic possible. Bien que la condition n'ait pas été confirmée, les constatations cliniques suggèrent tout de même qu'elle existe. L'utilisation d'un code de la série R94.3- à titre de diagnostic de type (3) est obligatoire avec un diagnostic de la catégorie I21. Puisque la documentation de cet exemple n'appuie pas la sélection des codes R94.30, ni R94.31, il faut inscrire le code R94.38.

Exemple : Une jeune femme est amenée au service des urgences. Elle souffre de douleurs abdominales intenses. Les diagnostics finaux inscrits au dossier sont une possible dysménorrhée ainsi qu'une possible constipation.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
(Q) N94.6	MP	Dysménorrhée, sans précision
(Q) K59.0	AP	Constipation

BS Choisissez la catégorie **Z03.-** *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies* dans le cas des diagnostics suspectés qui ont été éliminés après examen et pour lesquels aucun autre traitement ou autres soins médicaux ne sont planifiés.

Reportez-vous également à la norme de codification *Admission pour observation*.

Exemple : Le diagnostic principal inscrit au dossier par le médecin est le suivant:



Infarctus du myocarde éliminé.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z03.4	(M)	PP	Mise en observation pour suspicion d'infarctus du myocarde

Justification : Même si le patient s'était présenté dans un état clinique laissant entrevoir la possibilité d'un infarctus du myocarde, le médecin a éliminé cette possibilité. Si d'autres soins médicaux ou un traitement sont prévus (c.-à-d. une autre cause pour la condition n'a pas été éliminée) pour le patient, n'inscrivez pas le code Z03.4, mais codifiez plutôt l'information qui représente le degré le plus élevé de connaissances sur la condition (p. ex. douleur thoracique).

Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007

BS Lorsque la directive « utiliser un code supplémentaire » est écrite dans la CIM-10-CA, il est obligatoire de suivre ces instructions et d'ajouter un code.

BS Lorsque la directive « codifier séparément » est écrite dans la CIM-10-CA, il est obligatoire d'assigner un code supplémentaire lorsque cette condition est présente.

Reportez-vous également aux normes de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*, *Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA* et *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*.

Exception : Appliquez l'instruction « Utiliser un code supplémentaire (B95-B97), au besoin, pour identifier l'agent infectieux » comme code supplémentaire facultatif. Bien que ce soit facultatif, nous recommandons fortement de codifier les agents infectieux en raison des organismes résistant aux médicaments.

Exemple : M. P., un homme de 54 ans, a une histoire documentée de diabète de type 2 pour lequel il prend de la métformine est admis au service des urgences avec une douleur thoracique intense. Le diagnostic d'infarctus transmural aigu de la paroi antérieure du myocarde est confirmé.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I21.0	(M)	PP	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure
R94.38	(3)	AP	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
E11.52		AP	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées

Justification : Suivez les directives suivantes du code I21.– qui demande: « Utiliser un code supplémentaire appartenant à la catégorie (E10-E14) avec quatrième et cinquième caractères .52 pour identifier toutes les affections du diabète » Suivez également les directives du code E11.52 : « Coder séparément l'association des conditions suivantes lorsqu'elles sont présentes ». Comme E11.52 n'est pas un code à dague et que I21.0 n'est pas un code à astérisque, la convention de la double codification ne s'applique pas. Le classement des codes dépendra des circonstances précisées dans le dossier. Selon l'information dans l'exemple ci-haut, il semblerait que l'infarctus du myocarde cadrerait avec la définition du diagnostic principal. Le type de diagnostic du code du diabète dépend des circonstances précisées dans le dossier. L'utilisation d'un code de la série R94.3– à titre de diagnostic de type (3) est obligatoire avec un diagnostic de la catégorie I21. Puisque la documentation de cet exemple n'appuie pas la sélection des codes R94.30, ni R94.31, il faut inscrire le code R94.38.

Exemple : M. J. est admis pour investigation suite à des résultats d'examens hématologiques anormaux. Il a été déterminé qu'il souffre d'aplasie médullaire suite à une exposition professionnelle à des pesticides à la ferme laitière où il travaille.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
D61.2	(M)	PP	Aplasia médullaire due à d'autres agents externes
X48	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des pesticides et exposition à ces produits
U98.7	(9)	AP	Lieu de l'événement, exploitation agricole

Justification : Suivez l'instruction « Utiliser un code supplémentaire » pour identifier la cause externe.

Exemple : Un patient de 70 ans est admis en raison d'une épididymite due à la bactérie E. coli.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
N45.90	(M)	PP	Épididymite
B96.2	(3)	AP	Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)

Justification : L'attribution de codes de la rubrique B95 à B97 est facultative.

Séquelles

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2008

Les « séquelles » ou « effets tardifs » d'une maladie correspondent à une condition actuelle pour laquelle le patient est examiné ou traité et qui a été causée par une condition antérieure résultant d'une blessure ou d'une lésion. Il n'existe aucun intervalle universel de temps selon lequel une condition peut être considérée comme une séquelle. La condition résiduelle (les séquelles) peut apparaître tôt dans le processus, comme les déficits neurologiques qui suivent un infarctus cérébralⁱ. Une cicatrice est la séquelle d'une brûlure au troisième degré qui se développe longtemps après l'incident même.

BS Lorsqu'un patient se présente avec une séquelle d'une affection précédemment traitée, codifiez la condition pour laquelle le patient est examiné ou traité comme un type de diagnostic significatif. Inscrivez des codes des catégories intitulées « Séquelles de... » (B90-B94, E64.-, E68, I69, O97, T90-T98) comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de d'identifier le problème actuel comme une séquelle (facultatif).

Exemple : Inégalité de la longueur des jambes (acquise). Séquelles de la poliomyélite.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	M21.7	(M)	PP	Inégalité des membres (acquise)
	B91	(3)	AP	Séquelles de poliomyélite

Exemple : Arthrose de l'articulation de la hanche due à une ancienne fracture de la hanche lors d'un accident de la route il y a 20 ans.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	M16.5	(M)	PP	Autres coxarthroses post-traumatiques
	T93.1	(3)	AP	Séquelles d'une fracture du fémur
	Y85.0	(9)	AP	Séquelles d'un accident de véhicule à moteur

Exemple : Patient admis pour libération de rétraction cutanée et fibrose, ancienne brûlure de la main (due à une éclaboussure d'huile bouillante il y a deux ans).

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	L90.5	(M)	PP	Cicatrices et fibrose cutanées
	T95.2	(3)	AP	Séquelles de brûlure, corrosion et gelure du membre supérieur
	Y86	(9)	AP	Séquelles d'autres accidents

Reportez-vous également à la norme de codification *Lésions traumatiques récentes et anciennes*.

Remarque : Les codificateurs sont invités à lire toutes les notes figurant aux titres des blocs et aux titres de chapitre, car elles contiennent des indications sur les intervalles de temps.

i. Extrait de la NCCH, ICD-10-AM, juillet 2000, *General Standards for Diseases*.

Admissions via le service des urgences

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007

Les patients sont souvent transférés d'un service à un autre au cours du traitement de leur condition. Un traitement initié au service des urgences peut se terminer en milieu hospitalier.

BS Les diagnostics choisis pour chaque niveau de soins (p. ex. soins ambulatoires, soins de courte durée aux patients hospitalisés) doivent refléter de manière précise les circonstances du traitement dispensé pendant l'épisode de soins.

Exemple : Un homme de 87 ans est examiné au service des urgences pour une côte fracturée. Il a glissé et est tombé à l'épicerie ce matin.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S22.300	PP	Fracture fermée d'une côte
W01	AP	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux-pas et trébuchement
U98.5	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services

Exemple : L'homme de 87 ans vu au service des urgences a été hospitalisé pour la nuit parce qu'il vit seul. Le lendemain matin, il a obtenu son congé. Sa fille s'occupera de lui.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z60.2	(M)	Solitude
S22.300	(3)	Fracture fermée d'une côte
W01	(9)	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux-pas et trébuchement
U98.5	(9)	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services

B Lorsqu'un patient est hospitalisé pour finir un traitement commencé au service des urgences, choisissez le diagnostic principal en fonction des définitions des types de diagnostic. Consultez également la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

B Si le traitement définitif d'une lésion traumatique ou d'une condition est administré au service des urgences, et que la raison pour laquelle le patient a ensuite été admis n'est pas indiquée, présumez que cette admission visait à poursuivre le traitement de la condition présente.

Exemple : Le professeur H., un patient d'âge moyen présentant une coronaropathie connue, est amené au service des urgences pour une douleur thoracique. Il subit un ECG qui indique une élévation du segment ST. À la suite de ce résultat, on lui administre des agents thrombolytiques. Le diagnostic au service des urgences est STEMI.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R94.30	PP	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
1.ZZ.35.HA-C1		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique

Exemple : Le professeur H. est admis à partir du service des urgences pour obtenir des soins et un traitement continu. Pendant que le patient est transféré dans un lit d'hôpital, les agents thrombolytiques sont injectés. Sur le dossier du patient, le diagnostic final est infarctus du myocarde évité.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I24.0	(M)	Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
1.ZZ.35.HA-C1		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique

Justification : En administrant des agents thrombolytiques, on a réussi à lui éviter un infarctus du myocarde. Puisque l'ECG indiquait une élévation du segment ST, le code R94.30 est inscrit sur l'abrégé du patient à titre de diagnostic de type (3).

Exemple : Un enfant de quatre ans est amené au service des urgences avec une luxation antérieure de l'épaule après être tombé d'un portique d'escalade à la garderie. Le patient est admis à la suite d'une réduction fermée effectuée aux urgences. L'enfant reçoit son congé et quitte en compagnie de sa mère le lendemain matin.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S43.00	(M)	PP	Luxation antérieure de l'épaule, fermée
W09	(9)	AP	Chute du haut d'agrès équipant un terrain de jeux
U98.2	(9)	AP	Lieu de l'événement, école, autre institution et lieu d'administration publique

Interventions annulées

En vigueur depuis 2001, modifiée en 2007, 2008

Les interventions chirurgicales prévues ou planifiées doivent parfois être annulées en raison d'un manque de personnel, d'une intervention urgente prioritaire ou d'une contre-indication, des symptômes pseudo-grippaux par exemple.

B	Lorsqu'un patient se présente à une unité de chirurgie d'un jour pour une intervention prévue et que cette dernière n'est pas réalisée, il est <u>facultatif</u> d'inscrire le terme « CANCELLED ou ANNULÉ » (ou selon les politiques du ministère de la Santé) dans la section « code d'intervention » (groupe 11, champ 2) de l'abrégé. Assurez-vous de ne jamais inscrire ce terme sur l'abrégé d'un patient hospitalisé.
S	Lorsqu'un patient se présente à une unité de chirurgie d'un jour, à une clinique ou au service des urgences pour subir une intervention prévue qui n'a pas lieu, il est <u>obligatoire</u> d'inscrire le terme « CANCELLED ou ANNULÉ » dans la section « code d'intervention » de l'abrégé.
BS	Lorsqu'une intervention autre que celle prévue à l'origine est pratiquée, il faut inscrire les codes d'intervention en conformité avec les normes sur les interventions. Si l'intervention pratiquée ne requiert pas d'être codifiée, n'inscrivez aucun code dans le champ de l'intervention.

Le mot « CANCELLED » ou « ANNULÉ » doit être inscrit en lettres majuscules et justifié à gauche de manière à ce que la dernière case soit vide.

Exemple :

Date	Code d'intervention
2 0 0 7 0 4 0 1	C A N C E L L E D

Informez-vous auprès de votre ministère provincial ou territoire de la Santé pour savoir s'ils ont des politiques relatives à la codification des interventions de chirurgie d'un jour annulées pour la BDCP.

<p>Remarque : La CCI ne permet pas la codification des interventions annulées. Dans ces cas, aucune ressource de la salle d'opération n'a été utilisée et ces données ne devraient pas faire partie des paramètres de recherche ou d'analyse. Vous ne devez pas codifier ces cas sous l'intervention prévue avec l'attribut de situation « A ».</p> <p>Inscrire les termes « CANCELLED ou ANNULÉ » dans le champ de l'intervention signifie que le patient a obtenu son congé sans subir d'interventions.</p>
--

Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions abandonnées](#).

<p>BS Lorsqu'une intervention est annulée pour des raisons administratives, attribuez le code Z53.8 <i>Acte non effectué pour d'autres raisons</i> comme diagnostic principal/ problème principal.</p>

Exemple : Un patient avait un rendez-vous pour subir une coronarographie en chirurgie d'un jour. L'intervention est annulée en raison de problèmes liés au personnel (tempête de neige).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z53.8	(M)	PP	Acte non effectué pour d'autres raisons
I25.19	(3)	AP	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon

ANNULÉ

Justification : La visite est annulée pour des raisons administratives. Il est donc obligatoire d'inscrire le mot « annulé » dans le champ sur les interventions de l'abrégié sur les chirurgies d'un jour du SNISA. Il n'est cependant pas nécessaire de le faire sur les abrégés sur les chirurgies d'un jour de la BDCP (sauf si les politiques du ministère de la Santé le prescrivent).



Lorsqu'une intervention est annulée en raison d'une contre-indication et que le patient obtient son congé sans avoir été traité, inscrivez le code Z53.0 *Acte non effectué en raison de contre-indication* comme diagnostic principal/problème principal.

Exemple : Un patient est admis pour subir pour un pontage coronarien. L'intervention chirurgicale est annulée en raison de symptômes respiratoires et d'une grippe. Le patient doit retourner à la maison et fixer un autre rendez-vous.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z53.0	(M)	Acte non effectué en raison de contre-indication
I25.19	(3)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon
J11.1	(3)	Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus non identifié

Justification : Aucun code d'intervention n'est recueilli, car il s'agit d'une intervention prévue pour un patient hospitalisé.

Exemple : Une patiente souffrant d'un cancer du sein arrive pour une chimiothérapie. Les résultats de ses examens hématologiques indiquent une neutropénie. La séance de chimiothérapie est annulée et la patiente obtient son congé sans être traitée pour la neutropénie.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z53.0	PP	Acte non effectué en raison de contre-indication
D70.0	AP	Neutropénie
C50.00	AP	Tumeur maligne du mamelon et de l'aréole droits

ANNULÉE

Lorsqu'une intervention est annulée en raison d'une contre-indication et que le patient reçoit un traitement pour cette contre-indication :



Vous devez inscrire la contre-indication à titre de diagnostic principal/problème principal et le code Z53.0 comme type de diagnostic (3)/autre problème.



Lorsque la contre-indication correspond à la définition d'une comorbidité après l'admission, inscrivez la contre-indication à titre de diagnostic principal/problème principal avec un type de diagnostic (2).

Exemple : Un patient est admis pour la pose non urgente d'une prothèse de hanche à la suite d'une arthrose (coxarthrose). Avant la chirurgie, le patient a ressenti une douleur thoracique aiguë. Un cardiologue a été appelé pour examiner le patient. Celui-ci a inscrit STEMI au dossier. Le patient a été transféré à l'unité des soins intensifs pour recevoir un traitement thrombolytique. La chirurgie a été annulée. Le diagnostic principal est un infarctus aigu du myocarde de la paroi antérieure.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.0	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure (onde Q)
I21.0	(2)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure (onde Q)
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
Z53.0	(3)	Acte non effectué en raison de contre-indication (obligatoire)
M16.9	(3)	Coxarthrose, sans précision
1.ZZ.35.HA-C1		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique

Justification : La contre-indication est inscrite à titre de diagnostic principal avec un type de diagnostic (2). Il est obligatoire d'inscrire le code Z53.0 avec un type de diagnostic (3). Seul un code de traitement thrombolytique est inscrit.

Exemple : Une patiente souffrant d'un cancer du sein arrive à l'hôpital pour subir une séance de chimiothérapie. Les résultats des examens hématologiques indiquent une neutropénie. La chimiothérapie est annulée. On lui transfuse des globules rouges pour traiter la neutropénie.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
D70.0	PP	Neutropénie
Z53.0	AP	Acte non effectué en raison de contre-indication
C50.00	AP	Tumeur maligne du mamelon et de l'aréole droits
1.LZ.19.HH-U1-J		Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion homologue, concentrés d'érythrocytes

Justification : Seul un code pour la transfusion sanguine est inscrit.

Normes de codification générales de la CCI

Sélection des interventions à codifier des sections 1, 2 et 3 pour le SNISA

En vigueur depuis 2002, modifié en 2007, 2008

S Codifiez toutes les interventions qui ont des répercussions sur la méthodologie de regroupement du Système global de classification ambulatoire (SGCA) ainsi que toutes les interventions dites obligatoires dans les chapitres des présentes normes.

Les codes de toutes les sections de la CCI peuvent être utilisés en soins ambulatoires, y compris les codes d'intervention en santé mentale, en réadaptation ainsi que les codes des techniques d'examen mineurs et majeurs. Les interventions d'investigation telles l'angiographie coronaire (3.IP.10.^), l'IRM, la tomographie, la scintigraphie, certaines biopsies et les interventions invasives doivent être codifiées.

Reportez-vous à la liste des interventions dans le répertoire SGCA, particulièrement aux annexes B, C, D, E et F. Recherchez également toutes les interventions exigées par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

En règle générale, toutes les interventions classées dans la section 1 de la CCI, et dont le numéro d'intervention générique est supérieur ou égal à 50, doivent être codifiées.

Exemple : Une jeune femme est amenée au service d'urgence après avoir eu une crise d'épilepsie, devant témoin, à la maison. Elle passe un électroencéphalogramme (EEG).
2.AN.24.JA-JA Mesure électrophysiologique, cerveau, utilisation d'électrodes externes

Justification : Il faut codifier l'EEG, car les interventions figurant sur la liste de l'annexe E (techniques d'examen mineures) ont des répercussions sur l'attribution aux SGCA.

Exemple : Un jeune homme est amené au service d'urgence où il subit un drainage par incision d'un abcès para-amygdalien. De plus, un tube intraveineux est inséré en vue d'une perfusion au clindamycine.
1.FR.52.LA Drainage, amygdales et végétations adénoïdes, approche ouverte (incision)

Justification : La codification de l'injection d'antibiotiques est facultative.

Exemple : Un homme de 28 ans est amené au service d'urgence à la suite d'un accident de motocyclette. Un tomodensitogramme de la tête, du torse et de l'abdomen est réalisé et des radiographies du radius et du cubitus sont faites. La lacération de la joue est réparée et une réduction de la fracture du radius gauche est effectuée.

1.TV.73.JA	Réduction, radius et cubitus, approche fermée (externe)
1.YF.80.LA	Réparation, peau du visage, par apposition [suture]
3.ER.20.WA	Tomodensitométrie, tête NCA, sans contraste
3.GY.20.WA	Tomodensitométrie, cavité thoracique, sans contraste
3.OT.20.WA	Tomodensitométrie, cavité abdominale, sans contraste
3.TV.10.VA	Radiographie, radius et cubitus, sans produit de contraste (p. ex., cliché simple) (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))

Justification : Toutes les interventions codifiées sont obligatoires, car elles figurent dans la liste du répertoire SGCA.

Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2007, 2008

Section 1 : Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques

La structure hiérarchique des codes de la CCI permet de concevoir des normes de codification applicables à tous les systèmes corporels, en particulier dans la section 1.



Codifiez toutes les interventions de la section 1 de la CCI qui ont des répercussions sur l'attribution aux groupes de maladies analogues (GMA+) ou aux groupes de chirurgie d'un jour (GCJ), ou qui font partie des interventions signalées, ainsi que toutes les interventions dites obligatoires dans les chapitres des présentes normes.

Les répertoires GMA+ et GCJ présente la liste complète des codes de la CCI qui ont des répercussions sur l'attribution aux GMA+ et aux GCJ.

En règle générale, les établissements de soins de courte durée doivent codifier toutes les interventions classées dans la section 1 de la CCI dont le numéro d'intervention générique est supérieur ou égal à 50.

Les codes suivants sont des exemples d'interventions dont le numéro est égal ou supérieur à 50 et dont la codification n'est pas obligatoire, car elles n'ont aucune incidence sur l'attribution aux GMA+ :

1.PM.52.CA-TS	<i>Drainage, vessie NCA, approche par voie naturelle et cathéter de drainage</i>
1.PM.55.CA-TS	<i>Retrait d'un appareil, vessie NCA, cathéter de drainage (à demeure dans la vessie)</i>
1.PM.54.^	<i>Gestion d'un appareil interne, vessie NCA</i>
1.^.^80.^	<i>Réparation, lésion cutanée, réalisée en même temps qu'une autre chirurgie plus importante</i>

Certains codes dont le numéro générique est inférieur à 50 ont également des répercussions sur l'attribution aux GMA+ (voir l'[Annexe G – Codes de la section 1 de la CCI ayant des interventions génériques sous 50 ayant qui ont des répercussions sur le GMA+ et la norme de codification Contrôle d'une hémorragie](#)).

Par exemple :

1.^^.13.^.	<i>Contrôle d'une hémorragie, sites internes</i>
1.^^.35.^.	<i>Pharmacothérapie (locale), certains sites</i>
1.LZ.19.HH.^.	<i>Transfusion, appareil circulatoire NCA, cellules souches</i>
1.^^.03.HA-KC	<i>Immobilisation, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané</i>
1.WY.19.HH.^.	<i>Transfusion, moelle osseuse</i>

Interventions signalées

Les interventions énumérées sont des interventions liées aux patients dont on s'attend à ce qu'ils consomment considérablement plus de ressources que les autres cas semblables. Les codes de la CCI dans la liste signaleront les patients auxquels sont associés des coûts élevés. Par la suite, une majoration à la PCR et à la DPDS de base sera calculée. Veuillez prendre note que les interventions mêmes ne représentent pas des coûts élevés. Les interventions signalées ne sont pas utilisées dans l'attribution aux GMA+ et ne font pas partie de la liste de répartition des interventions de la CCI retrouvé à l'intérieur de chaque CCP. Cependant, elles doivent toujours être codifiées, car elles ont des répercussions sur le calcul de la PCR et de la DPDS. Pour consulter la liste des interventions signalées voir l'[Annexe B – Interventions signalées](#)

Vous trouverez de plus amples renseignements sur la codification des interventions dans les autres chapitres du présent document.

Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3 pour la BDCP

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

Les codes des sections 2 et 3 ne suivent pas la règle générale indiquée dans la norme de codification Sélection des interventions à codifier de la section 1. Les établissements doivent appliquer leurs propres normes internes de codification et les exigences provinciales lors du choix des codes des sections 2 et 3.



Codifiez les inspections et les biopsies de la section 2 lorsqu'il s'agit de la seule intervention pratiquée sur un site anatomique donné.

Exemple : Un patient subit l'excision d'une lésion cutanée sur la jambe avec suture subséquente de la plaie et une biopsie incisionnelle de la peau au niveau du thorax.

- | | |
|------------|---|
| 1.YV.87.LA | Excision partielle, peau de la jambe, approche ouverte (excisionnelle), par apposition (p. ex. suture, colle) pour la fermeture |
| 2.YS.71.LA | Biopsie, peau de l'abdomen et du tronc, approche ouverte (par incision) |

Justification : Puisque les interventions réalisées concernent des sites anatomiques différents, une biopsie au niveau du thorax et une excision sur la jambe, il faut inscrire les deux codes d'intervention.

Exemple : Un patient a subi une biopsie de la prostate, suivie d'une excision de la prostate au moyen d'une anse diathermique, toutes deux effectuées par approche endoscopique.

- | | |
|---------------|---|
| 1.QT.87.BA-AK | Excision partielle, prostate, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'une anse diathermique |
|---------------|---|

Justification : La biopsie et l'excision sont réalisées sur le même site anatomique. Puisque la biopsie n'est pas la seule intervention réalisée sur ce site, il est facultatif de la codifier. Consultez la norme de codification *Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées*.

Remarque : Le code de la section 3.IP.10.^ ^ *Radiographie, cœur avec artères coronaires* peut, dans certains cas, avoir des répercussions sur l'attribution aux GMA + . Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Interventions d'imagerie diagnostique*.

Sélection des interventions à codifier de la section 5

En vigueur depuis 2002, modifié en 2008

BS Vous devez codifier les interventions de la section 5 lorsque le numéro de l'intervention générique est supérieur à 45 ou que l'intervention a des répercussions sur l'attribution aux GMA + , aux GCJ ou aux SGCA.

Exception : 5.AC.30.^ *Déclenchement du travail* doit être codifié lorsqu'il s'applique, même si le numéro de l'intervention générique est « 30 ».

Les codes des groupes 5.FB.^ *à 5.FT.^ *Interventions diagnostiques sur le fœtus* concernent les interventions pratiquées sur le fœtus avant l'accouchement.*

BS Classez toute intervention pratiquée sur le nouveau-né après l'accouchement dans la section 1 de la CCI.

Exception : 5.MD.11.^ *Échantillonnage de sang du cordon*
5.PB.01.AC *Soins postpartum, visite post-partum (de suivi) mère-enfant (première visite post-natale)*

Sélectionnez les codes des groupes 5.LB.^ *à 5.MD.^ *Interventions au cours du travail et de l'accouchement* pour classifier les interventions pratiquées pendant la phase perinatale (du début du travail à l'expulsion complète du fœtus).*

Codes composés dans la CCI

En vigueur depuis 2001

BS Utilisez un seul code de la CCI pour décrire les interventions complexes en choisissant le ou les qualificateurs appropriés, lorsque ce code est disponible.

BS Lorsqu'aucun code unique de la CCI ne permet de décrire les interventions complexes, codifiez toute intervention concomitante connexe.

Un travail considérable a été effectué afin de réduire le besoin d'utilisation de plusieurs codes pour décrire les interventions médicales complexes. Dans la plupart des cas, un seul code devrait suffire à décrire précisément et de manière générique le but et les méthodes de l'intervention. Lorsqu'une intervention nécessite habituellement ou fréquemment une séquence d'actions concomitantes associées pour atteindre son objectif, elle sera décrite, chaque fois que possible, par un seul code. Les qualificateurs permettent de décrire les autres techniques concernées.

Exemple : Une gastrectomie partielle peut être réalisée seule ou avec une vagotomie. Lorsque la vagotomie est réalisée avec la gastrectomie, le qualificateur identifiant ceci est sélectionné. N'utilisez pas un second code pour la vagotomie.

1.NF.87.GX Excision partielle, estomac, approche endoscopique
(par laparoscopie), anastomose œsogastrique, avec vagotomie

Justification : La vagotomie ne doit être codifiée séparément que si elle est réalisée seule.

L'excision (de la lésion) sur un site anatomique réalisée conjointement avec une réparation impliquant une greffe ou un lambeau visant à refermer le défaut chirurgical représente un exemple encore plus courant. Dans ce cas, un qualificateur est sélectionné pour décrire la réparation concomitante.

Exemple : Un patient présentant un carcinome au larynx et des métastases aux ganglions lymphatiques subit une laryngectomie radicale, un curage cervical élargi ainsi qu'une fermeture du défaut chirurgical par greffe d'un lambeau pédiculé.

1.GE.91.VB-XX-G Excision radicale, larynx NCA, utilisation d'un lambeau
pédiculé distant (p. ex. lambeau musculo-cutané),
avec curage ganglionnaire cervical élargi modifié

Codes multiples dans la CCI

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2008



Lorsque plus d'une intervention est réalisée au cours du même épisode de soins et qu'il n'y a aucun code composé (qualificateur) pour décrire cette combinaison de soins, attribuez plusieurs codes.

Cette directive s'applique en particulier aux réparations de traumatismes et d'anomalies congénitales qui peuvent toucher plusieurs sites anatomiques. Bien que des remarques « À codifier aussi » aient été incluses dans la CCI, elles ne couvrent pas toutes les circonstances possibles où plusieurs codes sont nécessaires.

Remarque : Dans la CCI, la directive « À codifier aussi » signifie que la rubrique ne contient pas les interventions dont il est question dans la directive. Si l'une des interventions dans la directive « À codifier aussi » est pratiquée, un code supplémentaire est obligatoire s'il répond aux critères de sélection des codes obligatoires énoncés dans les présentes normes.

Reportez-vous également aux normes de codification *Sélection des interventions à codifier des sections 1, 2 et 3 pour le SNISA, Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP, Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3 pour la BDCP et Sélection des interventions à codifier de la section 5.*

Exemple : Une patiente est admise pour une tumorectomie du sein et un prélèvement des ganglions lymphatiques axillaires.

1.YM.87.LA	Excision partielle, sein, approche ouverte avec simple apposition de tissu (par exemple, une suture)
1.MD.87.LA	Excision partielle, ganglions lymphatiques, axillaires, approche ouverte

En règle générale, deux codes de la même rubrique ne sont pas assignés au même épisode opératoire, sauf si les codes de la rubrique représentent des **interventions distinctes**. Des codes multiples de la même rubrique ne sont pas assignés pour préciser différentes **techniques** ou différents **outils** dont on s'est servi au même site d'intervention.

Exemple : Une patiente se présente en chirurgie d'un jour pour subir un curetage endocervical, une biopsie cervicale et un test de Papanicolaou.

2.RN.71.CG	Biopsie, col utérus, approche par voie naturelle, avec curetage
2.RN.71.CQ	Biopsie, col utérus, approche par voie naturelle à l'aiguille
2.RN.71.CR	Biopsie, col utérus, approche par voie naturelle avec frottis ou raclage des cellules

Justification : Trois interventions différentes ont été réalisées au cours de l'épisode opératoire. Par conséquent, chaque code est inscrit.

Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction

En vigueur depuis 2002, modifié en 2008



Lorsqu'une incision est pratiquée dans le but de prélever un tissu, inscrivez le code approprié de la CCI se rapportant au prélèvement de tissu.

Les prélèvements sont codifiés pour refléter l'existence d'un défaut (plaie) chirurgical distinct, qui nécessite habituellement une surveillance et des soins post-chirurgicaux particuliers. Si une incision existante est simplement agrandie pour prélever le tissu, il n'est pas nécessaire de codifier le prélèvement. Le prélèvement d'un lambeau local (en vue de l'avancement, de la rotation ou du réalignement) ne nécessite généralement pas d'incision distincte.

L'information clinique se trouve à la section *Définitions de greffons et de lambeaux de l'annexe A*.

Exemple : Un lambeau libre fascio-cutané est prélevé sur la cuisse afin de réparer une brûlure grave au visage.

1.YF.80.LA-XX-F	Réparation, peau du visage, utilisation d'un lambeau libre (p. ex. lambeau libre microvasculaire)
1.YV.58.LA-XX-F	Prélèvement, peau de la jambe, lambeau libre, approche ouverte

Exemple : Une ostéotomie tibiale haute avec transfert de tendon rotulien est pratiquée.

1.VQ.80.LA-KD	Réparation, tibia et péroné, utilisation de fil, de maille, d'agrafes, sans utilisation de tissu (pour la réparation)
1.VS.80.LA-XX-E	Réparation, tendons de la partie inférieure de la jambe (entourant le genou), avec transfert de tendon en vue du réalignement (p. ex. avancement, transposition), technique d'apposition (suture entre tendons)

Justification : Le prélèvement n'est pas codifié puisque aucune incision n'est réalisée sur un autre site anatomique.

Remarque : Lorsque le qualificateur de tissu est « E », cela signifie habituellement que vous n'avez pas besoin d'un code de prélèvement.

Exception : Chaque fois qu'une partie de l'intestin est prélevée, un code de prélèvement est attribué. Ce prélèvement est le plus souvent pratiqué dans le cadre des réparations et reconstructions de l'appareil urinaire et de l'œsophage. Étant donné que la création d'un défaut sur le tractus gastro-intestinal requiert toujours une surveillance post-chirurgicale minutieuse, vous devez codifier le prélèvement de l'intestin.

Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008



Lorsqu'une intervention diagnostique et une intervention thérapeutique sont réalisées au même site anatomique, assignez un code pour l'intervention thérapeutique seulement. Assignez un code supplémentaire pour l'intervention diagnostique (facultatif) pour satisfaire aux besoins locaux de l'établissement.

Exception : Un code pour la coronarographie est nécessaire avec certaines interventions cardiaques thérapeutiques. Reportez-vous également à la norme de codification *Interventions d'imagerie diagnostique*.

Exemple : M^{me} J. est amenée à l'hôpital pour investigation d'une bosse suspecte au sein droit. Le chirurgien pratique une biopsie excisionnelle du sein puis envoie le prélèvement en pathologie pour examen.

1.YM.87.^ ^ Excision partielle, sein
Lieu : « R »

Remarque : La biopsie excisionnelle est un acte à visée à la fois thérapeutique et diagnostique. La lésion doit être excisée et un diagnostic doit être établi par examen anatomopathologique. L'intervention thérapeutique ayant la priorité, aucun code de la section 2 n'est attribué. Codifiez la biopsie excisionnelle comme une excision partielle, au site anatomique concerné. Reportez-vous également à la norme de codification *Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3 pour la BDCP*.

Exemple : M^{me} K. est admise à l'hôpital pour une excision de lésion au sein gauche. Une biopsie du ganglion sentinelle est effectuée suivie d'une dissection des ganglions axillaires.

1.YM.87.^ ^ Excision partielle, sein
Lieu : « L »

1.MD.89.LA Excision totale, ganglions lymphatiques, axillaires, approche ouverte
2.MD.71.LA Biopsie ganglions lymphatiques, axillaires, approche ouverte (facultatif)
Étendue :
« SN »
(facultatif)

Justification : Lorsqu'une biopsie et une intervention thérapeutique sont réalisées au même site et au cours du même épisode opératoire, le code de biopsie n'est pas obligatoire. La biopsie du ganglion sentinelle peut être codifiée selon les besoins locaux de l'établissement.

Exemple : L'examen d'une coupe sous congélation d'une biopsie de la thyroïde a révélé la présence d'une tumeur maligne chez le patient; une thyroïdectomie totale est donc pratiquée.

1.FU.89.^ ^ Excision totale, glande thyroïde
Lieu : « U »

Justification : Lorsqu'une biopsie et une intervention d'ablation thérapeutique sont réalisées sur le même site et au cours du même épisode opératoire, il n'est pas obligatoire d'inscrire le code de biopsie.

Exemple : Une victime de traumatisme est amenée en salle d'opération en vue d'une laparotomie exploratrice. Au moment de l'ouverture de la cavité abdominale, on découvre une rupture de la rate. On pratique ensuite une splénectomie totale.

1.OB.89.LA Excision totale, rate, approche ouverte (voie abdominale)

Justification : Lorsque l'intervention prévue était d'ordre diagnostique et qu'elle a été convertie en intervention thérapeutique, seul l'aspect thérapeutique de l'intervention est codifié.

Exemple : Un patient est atteint de dyspnée grave. Un tomodensitogramme du thorax révèle un épanchement pleural important. Une pleurocentèse est pratiquée, et le liquide drainé est envoyé en pathologie pour analyse. Le rapport de pathologie indique qu'il s'agit d'un épanchement pleural malin.

1.GV.52.^ ^ Drainage, plèvre

Justification : L'aspiration de liquide à partir d'une cavité corporelle peut avoir une valeur à la fois diagnostique et thérapeutique. Les interventions comme la pleurocentèse sont codifiées dans les interventions thérapeutiques sous le terme « drainage ».



Classifiez les biopsies incisionnelles dans la section 2 sous le terme générique « Biopsie » et sous le site anatomique approprié. Les biopsies incisionnelles incluent le prélèvement d'un échantillon de tissu, à des fins diagnostiques uniquement.

Exemple : M. H. est suivi par un néphrologue à cause de ses taux élevés de créatinine et d'urée. Il est admis pour une biopsie rénale pour éliminer la possibilité d'une glomérulonéphrite.

2.PC.71.^ ^ Biopsie, rein

Exemple : Un patient est admis en raison d'une lésion pulmonaire suspecte. Une biopsie pulmonaire par aspiration percutanée est pratiquée.

2.GT.71.HA Biopsie, poumon, approche percutanée (à l'aiguille)

Reportez-vous également à la norme de codification *Interventions endoscopiques*.

Contrôle d'une hémorragie

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006



Lorsque la documentation indique qu'une intervention est pratiquée pour « contrôler une hémorragie », inscrivez un code de la catégorie 1.^^.13.^^. *Contrôle d'une hémorragie se rapportant au site anatomique concerné, à moins d'indication contraire dans les notes d'exclusion de la rubrique de la CCI.*

Consultez aussi l'*Annexe G – Codes de la section 1 de la CCI ayant des interventions génériques sous 50 ayant qui ont des répercussions sur le GMA +*.

Le contrôle d'une hémorragie peut être classé sous une catégorie autre que 1.^^.13.^^. *Contrôle d'une hémorragie* dans la CCI, selon :

- le site anatomique;
- la technique utilisée pour contrôler l'hémorragie;
- le caractère invasif de l'approche utilisée au site anatomique;
- la cause de l'hémorragie (artère ou veine endommagée ou problème lié à un organe solide).

Il est important de se rappeler que chaque site anatomique n'est *pas* traité exactement de la même façon dans les cas d'hémorragie. C'est pourquoi, pour choisir le code approprié, il est essentiel de suivre les notes d'inclusion et d'exclusion de la CCI, afin de déterminer la rubrique adéquate pour cette intervention.

La technologie médicale a permis l'introduction de nouvelles méthodes moins invasives pour le contrôle des hémorragies. En particulier, l'utilisation de l'approche transluminale percutanée (par voie artérielle) pour l'occlusion des vaisseaux avec des spirales ou des matières synthétiques inertes (comme l'éponge de gélatine et les microsphères) a permis de réduire considérablement les risques de chirurgie. En effet, grâce à cette technique, on évite les approches plus ouvertes et invasives. Ces interventions sont souvent pratiquées par des radiologistes interventionnels dans une salle d'imagerie diagnostique.

Exemple : Au cours de son séjour à l'hôpital, M. Y. nécessite des soins pour le contrôle d'un épisode d'épistaxis réfractaire. Une embolisation transartérielle de l'artère ethmoïde est réalisée à l'aide de microsphères.

1.ET.13.GQ-WO Contrôle d'une hémorragie, nez, approche percutanée (transartérielle) et autre matière synthétique (p. ex., éponge de gélatine, microsphères, polystyrène, alcool polyvinylique)

Exemple : Au cours de son séjour à l'hôpital, M. Y. nécessite des soins pour un épisode d'épistaxis réfractaire que l'on contrôle grâce au clip de l'artère ethmoïde et d'une approche ouverte transantrale.

1.JX.51.LA-FF Occlusion, autres vaisseaux de la tête, du cou et de la colonne vertébrale NCA, approche ouverte (p. ex. transantrale, intervention de Caldwell-Luc), utilisation d'agrafes
Étendue : « 0 »

Justification : Dans le cas présent, la note d'exclusion à la rubrique 1.ET.13.^^. dirige le codificateur au code 1.JX.51.



Lorsqu'un vaisseau sanguin situé hors d'un organe a été sectionné et qu'il est en cours de réparation pour contrôler l'hémorragie, codifiez l'intervention sous le code « Réparation (80) » se rapportant au vaisseau sanguin en question.

Exemple : Une victime d'agression au couteau subit une chirurgie visant le contrôle d'une hémorragie interne causée par la section de l'artère hépatique, qui est réparée à l'aide d'une simple suture fait par laparotomie.

1.KE.80.LA Réparation, artères abdominales NCA, approche ouverte



Dans le cas d'une hémorragie dans un organe solide endommagé ou d'une hémorragie attribuable à une pathologie interne, inscrivez un code de la catégorie 1.^13.^
Contrôle d'une hémorragie se rapportant au site anatomique touché.

Exemple : Une victime d'agression au couteau subit une chirurgie visant le contrôle d'une hémorragie interne du foie. Une approche ouverte est pratiquée pour appliquer de la colle de fibrine afin de réparer le dommage et réprimer l'hémorragie.

1.OA.13.LA-W3 Contrôle d'une hémorragie, foie, utilisation d'une colle de fibrine, approche ouverte

Justification : Certains organes ne sont « réparés » que dans le cadre du contrôle d'une hémorragie. Pour ne pas dupliquer inutilement les catégories de la CCI, aucune intervention de type « Réparation (80) » n'est disponible pour les amygdales, les végétations adénoïdes, la thyroïde, la rate et le foie. La réparation de ces organes est comprise dans le numéro d'intervention « 13 » (contrôle d'une hémorragie).

Exemple : M^{me} M. est admise afin de subir une embolisation à l'utérus pour contrôler des saignements utérins abondants causés par des fibromes. Ceci est accompli par une embolisation transartérielle utérine au moyen de spirales.

1.RM.13.GQ-GE Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes, approche transluminale percutanée et utilisation de spirales (détachables)



Lorsque le contrôle d'une hémorragie vise un site de la peau par la destruction de tissus, codifiez cette intervention à la catégorie 1.^59.^ Destruction, peau (selon le site).
Omettez le code si le contrôle de l'hémorragie fait partie d'une intervention plus invasive.

Exemple : Un patient présente une lacération cutanée au front. L'hémorragie est contrôlée par cautérisation seulement. La plaie est ensuite recouverte d'un léger pansement.

1.YB.59.JA-GX Destruction, peau du front, utilisation d'un dispositif NCA

Exemple : Une cautérisation est pratiquée pour contrôler une hémorragie chez un patient présentant une lacération cutanée au front. La plaie est suturée par la suite.

1.YB.80.LA Réparation, peau du front, par apposition (p. ex. pose de sutures, d'agrafes)

Justification : Ne codifiez pas le contrôle de l'hémorragie. La réparation de la peau est plus invasive que la cautérisation des points d'hémorragie. Seule la réparation est codifiée.

Destruction ou excision de tissu aberrant ou ectopique

En vigueur depuis 2006



Classifiez l'excision ou la destruction de tissu aberrant (ou ectopique) d'une glande ou d'un organe selon le site anatomique d'origine, même si le tissu est trouvé hors de ce site et à distance de ce site.

Les types les plus courants de tissu aberrant découverts à distance d'une glande ou d'un organe sont le tissu surrénal, endométrial et parathyroïdien. Un attribut de lieu indiquant que le tissu est aberrant (AT) peut être sélectionné pour accompagner le code d'intervention.

Exemple : Destruction laparoscopique par cautérisation de tissu endométrial retrouvé dans la cavité pelvienne, sur les ovaires et l'intestin.

1.RM.59.DA-GX Destruction, utérus et structures environnantes, approche endoscopique (par laparoscopie), utilisation d'un dispositif NCA
Lieu : « AT » (p. ex. électrocautère)

Justification : Il s'agit de la destruction de tissu endométrial, même si ce dernier se trouve sur les ovaires et l'intestin. Aucune intervention n'est assignée pour indiquer une chirurgie sur les ovaires ou l'intestin.

Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse

En vigueur depuis 2006

Pour diverses raisons, il n'est pas toujours possible de pratiquer une excision complète. Par exemple, dans le cas d'une lésion intracrânienne, l'atteinte neurologique engendrée par l'élimination totale de la tumeur pourrait être tellement grave qu'elle annulerait les avantages de l'opération. Un chirurgien peut, cependant, choisir d'exciser ou de détruire la majeure partie de la lésion afin de soulager les symptômes ou de faciliter un traitement subséquent par radiothérapie ou chimiothérapie. L'excision ou la destruction intramarginale d'une tumeur est généralement appelée « chirurgie de réduction tumorale ». Il ne faut pas confondre ce type de chirurgie avec une biopsie, dont l'intention est de prélever une petite partie de la tumeur à des fins diagnostiques uniquement.

Les chirurgies de réduction des lésions intracrâniennes sont parfois réalisées à l'aide d'un aspirateur ultrasonique, communément appelé « cavitron » ou aspirateur chirurgical ultrasonique au cavitron.

À la suite d'une excision intralésionnelle, la chimiothérapie peut être utilisée pour retarder davantage le développement de la tumeur (et la faire régresser). Vous pouvez indiquer l'attribut de situation « planifié » pour une deuxième résection prévue et effectuée dans le but de terminer le traitement chirurgical de la lésion. N'utilisez pas l'attribut de situation « reprise » puisqu'il s'agit de l'achèvement d'une intervention. Cela reste valable même si un patient revient des années plus tard à l'hôpital pour une résection tumorale sur le même site. Dans ce cas, la résection doit être codifiée sans aucun attribut.

Cependant, si une nouvelle exploration *non planifiée* du site d'origine de la résection est nécessaire pour évacuer un hématome ou pour débrider un abcès, vous pouvez utiliser l'attribut de situation « reprise ». Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions reprises](#).



Classifiez les chirurgies de réduction tumorale sous le terme générique « destruction » ou « excision partielle » des interventions de la CCI, selon le siège et l'intervention pratiquée.

Exemple : Le chirurgien a réduit une tumeur de la trachée au moyen d'un laser par bronchoscopie.

1.GJ.59.BA-AG Destruction, trachée, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser

Exemple : Le chirurgien a pratiqué une craniotomie à l'aide d'un aspirateur chirurgical ultrasonique afin de réduire une tumeur cérébrale.

1.AN.87.SZ-AZ Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie (ou craniectomie), volet osseux, avec aspirateur ultrasonique (p. ex. cavitron)

Interventions abandonnées

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2008

Une intervention abandonnée correspond à une intervention planifiée de la section 1 ou 5, qui est débutée et qui, pour une raison imprévisible, ne peut pas être poursuivie au-delà d'une incision, d'une inspection, d'une biopsie ou d'une anesthésie.



Lorsqu'une intervention planifiée de la section 1 ou 5 ne peut pas être poursuivie au-delà d'une incision, d'une inspection, d'une biopsie ou d'une anesthésie, inscrivez un code de la CCI de l'une des catégories suivantes :

- Incision (1.^^.70);
- Inspection (2.^^.70);
- Biopsie (2.^^.71);
- Anesthésie (1.^^.11).



Le code de la CCI pour l'intervention planifiée de la section 1 ou 5 peut aussi être placé tout de suite après ce code. Cependant, si vous décidez d'inscrire le code de l'intervention planifiée, il est obligatoire de lui assigner l'attribut de situation « A ».

Remarque : Il n'existe aucun attribut pour les interventions « abandonnées » dans les sections 2 et 3. Lorsque l'intervention prévue, comprise dans la section 2 ou 3 est tentée au-delà de l'anesthésie, mais que le résultat attendu est peu satisfaisant ou n'est pas entièrement atteint, codifiez l'intervention de la même façon qu'une intervention réussie.

Reportez-vous également aux normes de codification [Échecs d'intervention](#) et [Interventions annulées](#).

Exemple : L'intervention prévue visait à exciser le gros intestin en raison d'une tumeur maligne, mais la laparotomie a révélé que la tumeur était si étendue que son retrait était impossible. Le chirurgien a seulement effectué une inspection, puis il a refermé l'abdomen sans tenter la résection du côlon.

2.OT.70.^.^ Inspection, cavité abdominale
1.NM.89.^.^ Excision totale, gros intestin

Situation : « A »

Remarque : Il n'y a qu'un nombre limité de sites anatomiques pour lesquels une incision du site peut être codifiée (p. ex. 1.OT.70.LA *Incision SAI, cavité abdominale, approche ouverte*).

Exemple : Un patient est admis en chirurgie d'un jour pour subir une amygdalectomie. Le patient est amené en salle d'opération où on lui administre un anesthésique général. Le chirurgien note que le patient présentait un cou plus large et que pour cette raison, il a été incapable de positionner l'ouvre-bouche et d'avoir accès aux amygdales. L'intervention a été abandonnée.

1.ZZ.11.HA-P1 Anesthésie, corps entier, approche percutanée (aiguille) avec un anesthésique général
1.FR.89.LA Excision totale, amygdale et végétations adénoïdes, amygdalectomie uniquement, utilisation d'un dispositif NCA

Situation : « A »

Exemple : M^{me} J. se présente pour subir une bronchoscopie. La gorge de la patiente est vaporisée avec de la Xylocaine, mais le médecin a été appelé pour une urgence avant que l'intervention ne soit débutée.

ANNULÉE

Justification : L'intervention planifiée ne provient pas de la section 1 ou 5; la norme ci-dessus ne s'applique donc pas au cas présent. L'intervention n'était pas commencée. Ce cas répond aux critères des interventions annulées. Vous pouvez inscrire le code du produit (Xylocaine) dans le champ « technique anesthésique » de l'abrégé (élément de données 53).

Échecs d'intervention

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2006



Classifiez un échec d'intervention de la même façon que les interventions réussies.

Aux fins de classification, une intervention est qualifiée d'échec si, à la fin de l'intervention, le résultat attendu est peu satisfaisant ou n'est pas entièrement atteint.

Exemple : L'échec d'une cholangiographie peut signifier que le canal cholédoque a été exploré, mais que le colorant n'a pas pu passer dans le canal comme prévu. Par conséquent, le résultat obtenu (visualisation du canal cholédoque à l'aide d'un colorant) n'est pas satisfaisant. **Codifiez la cholangiographie.**

3.OE.10.WZ Radiographie, canaux biliaires, après injection endoscopique (rétrograde) d'un produit de contraste (Comprend : Cholangiographie rétrograde endoscopique (CRE))

Exemple : L'échec d'une angioplastie coronarienne peut se traduire par l'impossibilité d'introduire le cathéter à ballonnet au-delà de la sténose artérielle. La dilatation attendue de l'artère coronaire ne peut pas être réalisée conformément aux souhaits du chirurgien. **Codifiez l'angioplastie coronarienne.**

1.IJ.50.GQ-BD Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée et dilatateur à ballonnet

Inscrivez également le code suivant :

3.IP.10.^ ^ Radiographie, cœur avec artères coronaires pour toute angiographie coronaire

Exemple : Le patient est préparé en prévision d'une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). L'intervention est commencée. L'ampoule semble enflammée, comme si elle avait subi un traumatisme. Le canal de Wirsung a facilement été opacifié et paraissait normal. Malgré la bonne position et l'essai de différents papillotomes, il a été impossible de pratiquer une cannulation profonde du canal cholédoque, même à l'aide d'un fil. L'intervention a été abandonnée.

3.OG.10.WZ Radiographie, canaux biliaires avec pancréas, après injection endoscopique (rétrograde) d'un produit de contraste (CPRE)

Remarque : Dans un tel cas, le médecin responsable tente parfois d'éliminer la plaque ou le thrombus en injectant un antithrombotique (streptokinase) directement dans l'artère coronaire. **Codifiez cette intervention à l'aide du code 1.IL.35.HA-C1 Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), anticoagulant.** Si un médicament est administré par voie veineuse, vous devez le considérer comme une pharmacothérapie systémique. Si le médicament est injecté dans une artère, codifiez-le toujours comme une pharmacothérapie locale.

Exemple : L'échec de la réduction fermée de l'articulation de l'épaule se produit lorsque le médecin responsable ne parvient pas à réduire l'os déplacé dans son emplacement normal malgré ses efforts. **Codifiez la réduction fermée**, même si le résultat attendu n'a pas été obtenu. Le patient a subi une réduction ouverte et une fixation interne lors d'une intervention ultérieure.

1.TA.73.JA Réduction, articulation de l'épaule, approche fermée (externe)

Exception : L'échec de l'épreuve de travail après une césarienne antérieure (sous-catégorie O66.4) et l'échec de l'application d'une ventouse et de forceps (sous-catégorie O66.5) sont représentés dans la CIM-10-CA et ne se prêtent pas à cette norme de codification. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Interventions associées à l'accouchement*.

Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Interventions abandonnées*.

Changement de plan au cours d'une intervention

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Lorsqu'une intervention différente de celle initialement prévue est réalisée, ne codifiez que l'intervention réellement pratiquée.

L'intervention thérapeutique prévue n'a aucune importance clinique et ne doit pas être enregistrée dans l'abrégié. La codification des interventions thérapeutiques doit correspondre à l'intervention réellement pratiquée.

Exemple : M^{me} X. est admise pour une douleur abdominale. Une appendicite est suspectée et la patiente est amenée en salle d'opération pour une appendicectomie. Lors de la laparotomie, il est apparu clairement que la patiente présentait un kyste rompu de l'ovaire et un appendice normal. Une ovariectomie unilatérale est réalisée.

1.RB.89.LA Excision totale, ovaire NCA, approche ouverte

Lieu : « U »

Interventions converties

En vigueur depuis 2001

BS Lorsqu'une intervention est d'abord pratiquée par approche endoscopique mais est modifiée pour une approche ouverte, sélectionnez le qualificateur pour indiquer l'approche ouverte et l'attribut de situation « C » (« convertie »).

La CCI permet la saisie d'information concernant des interventions commencées par voie endoscopique et qui, pour diverses raisons, doivent être changées en approche ouverte. L'attribut de situation « C » (« convertie ») est disponible pour les interventions les plus fréquentes au cours desquelles cette situation peut survenir. L'intervention doit être codifiée avec le qualificateur approprié désignant l'approche ouverte, suivi de l'attribut de situation « C ».

Exemple : Un patient est admis pour une cholécystectomie par laparoscopie. Pendant l'intervention, des adhérences importantes sont découvertes et l'intervention est donc convertie à une cholécystectomie par approche ouverte.

1.OD.89.LA

Situation : « C »

Excision totale, vésicule biliaire, approche ouverte, cholécystectomie uniquement

Interventions reprises

En vigueur depuis 2003

La description d'une intervention thérapeutique comme une « reprise » dans la CCI requiert l'utilisation de l'attribut de situation « R ».

Une reprise peut être due à une défaillance mécanique, à une déhiscence, à des résultats fonctionnels faibles ou à toute autre complication de la guérison au niveau du ou des sites anatomiques concernés dans l'intervention initiale. La nature de l'intervention précédente est sans importance. Si un problème survient sur l'ancien champ opératoire, codifiez l'intervention réelle réalisée au cours de l'épisode en cours et ajoutez-y l'attribut de situation « R », pour reprise.



Utilisez l'attribut de reprise dans les cas suivants :

- L'intervention en cours est une « répétition » complète ou partielle d'une intervention antérieure pour pallier à un problème inattendu **OU**
- L'intervention en cours est un retour au site d'une intervention antérieure afin de corriger un problème (causé par cette intervention antérieure) qui n'était pas prévu et qui ne faisait pas partie d'une série d'opérations en plusieurs temps.

Exemple : Diagnostic : Descellement de l'arthroplastie de la hanche gauche
Intervention antérieure : Arthroplastie totale de la hanche gauche
Intervention actuelle : Remplacement de la capsule acétabulaire par greffe osseuse et ciment

1.SQ.53.LA-PM-Q

Situation : « R »

Lieu : « L »

Implantation d'un appareil interne, bassin, association d'une greffe osseuse et de ciment à os, prothèse, à un composant (p. ex. cupule)

Remarque : Deux attributs obligatoires sont présents sous cette rubrique.

Justification : Dans cet exemple, l'intervention actuelle est une « répétition » partielle d'une intervention antérieure.

Exemple : Diagnostic : Douleur au genou droit. Le patient a subi une arthroplastie du genou droit deux ans auparavant
Intervention antérieure : Arthroplastie totale du genou droit
Intervention actuelle : Remplacement total de la prothèse du genou, non cimentée, utilisation d'une prothèse à trois composants

1.VG.53.LA-PP

Situation : « R »

Lieu : « R »

Étendue : « 3 »

Implantation d'un appareil interne, articulation du genou, non cimenté, prothèse à trois composants (e.g. Oxford antéro-externe héli-arthroplastie et prothèse totale de genou (PTG) SAI)

Remarque : Trois attributs obligatoires sont présents sous cette rubrique.

Justification : Dans cet exemple, l'intervention actuelle est la « répétition » complète d'une intervention antérieure.

Exemple : Diagnostic : Fuite de la prothèse mammaire gauche
 Intervention antérieure : Insertion de prothèses mammaires bilatérales en silicone
 Intervention actuelle : Remplacement de la prothèse mammaire gauche par un implant salin, approche ouverte, aucune greffe requise

1.YM.79.LA-PM Réparation d'augmentation, sein, approche ouverte,
Situation : « R » avec implantation de prothèse, sans tissu
Lieu : « L »

Justification : Dans cet exemple, l'intervention actuelle est la « répétition » complète d'une intervention antérieure.

Exemple : Diagnostic : Récurrence d'une hernie incisionnelle dans la partie supérieure de l'abdomen.
 Intervention antérieure : Herniorraphie (utilisation de sutures au Vicryl)
 Intervention actuelle : Herniorraphie avec treillis et autogreffe, approche ouverte

1.SY.80.LA-XX-Q Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen,
Situation : « R » approche ouverte, utilisation d'un lambeau
Lieu : « UP » pédiculé (p. ex. muscle grand droit de l'abdomen ou delto-pectoral)

Justification : Dans cet exemple, l'intervention actuelle est une « répétition » complète d'une intervention antérieure. La codification de cette intervention en tant que reprise est facultative.

Exemple : Un an après la fixation de deux métatarses du pied droit, le patient revient en vue d'une opération chirurgicale en raison d'une douleur excessive et d'une migration des broches (détectée par radiographie). Le chirurgien décide de fusionner les articulations MTP, car la fracture n'a pas guéri correctement la première fois et que la fixation n'est pas une solution appropriée chez cet homme obèse. Au cours de cette intervention, du fil métallique est utilisé et un greffon d'os est prélevé sur la crête iliaque.

1.WJ.75.LA-KD-A Fusion, articulations tarsométatarsiennes,
Situation : « R » (facultatif) métatarses et articulations métatarsophalangiennes
Lieu : « R » (avantpied), fusion articulaire uniquement, utilisation de fil, d'agrafes, avec autogreffe osseuse
 1.SQ.58.LA-XX-A Prélèvement, bassin, greffon osseux sur un donneur vivant (p. ex. greffon osseux de crête iliaque),
 approche ouverte

Justification : Dans cet exemple, l'intervention de « reprise » ultérieure est différente de l'acte initial. L'intervention ultérieure est malgré tout considérée comme une « reprise », puisque le retour au champ opératoire avait pour but de corriger un problème apparu ultérieurement. La codification de cette intervention en tant que reprise est facultative.

Exemple : Une endoprothèse a été insérée dans l'artère coronaire distale droite d'un patient. Ce dernier est admis de nouveau un an plus tard avec une sténose de l'artère coronaire proximale droite causée par la progression de sa coronaropathie (l'endoprothèse de l'artère coronaire distale droite est restée en place). Une angioplastie par ballonnet est pratiquée dans l'artère coronaire proximale droite, artère dans laquelle on pose aussi une endoprothèse.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale
Situation : « Z » percutanée et dilateur à ballonnet avec (insertion d'un)
Étendue : « 1 » extenseur (endovasculaire)

Inscrivez également le code suivant :

3.IP.10.^[^] *Radiographie, cœur avec artères coronaires pour toute angiographie coronaire*

Justification : Aucun attribut de reprise n'est nécessaire car il ne s'agit pas d'une intervention visant à corriger un problème causé par l'intervention précédente. On s'attend à une récurrence de la maladie dans ce cas-ci. Consultez aussi la norme de codification *Complications des pontages aortocoronariens*.

Remarque : Dans le cas d'une intervention initiale pour laquelle l'attribut de situation est obligatoire, sélectionnez l'attribut « 0 », qui équivaut à « sans objet ». Cela indiquera que l'intervention n'est pas une reprise.

N'utilisez pas d'attribut de reprise pour les interventions suivantes :

- Réinsertion d'endoprothèses, de cathéters et de systèmes de dérivation (1.^[^].52) : Le remplacement des endoprothèses et des cathéters est une intervention si courante qu'il est considéré comme un événement attendu, en particulier lorsque ces dispositifs sont placés *in situ* à long terme.
- Gestion de tout dispositif interne (1.^[^].54) : Les dispositifs tels que les stimulateurs cardiaques, les lentilles intraoculaires, les drains thoraciques ou les prothèses péniennes impliquent toujours un retour sur le site de l'implant d'origine. Par conséquent, il est redondant de codifier ces interventions comme des reprises et l'attribut correspondant n'est pas disponible pour cette intervention générique.
- Contrôle d'une hémorragie par application locale d'un antihémorragique, par pansement occlusif, par diathermie ou dispositif thermique, par électrocautérisation, par compression manuelle externe ou par compression directe du site (1.^[^].13, ne requiert pas de réapposition par suture, agrafe, etc.).
- Seconde résection du même site anatomique : Cette intervention est habituellement pratiquée pour enlever du tissu malade supplémentaire et doit systématiquement être considérée comme une « nouvelle » résection.
- Toute intervention sur un site créé par chirurgie (uniquement les sites anatomiques OW, « Sites construits par chirurgie dans le tube digestif et les voies biliaires », et PV, « Appareil urinaire créé par chirurgie » et KY Artère avec veine) : Ces interventions sont toujours des reprises en elles-mêmes et l'attribut « R » n'est pas disponible.

Les interventions diagnostiques répétées, comme des biopsies effectuées pour découvrir s'il y a eu récurrence d'une pathologie à un site anatomique ou les inspections n'entraînant pas d'autre intervention (p. ex. une laparoscopie exploratrice postopératoire) ne peuvent être désignées comme des « reprises », puisqu'elles n'entraînent pas de changement réel par rapport à l'intervention antérieure sur le même site anatomique.

Intervention en plusieurs étapes versus reprise d'une intervention

Les interventions en plusieurs étapes sont prévues alors que les reprises ne le sont généralement pas. Les reprises sont pratiquées en cas de problème inattendu qui requiert une « répétition » complète ou partielle. Les interventions en plusieurs étapes supposent un traitement complexe planifié dès la première chirurgie.



Attribuez l'attribut de situation « S » à toutes les interventions chirurgicales (initiales et subséquentes) qui font partie d'un traitement complexe. Actuellement, cet attribut est facultatif. Cependant, les établissements peuvent choisir de l'utiliser en fonction de leurs besoins particuliers en données.

Exemple : Une enfant ayant subi récemment une réparation de fente palatine est admise en vue de la réparation secondaire de son palais, car la fermeture initiale n'a pas donné les résultats escomptés.

1.FB.86.LA-XX-E

Situation : « R » (facultatif)

Fermeture de fistule, palais dur, utilisation d'un lambeau local (p. ex. reconstruction par bandelette de muscle élévateur du voile du palais; lambeau d'avancement en V-Y, lambeau de vomer)

Exemple : La plus grande partie du visage d'une autre enfant présentant une fente faciale avait été réparée lors d'une intervention antérieure. Cette enfant se présente maintenant pour une réparation de fente palatine.

1.FB.86.LA-XX-E

Situation : « S » (facultatif)

Fermeture de fistule, palais dur, utilisation d'un lambeau local (p. ex. reconstruction par bandelette de muscle élévateur du voile du palais; lambeau d'avancement en V-Y, lambeau de vomer)

Remarque : Il peut parfois être difficile de déterminer si une intervention secondaire est une reprise ou si elle fait partie d'une série d'étapes prévues afin d'obtenir les résultats souhaités. En cas de doute, discutez avec le chirurgien de l'utilisation de l'attribut de reprise.

Interventions endoscopiques

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003

Les interventions endoscopiques sont fréquentes. Elles peuvent avoir un but diagnostique ou thérapeutique.

BS Lorsqu'une intervention endoscopique est pratiquée dans un but diagnostique uniquement, classifiez-la sous le terme « inspection » du site anatomique.

BS Codifiez les inspections selon le site le plus profond visualisé par l'endoscope.

Exemple : On réalise une oesophagogastroduodénoscopie en vue d'un dépistage.
2.NK.70.BA Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie
Lieu : « D » naturelle (ou via un abouchement)

BS Si une biopsie et une inspection sont réalisées sur le même site anatomique, seule la biopsie est codifiée.

Exemple : On pratique une coloscopie et une biopsie d'une lésion du côlon transverse.
2.NM.71.BA Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle
Lieu : « Z » (ou via un abouchement)

BS Lorsqu'une inspection va au delà du site de la biopsie, codifiez la biopsie et l'inspection, et placez la biopsie en première position.

Exemple : On pratique une fibroscopie œso-gastro-duodénale (oesophagogastroduodénoscopie) (OGD) et une biopsie de la lésion gastrique.
2.NF.71.BA Biopsie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle
(ou via un abouchement)
2.NK.70.BA Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie
Lieu : « D » naturelle (ou via un abouchement)

BS Si l'intervention endoscopique comprend des éléments à la fois diagnostiques et thérapeutiques, ne codifiez que l'aspect thérapeutique de l'intervention.

Exemple : On réalise une coloscopie avec exérèse d'un polype du gros intestin.
1.NM.87.BA Excision partielle, gros intestin, approche endoscopique par voie
Lieu : « U » naturelle, procédure excisionnelle simple

BS Lorsque deux sites anatomiques distincts font l'objet d'une biopsie au cours d'un même épisode opératoire, inscrivez d'abord la biopsie du site le plus profond.

Exemple : On procède à une oesophagogastroduodénoscopie, à une biopsie d'une lésion gastrique et à une biopsie d'une lésion duodénale.

2.NK.71.BA Biopsie, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle
Lieu : « D » (ou via un abouchement)

2.NF.71.BA Biopsie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle
(ou via un abouchement)

Reportez-vous également à la norme de codification *Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées*.

Reportez-vous également aux normes de codification *Oesophago-gastro-duodénoscopie diagnostique*, *Interventions diagnostiques par coloscopie* et *Interventions endoscopiques diagnostiques réalisées sur le tractus gastro-intestinal inférieur*.

Interventions d'imagerie diagnostique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006



Codifiez les études par imagerie diagnostique réalisées conjointement avec les interventions thérapeutiques selon les besoins des établissements, des provinces ou des territoires.

Reportez-vous également à la norme de codification *Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3 pour la BDCP*.

Lorsque ces études sont codifiées, il est parfois possible de choisir l'attribut de situation « I » (« peropératoire »). Comme cet attribut est facultatif pour le moment, les établissements sont libres d'en définir l'utilisation selon leurs besoins internes de collecte de données.

Exemple : On pratique une cholécystectomie ouverte et une cholangiographie peropératoire.

1.OD.89.^ ^ Excision totale, vésicule biliaire
3.OE.10.^ ^ Radiographie, canaux biliaires (facultatif)

Situation : « I »
(facultatif)

Exemple : Une patiente subit une biopsie cervicale à l'emporte pièce par voie naturelle. De plus, on utilise un colposcope pour visualiser la zone à opérer.

2.RN.71.CQ Biopsie, col utérus, approche par voie naturelle à l'aiguille
3.RZ.94.ZA Intervention d'imagerie NCA, appareil génital féminin NCA, utilisation du microscope (coloscopie) (facultatif)

Justification : Une colposcopie permet d'obtenir une image (microscope opératoire) et n'est pas une intervention en tant que telle. Lorsqu'une intervention thérapeutique est pratiquée au moyen d'un colposcope pendant l'intervention, il s'agit d'une intervention d'imagerie diagnostique dont la codification est facultative.

Exception : Il est obligatoire de codifier la coronographie (3.IP.10.^) lorsque celle-ci est pratiquée avec toute intervention thérapeutique.

Il est important d'inscrire 3.IP.10.^ pour codifier les cathétérismes cardiaques, car ils sont utilisés dans les méthodologies de regroupement du GMA + et du SGCA. Il est également important pour les analystes et chercheurs de noter que la présence du code 3.IP.10.^ ainsi qu'une intervention coronarienne comportant le qualificateur « GQ » comme approche opératoire dans un abrégé, peut possiblement indiquer deux procédures de cathétérisme cardiaque. Lorsqu'ils sont pratiqués au cours du même épisode opératoire, ceci représente une seule procédure de cathétérisme cardiaque.

Exemple : Le patient a subi une angioplastie coronarienne avec un dilatateur à ballonnet ainsi qu'une artériographie coronarienne par cathétérisme du cœur gauche.

1.IJ.50.GQ-BD	Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec laser et dilatateur à ballonnet
Situation : « Z »	
Étendue : « 1 »	
3.IP.10.VX	Radiographie, cœur avec artères coronaires, cathétérisme du cœur gauche avec radioscopie (fluoroscopie), approche (rétrograde) percutanée intra-artérielle (facultatif)

Remarque : La section 3 de la CCI comporte des catégories de combinaisons. Les codificateurs sont donc incités à identifier précisément les sites anatomiques examinés au cours des interventions d'imagerie.

Exemple : 3.OE.^ Canaux biliaires uniquement

Exemple : 3.OJ.^ Pancréas uniquement

Exemple : 3.OG.^ Canaux biliaires avec pancréas

Parmi les autres normes liées aux normes de codification générales de la CCI se trouve la norme [Interventions annulées](#).

Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires

Infections

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006

BS Lors de la codification d'une infection dont l'agent pathogène est inconnu, codifiez l'infection au site atteint.

Exemple : M^{me} B. se présente pour une douleur abdominale, qui est par la suite diagnostiquée comme étant secondaire à une infection des voies urinaires.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé

BS

Lorsque l'agent pathogène est connu, classifiez le cas selon l'une des trois possibilités suivantes, tel que mentionné dans la classification :

- Utilisez la double classification (dague et astérisque) avec un code précisant l'agent pathogène, suivi du code de la manifestation. Ces deux codes doivent être utilisés ensemble pour bien identifier la maladie infectieuse.
- Utilisez un code combiné.
- Utilisez deux codes; le premier sert à identifier la manifestation locale de la maladie et le deuxième l'agent pathogène. L'agent pathogène est codifié aux rubriques B95 à B97 cependant l'assignation de codes à ces rubriques est facultative. Si ces rubriques sont utilisées, les codes auront un diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : M^{me} B. reçoit un diagnostic d'infection à Candida de la vulve et du vagin.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
B37.3†	Candidose de la vulve et du vagin
N77.1*	Vaginite, vulvite et vulvo-vaginite au cours de maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs

Justification : Exemple de la consigne à respecter en ce qui concerne la première puce ci-dessus.

Exemple : Un jeune patient reçoit un diagnostic de pharyngite à streptocoques.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
J02.0	Pharyngite à streptocoques

Justification : Exemple de la consigne à respecter en ce qui concerne la deuxième puce ci-dessus.

Exemple : Un examen de laboratoire confirme le diagnostic de cystite aiguë causée par la bactérie E. coli.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
N30.0	(M)	PP	Cystite aiguë
B96.2	(3)	AP	Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Justification : Exemple de la consigne à respecter en ce qui concerne la troisième puce ci-dessus. L'attribution du code B96.2 est facultative.



Lorsque seul l'agent pathogène a été identifié et que le siège de l'infection n'est pas précisé, l'infection est codifiée comme « infection bactérienne, siège non précisé ».

Exemple : Le dossier ne mentionne qu'une infection à staphylocoques.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
A49.0	Infection à staphylocoques, sans précision

Reportez-vous également à la norme de codification *Micro-organismes résistant aux médicaments*.

Micro-organismes résistant aux médicaments

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006



Lorsque la documentation fait état d'une infection en cours causée par un micro-organisme résistant aux médicaments, utilisez un code des rubriques B95 à B97 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres*, avec un diagnostic de type (3)/autre problème, afin d'identifier l'agent infectieux, et un autre code des rubriques U80 à U89 *Agents bactériologiques résistant aux antibiotiques*, avec un diagnostic de type (3)/autre problème, afin d'identifier le médicament auquel l'organisme est résistant. (Bien que facultative, la saisie des infections à des organismes résistant aux médicaments est fortement recommandée.)

Exemple : Un patient présente une infection de la prothèse de la hanche et les analyses de laboratoire ont confirmé la présence d'un SARM dans la plaie. Le patient a été placé en isolation et a eu une consultation avec une infirmière spécialisée en prévention des infections qui a établi le protocole SARM (staphylocoque aureus résistant à la méthicilline).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T84.53	(M), (1) ou (2)	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la hanche
B95.6	(3)	Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U80.1	(3)	Agent résistant à la méthicilline
Y83.1	(9)	Opération et autre acte chirurgical à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne
Z29.0	(3)	Isolement (facultatif)

BS Assignez le code **Z22.30** *Sujet porteur de maladies à micro-organismes résistant aux médicaments*, avec un type (3) diagnostic secondaire/autre problème, afin d'identifier les sujets porteurs de micro-organismes résistant aux médicaments (c.-à-d. les patients qui n'ont pas une infection en cours documentée au dossier).

Exemple : Le dossier du patient indique qu'il est porteur d'un SARM. Aucun traitement n'est donné et aucune action n'est prise.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z22.30	(3)	AP	Sujet porteur de maladies à micro-organismes résistant aux médicaments

L'information clinique se trouve à la section *Micro-organismes résistants aux médicaments* de l'*annexe A*.

Septicémie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2008

BS Lorsqu'il y a évidence dans le dossier de plus d'une hémoculture positive, d'une augmentation de la température corporelle, d'une antibiothérapie sans aucune mention de septicémie dans les notes médicales, consultez le médecin afin de vérifier la possibilité d'un diagnostic de septicémie.

Assignez un code de septicémie uniquement si le médecin a posé et documenté ce diagnostic. Le diagnostic de septicémie ne peut être présumé, ni éliminé, sur la seule base des résultats de laboratoire.

Exemple : M^{me} S. est traitée à l'unité de soins intensifs pour une pneumonie et une septicémie à staphylocoques dorés.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
A41.0†	(M)	Septicémie à staphylocoques dorés
J17.0*	(3)	Pneumopathie au cours de maladies bactériennes classées ailleurs

Remarque : Selon le cas, un diagnostic de type (3) ou (6) est attribué aux codes à astérisque. Reportez-vous également à la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

BS	Lorsque le patient présente une septicémie classée dans l'une des catégories suivantes :			
	003-005	<i>Grossesse se terminant par un avortement (avec le cinquième chiffre .0 ou .5)</i>		
	007.3	<i>Échec d'une tentative d'avortement, avec complications</i>		
	008.0	<i>Infection de l'appareil génital et des organes pelviens, consécutive à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou molaire</i>		
	075.3–	<i>Autres infections au cours du travail</i>		
	085.–	<i>Septicémie puerpérale</i>		
	098.–	<i>Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (avec le quatrième caractère .2, .5 ou .8)</i>		
	T80.2	<i>Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion</i>		
	T81.4	<i>Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs</i>		
	T88.0	<i>Infection consécutive à vaccination</i>		
	T82-T85	<i>Infections et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant ou une greffe</i>		
		➤	Assignez le code approprié, selon la liste ci-dessus, comme diagnostic significatif, problème principal ou autre problème.	
		➤	Assignez un code supplémentaire obligatoire pour le type précis de septicémie, comme diagnostic de type (3)/autre problème, afin de préciser le micro-organisme responsable de la septicémie.	
		➤	Attribuez un code de cause externe des rubriques Y60 à Y89, s'il y a lieu.	

Remarque : Les rubriques T82 à T85 *Infections et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant ou une greffe* sont utilisées uniquement lorsque le dossier indique qu'une prothèse, une greffe ou un implant infecté est responsable de la septicémie. Si tel n'est pas le cas, utilisez le code T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs*.

Exemple : Une patiente subit un avortement spontané incomplet avec une septicémie à Candida.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	003.0	(M)	PP	Avortement spontané, incomplet, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
	B37.7	(3)	AP	Septicémie à Candida

Exemple : Le patient a contracté une septicémie postopératoire à *E. coli* consécutive à une colectomie totale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T81.4	(2)	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
A41.50	(3)	Septicémie due à <i>Escherichia coli</i> (E.Coli)
Y83.6	(9)	Opération et autre acte chirurgical à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention. Ablation d'un autre organe (partielle) (totale)

Exemple : Le patient a contracté une septicémie à staphylocoques postopératoire des suites du remplacement d'une valvule cardiaque prothétique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T82.6	(2)	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque
A41.2	(3)	Septicémie à staphylocoques non précisés
Y83.1	(9)	Opération et autre acte chirurgical à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention. Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne



Lorsque plus d'un micro-organisme est responsable de la septicémie, attribuez un code pour chacun.

Exemple : Un patient souffre d'une septicémie, documentée comme étant due aux bactéries *E. coli* et staphylocoque.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
A41.50	Septicémie due à <i>Escherichia coli</i> (E. coli)
A41.2	Septicémie à staphylocoques non précisés

Reportez-vous également aux normes de codification *Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né*, *Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes* et *Syndrome d'inflammation systémique*.

Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007, 2008



Dans le cas des patients souffrant du SIDA et ayant des manifestations du SIDA :

- Assignez le code B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]* comme diagnostic principal/problème principal.
- Assignez en deuxième position un code supplémentaire pour la manifestation traitée comme diagnostic de type (1)/autre problème.

Remarque : Le code de diagnostic B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]* ne peut être le diagnostic principal/problème principal sans qu'un autre code ne soit utilisé pour au moins une manifestation.

Remarque : Le code de diagnostic B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]* ne doit pas être enregistré en tant que diagnostic de comorbidité après l'admission (diagnostic de type (2)).



Quand le diagnostic de SIDA ou de VIH est mentionné, présumez que les conditions des rubriques suivantes sont des manifestations du SIDA :

- Maladies infectieuses et parasitaires : A00-B19, B25-B34, B99;
- Mycoses : B35-B49;
- Maladies dues à des protozoaires : B58-B64
- Tumeurs : C46.-, C81-C96;
- Pneumopathies (virale, bactérienne et infectieuse) : J12-J18ⁱ.

Remarque : Les manifestations du SIDA ne se limitent pas aux rubriques de la liste ci-dessus. Cette liste présente les présumées manifestations si aucun lien n'est établi dans le dossier. Lorsque, selon le dossier, une condition *résulte d'une* maladie due au VIH ou au SIDA, classez cette condition comme une manifestation.

Exemple : Un patient atteint du SIDA est admis pour un traitement du sarcome de Kaposi du palais mou. Il présente également un lymphome, qui n'a fait l'objet d'aucun traitement au cours de cette admission.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
B24	(M)	Immunodéficience humaine virale [VIH]
C46.2	(1)	Sarcome de Kaposi du palais
C85.9	(3)	Lymphome non hodgkinien, de type non précisé

i. *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième version, Canada (CIM-10-CA), deuxième édition, vol. 2, p. 42.

Exemple : Un patient est admis en raison d'une démence sévère reliée au SIDA. Il souffre également d'un sarcome de Kaposi de la peau, qui n'a fait l'objet d'aucun traitement au cours de cette admission.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
B24	(M)	Immunodéficience humaine virale [VIH]
F02.4*	(6)	Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
C46.0	(3)	Sarcome de Kaposi de la peau

Justification : Le code F02.4* est le seul code à astérisque qui peut être placé en deuxième position sur l'abrégié, après le code B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]*. Comme, dans le présent exemple, les soins sont axés sur la démence due au SIDA, on lui attribue le type de diagnostic (6).



Lorsque le diagnostic n'est inscrit que comme séropositivité au VIH et qu'il y a documentation d'une maladie révélatrice du SIDA (voir liste ci-dessous), on doit attribuer le code B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]*.



Lorsqu'il n'est mentionné au dossier aucune maladie révélatrice du SIDA, attribuez le code Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]* au diagnostic de séropositivité au VIH.

Surveillance nationale, définition de cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), maladies révélatrices chez les adultes et les adolescents de ≥ 15 ansⁱⁱ

Cancer du col utérin (invasif)
Candidose (œsophagienne)
Candidose (bronches, trachée ou poumons)
Coccidioïdomycose (diffuse ou extrapulmonaire)
Complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii* (infection diffuse ou extrapulmonaire)
Cryptococcose (extrapulmonaire)
Cryptosporidiose intestinale chronique (plus d'un mois)
Encéphalopathie liée au VIH (démence)
Herpes simplex : ulcération(s) chronique(s) (plus d'un mois) ou bronchite, pneumonite ou œsophagite
Histoplasmosse (diffuse ou extrapulmonaire)
Infection à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques)
Isosporiase intestinale chronique (plus d'un mois)
Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Lymphome (primaire du cerveau)
Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)
Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)
Mycobacterium tuberculosis (infection diffuse ou extrapulmonaire)
Mycobacterium tuberculosis (pulmonaire)
Mycobacterium appartenant à une autre espèce ou à une espèce non identifiée
Pneumonie bactérienne (récurrente)
Pneumonie à *Pneumocystis carinii*
Rétinite à cytomégalovirus (avec cécité)
Sarcome de Kaposi
Septicémie à *Salmonella* (récurrente)
Syndrome cachectique dû au VIH
Toxoplasmose du cerveau

Maladies révélatrices pour les cas pédiatriques seulement (moins de 15 ans)

Infections bactériennes (multiples ou récurrentes, à l'exclusion de la pneumonie bactérienne récurrente)
Pneumonie lymphoïde interstitielle et/ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire

ii. Comité consultatif de l'épidémiologie et Division de la surveillance des maladies infectieuses, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, *Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale*, 2000, p. 62. Internet : <URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s3f.pdf>> .

Exemple : Une patiente ayant reçu un diagnostic de séropositivité au VIH est admise pour le traitement d'une histoplasmosse disséminée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
B24	(M)	Immunodéficience humaine virale (VIH)
B39.3	(1)	Histoplasmosse disséminée à <i>Histoplasma capsulatum</i>

Justification : Lorsqu'un patient présente une (ou plusieurs) conditions liées au SIDA figurant sur la liste de définitions de cas de la Surveillance nationale (c.-à-d. une maladie révélatrice) et que seule la mention « séropositivité au VIH » est inscrite dans la documentation clinique, on suppose que le patient souffre d'une maladie due au VIH de la rubrique B24, et pas seulement de la rubrique Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*.

Exemple : Patient atteint du SIDA qui reçoit un traitement pour le sarcome de Kaposi du poumon.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
B24	(M)	PP	Immunodéficience humaine virale (VIH)
C46.71	(1)	AP	Sarcome de Kaposi du poumon

Exemple : Patient atteint du SIDA qui reçoit un traitement contre une pneumonie à *Pneumocystis carinii*



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
B24	(M)	PP	Immunodéficience humaine virale (VIH)
B59†	(1)	AP	Pneumocystose
J17.3*	(3)	AP	Pneumopathie au cours de maladies parasitaires

Exemple : Patient atteint du SIDA qui consulte en raison d'un syndrome cachectique dû au VIH



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
B24	(M)	PP	Immunodéficience humaine virale (VIH)
R64	(1)	AP	Cachexie



Assurez-vous que les codes mutuellement exclusifs suivants ne sont pas attribués pour un même épisode de soins :

- R75 *Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*;
- Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*;
- B24 *Immunodéficience humaine virale (VIH)*.



Assurez-vous que le code R75 n'est pas attribué en tant que diagnostic principal/problème principal, car il est associé aux patients dont le test du VIH s'est révélé non concluant.

BS Dans le cas des patients admis et sortis le même jour pour une chimiothérapie prophylactique primaire, en raison d'une infection par le VIH, attribuez le code Z29.2 *Autres mesures de chimiothérapie prophylactique* comme diagnostic principal/problème principal avec le code Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* comme diagnostic secondaire de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient asymptomatique infecté par le VIH reçoit un traitement antirétroviral au cours d'une admission et d'un départ dans la même journée.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z29.2	(M)	PP	Autres mesures de chimiothérapie prophylactique
Z21	(3)	AP	Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

BS Lorsqu'un patient qui a déjà été diagnostiqué avec le SIDA se présente avec une affection sans lien avec le VIH et que cette condition répond aux critères du diagnostic principal/problème principal, cette affection sera le diagnostic principal/problème principal pour cette admission.

Exemple : M. Y. souffre d'une fracture de Pouteau-Colles au bras droit suite à une chute sur un trottoir glacé. Le patient est aussi atteint du VIH. Il obtient son congé deux jours plus tard après le traitement de sa fracture.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
S52.500	(M)	Fracture de Pouteau-Colles, fermée
W00	(9)	Chute de plain-pied due à la glace et la neige
U98.4	(9)	Lieu de l'événement, rue ou route
U99.9	(9)	En participant à une activité non précisée (facultatif)
B24	(3)	Immunodéficience humaine virale (VIH)

Hépatite virale

En vigueur depuis 2002

L'information clinique se trouve à la section *Hépatite virale* de l'*annexe A*.

BS Codifiez la mention d'un « dépistage positif de l'hépatite B » sans indication d'un processus infectieux à l'aide du code Z22.50 *Sujet porteur de l'hépatite virale B*.

BS Lorsqu'un « antécédent d'hépatite B » est documenté, clarifiez le diagnostic auprès du médecin. Ne pas présumer que le patient est porteur de l'hépatite B ou qu'il souffre d'hépatite B aigu ou chronique.

Exemple : Le dossier de M. Y. indique qu'il est « porteur du virus de l'hépatite B ». Rien n'indique que l'infection est active.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z22.50	(3)	AP	Sujet porteur de l'hépatite virale B

BS Lorsqu'un antécédent d'hépatite C est documenté, clarifiez le diagnostic auprès du médecin. Si la consultation est impossible, attribuez le code Z22.51 *Sujet porteur de l'hépatite virale C*.

BS Lorsque le dossier contient des termes ambigus, tels que « hépatite C » ou « dépistage positif de l'hépatite C », et que le patient présente des symptômes d'hépatite C, clarifiez le diagnostic auprès du médecin afin de déterminer si la maladie est au stade aigu ou chronique. Si la consultation est impossible, attribuez le code B18.2 *Hépatite virale chronique C*.

BS Lorsque le patient est asymptomatique et qu'il y a mention de termes ambigus tels que « hépatite C » ou « dépistage positif de l'hépatite C », attribuez le code Z22.51 *Sujet porteur de l'hépatite virale C*.

Exemple : Un diagnostic d'hépatite C est consigné au dossier de M^{me} C. Il est impossible de consulter le médecin afin de savoir si la patiente en est au stade aigu ou chronique de la maladie.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
B18.2	Hépatite virale chronique C

Chapitre II – Tumeurs

Tumeur primitive avec métastases

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007

BS Lorsqu'un diagnostic de tumeur primitive avec métastases est posé, et que le traitement mis en place concerne les sites primitif et secondaire, sélectionnez le site primitif comme diagnostic principal/problème principal.

BS Assignez un code supplémentaire au site secondaire comme diagnostic de type 1, comorbidité avant l'admission/autre problème. Cette directive englobe les métastases des ganglions lymphatiques qui ont été excisés en même temps que la tumeur primitive.

Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de cancer du lobe inférieur droit du poumon avec métastases vertébrales. Une chimiothérapie est débutée pour la lésion primitive ainsi que des séances de radiothérapie pour les métastases osseuses.



Code	BDCP	Description
C34.30	(M)	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon droits
C79.5	(1)	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
1.ZZ.35.HA-MO		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents anticancéreux SAI
1.SC.27.JA		Rayonnements, vertèbres, approche externe

B Assurez-vous que les codes des rubriques C00 à D48 ne sont jamais assignés en tant que diagnostic de type 2, comorbidité après l'admission.

Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006

BS Lorsqu'un diagnostic de tumeurs primitives à sièges multiples indépendants a été posé, chaque tumeur primitive doit faire l'objet d'un code distinct.

BS De plus, vous pouvez facultativement attribuer le code C97 *Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)* comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Une patiente subit une laparoscopie exploratrice au cours de laquelle on pratique une biopsie à l'ovaire gauche et au côlon. Le rapport de pathologie révèle la présence de tumeurs malignes primitives distinctes de l'ovaire et du côlon.



Code	BDCP	SNISA	Description
C56.0	(M)	PP	Tumeur maligne unilatérale de l'ovaire
C18.9	(1)	AP	Tumeur maligne du côlon, sans précision
C97	(3)	AP	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

BS Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec plusieurs tumeurs primitives invasives distinctes dans un même organe, mais de localisations non contiguës, chaque tumeur primitive doit être codifiée.

BS De plus, vous pouvez facultativement attribuer le code C97 *Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)* comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : L'examen d'un patient a permis de diagnostiquer un carcinome à cellules transitionnelles de la paroi postérieure de la vessie et un autre carcinome à cellules transitionnelles non contigu du trigone de la vessie.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C67.4	(M)	PP	Tumeur maligne de la paroi postérieure de la vessie
C67.0	(1)	AP	Tumeur maligne du trigone de la vessie
C97	(3)	AP	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

Exemple : Le rapport de pathologie décrit deux tumeurs malignes primitives du sein droit, toutes deux à la position 12 heures, mais non contiguës (l'une étant plus haute que l'autre).

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C50.80	(M)	PP	Lésion maligne à localisations contiguës du sein droit
C50.80	(1)	AP	Lésion maligne à localisations contiguës du sein droit
C97	(3)	AP	Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)

Justification : Le quatrième chiffre « .8 » prévaut ici, car la position 12 heures chevauche les quadrants externe et interne. Dans le cas présent, il ne s'agit pas de tumeurs contiguës dont le point d'origine ne peut être déterminé. Bien que le même code sert à classifier les deux tumeurs, il doit être inscrit deux fois afin de décrire les circonstances des deux tumeurs primitives.

BS Lorsqu'il y a présence de tumeurs primitives invasives distinctes et d'une néoplasie in situ non contiguë dans le même organe, attribuez un code pour chaque condition.

Exemple : Patiente admise pour une mastectomie en raison d'un carcinome situé dans le quadrant supéro-externe du sein gauche. Le rapport de pathologie décrit un carcinome canalaire infiltrant et un carcinome in situ distinct à la position 2 heures.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C50.41	(M)	Tumeur maligne du quadrant supéro-externe du sein gauche
D05.1	(1)	Carcinome in situ intracanaire

Tumeurs secondaires

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

- BS** Lorsque le traitement mis en place concerne uniquement le site secondaire, la tumeur secondaire doit être codifiée en tant que diagnostic principal/problème principal.
- BS** Vous devez obligatoirement attribuer un code supplémentaire afin de désigner le siège de la tumeur primitive, c'est-à-dire un code du chapitre II ou de la rubrique Z85.- *Antécédents personnels de tumeur maligne.*
- B** Lorsque le siège primitif de la tumeur correspond à un code du chapitre II, assignez le type de diagnostic selon les définitions des types de diagnostic.
- BS** Lorsque le siège primitif de la tumeur est identifié avec un code de la rubrique Z85.-, assignez un diagnostic de type (3)/autre problème.

Reportez-vous également aux normes de codification *Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes* et *Types de diagnostic pour la BDCP*.

Exemple Patient présentant une tumeur maligne inopérable du côlon sigmoïde est admis pour l'aspiration d'ascite maligne après installation d'un drain in situ. Aucun traitement pour le cancer du côlon n'est entrepris.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C78.6	(M)	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
C18.7	(3)	Tumeur maligne du côlon sigmoïde
1.OT.52.HA-TS		Drainage, cavité abdominale, approche percutanée (aiguille) et conservation d'un drain in situ

Exemple : Patiente admise pour le traitement d'une tumeur métastatique au cerveau. Le siège de la tumeur primitive était un sein, pour laquelle la patiente a subi une mastectomie radicale cinq ans auparavant.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C79.3	(M)	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales
Z85.3	(3)	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

Exemple : La patiente se présente en chirurgie d'un jour pour subir une bronchoscopie et une biopsie du poumon. La morphologie met en évidence un carcinome métastatique relié à sa tumeur primitive du sein pour laquelle une mastectomie radicale a été effectuée il y a cinq ans.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C78.0	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire du poumon
Z85.3	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein
2.GT.71.BA			Biopsie, poumon, approche endoscopique par voie naturelle

Tumeur maligne de siège non précisé

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007

BS Restreindre l'utilisation du code C80 *Tumeur maligne de siège non précisé* uniquement dans les cas où la documentation comprise dans le dossier médical et le questionnement du médecin traitant ne laissent pas d'autre option.

BS Utilisez le code C80 lorsqu'un diagnostic de carcinomatose est posé et que le médecin n'a pas énuméré les différents sites métastatiques; sinon, codifiez tous les sites métastatiques séparément.

Exemple : M^{me} M. est admise dans le service de chirurgie générale en raison d'une douleur abdominale intense. Une laparotomie exploratrice révèle une importante carcinomatose.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C80	(M)	Tumeur maligne de siège non précisé

Exemple : Le dossier de M. K. fait état d'une tumeur maligne primitive du côlon sigmoïde « avec métastases ». Aucun traitement n'est dispensé contre les lésions métastatiques.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C18.7	(M)	Tumeur maligne du côlon sigmoïde
C80	(3)	Tumeur maligne de siège non précisé

Justification : Le siège des métastases n'est pas précisé dans la documentation.

Exemple : M^{me} J. est admise à l'hôpital avec une ascite maligne connue dont le siège primitif n'a toutefois pas été déterminé. Une coloscopie est pratiquée à la recherche du siège primitif, mais l'examen n'a révélé aucune pathologie. L'ascite maligne n'a pas été traitée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C80	(M)	PP	Tumeur maligne de siège non précisé
C78.6	(3)	AP	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine

Tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tissus apparentés

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Lorsque la documentation mentionne plus d'un siège de malignité des tissus lymphatiques et hématopoïétiques (p. ex. un dans chaque système et/ou appareil de l'organisme), codifiez chaque site comme un siège primitif distinct.

Exemple : Un patient est admis avec un myélome multiple. On établit également qu'il souffre de leucémie.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C90.0	(M)	PP	Myélome multiple
C95.9	(1)	AP	Leucémie, sans précision

BS Lorsqu'une tumeur primitive des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques ou des tissus apparentés (catégorie C81 à C96) est documentée comme s'étant disséminée (métastases), n'inscrivez pas de code de tumeur maligne secondaire.

Contrairement aux tumeurs solides d'autres sites, les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques ne se disséminent pas à des sites secondaires par la formation de métastases. Les cellules malignes circulent dans les tissus lymphatiques ou hématopoïétiques et peuvent s'étendre ainsi à d'autres sites parmi ces tissus. Cependant, elles ne sont pas considérées comme des métastases à proprement parler, mais plutôt comme faisant partie de la tumeur primitive.

Les notes du médecin peuvent décrire l'étendue de ces tumeurs malignes en des termes tels que « s'étendre à » ou « formation de métastases »; cependant, ces tumeurs sont comprises dans les codes de la rubrique C81 à C96ⁱ.

Exemple : Métastases s'étendant au bassin et à la colonne vertébrale chez un patient souffrant d'un myélome multiple.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
C90.0	Myélome multiple

Exemple : Métastases s'étendant aux ganglions inguinaux chez un patient souffrant d'un lymphome non hodgkinien.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
C85.9	Lymphome non hodgkinien, de type non précisé

BS Lorsqu'il est indiqué dans la documentation « leucémie en rémission », choisissez un code des rubriques C91.– à C95.–.

i. Joy Fletcher, *ICD10-CA/CCI Classification Primer*, troisième édition, p. 5.16 et 5.17.

Exemple : Patient en rémission d'une leucémie depuis six mois.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
C95.9	Leucémie, sans précision

Justification : Les cas de leucémie décrits comme étant « en rémission » ne peuvent être désignés de façon précise dans la CIM-10-CA. Le terme « en rémission » signifie que la maladie a diminué d'intensité, mais qu'elle est toujours présente. Le type de diagnostic dépendra des circonstances consignées dans le dossier.

Tumeurs s'étendant dans les tissus adjacents

En vigueur depuis 2002



Codifiez les tumeurs selon le site d'origine lorsqu'elles « s'étendent » à des sites adjacents ou qu'elles les « envahissent ».

Exemple : Tumeur du pancréas s'étendant au duodénum.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
C25.9	Tumeur maligne du pancréas, partie non précisée

Tumeurs du tissu ectopique

En vigueur depuis 2006



Codifiez les tumeurs des tissus ectopique ou aberrant selon le site anatomique d'origine.

Exemple : Une femme de 54 ans présente des signes d'une masse médiastinale antérieure que l'on soupçonne être un adénome de la glande parathyroïde. Elle est amenée en salle d'opération où l'on pratique une excision partielle de la glande parathyroïde par sternotomie pour retirer la masse. Selon le rapport de pathologie, il s'agit d'un adénome nodulaire ectopique de la glande parathyroïde.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
D35.1	(M)	Tumeur bénigne de la glande parathyroïde

1.FV.87.PZ
Lieu : « AT » Excision partielle, glande parathyroïde, approche ouverte par la voie sous-sternale, utilisation d'un dispositif NCA

Justification : Bien que la lésion se situait au niveau du médiastin, elle se compose de tissu parathyroïdien et est classée comme une lésion bénigne de la glande parathyroïde. L'excision de la lésion est aussi codée sous l'organe d'origine. Consultez également la norme de codification *Destruction ou excision de tissu aberrant ou ectopique*.

Tumeurs dont les limites se chevauchent (sites contigus)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Classifiez une tumeur qui chevauche deux sites contigus ou plus, dans la même catégorie à trois chiffres, et dont le point d'origine ne peut être déterminé, dans la sous-catégorie « .8 » (lésion à localisations contiguës), sauf si cette combinaison est explicitement indexée ailleurs.

Exemple : Un patient est atteint d'un carcinome de la pointe et de la face ventrale de la langue dont le point d'origine n'est ni déterminé ou documenté.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
C02.8	Lésion maligne à localisations contiguës de la langue

Exemple : Un patient présente un carcinome de la pointe de la langue documenté comme « avec invasion ou s'étendant à » la face ventrale de la langue.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
C02.1	Tumeur maligne de la pointe et bords latéraux de la langue

Justification : Le siège de la tumeur est connu et désigné comme étant la pointe de la langue.

Exemple : Un patient souffre d'une tumeur maligne qui chevauche la jonction de l'œsophage et de l'estomac.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
C16.0	Tumeur maligne du cardia Comprend : jonction œsophago-gastrique

Justification : Le siège de cette tumeur (jonction œsophago-gastrique) est indexée séparément.

BS Codifiez, à l'aide d'un seul code distinct de la liste figurant à la cinquième remarque du chapitre II, les tumeurs qui chevauchent deux sites contigus ou plus associés à différentes catégories à trois chiffres et dont le point d'origine ne peut être déterminé.

Exemple : Un patient présente une tumeur maligne qui chevauche le pylore et le duodénum.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
C26.8	Lésion maligne à localisations contiguës de l'appareil digestif

Justification : Le code de la tumeur maligne du pylore est C16.4 et celui de la tumeur maligne du duodénum, C17.0. Étant donné que la tumeur chevauche deux sites appartenant normalement à des catégories à trois chiffres différentes, et qu'il est impossible d'en déterminer le point d'origine, le code qui sera attribué est celui qui désigne une lésion à localisations contiguës du tube digestif. Les codificateurs sont invités à consulter les remarques au début du chapitre II – Tumeurs, qui contiennent la liste des catégories « .8 » applicables.

Admissions à la suite d'un diagnostic de cancer

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006



Lorsqu'un patient est admis en chirurgie pour l'ablation de tissus du site où une excision tumorale a déjà été effectuée, assignez un code pour la tumeur maligne primitive en tant que diagnostic principal/problème principal. C'est aussi le cas lorsque le rapport de pathologie de l'épisode en question ne confirme pas la présence d'une tumeur maligne.

Exemple : M^{me} X. a subi l'ablation d'une lésion cutanée à l'épaule en clinique externe. Le rapport de pathologie indiquait qu'il s'agissait d'un mélanome malin. La patiente est revenue pour une excision plus étendue. Le rapport de pathologie n'a pas confirmé la présence d'une affection maligne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C43.6	(M)	PP	Mélanome malin du membre supérieur, y compris l'épaule

Justification : L'exérèse d'une tumeur et/ou du tissu environnant fait partie des interventions chirurgicales définitives. Comme dans l'exemple ci-dessus, le médecin indique le plus souvent le diagnostic d'affection maligne, conformément à la biopsie initiale ou à l'excision. Le codificateur doit accepter ce diagnostic même s'il n'est pas étayé par le rapport de pathologie, car la chirurgie fait partie du plan de traitement de l'affection maligne.

Complications d'une maladie maligne

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006

BS Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'une complication précise d'une tumeur, et que le traitement n'est pas axé sur la tumeur même, codifiez la complication comme le diagnostic principal/problème principal. Attribuez à la tumeur maligne le type de diagnostic (3) diagnostic secondaire/autre problème.

Exemple : Des membres de la famille ont amené M. Q au service d'urgence. Il se plaint de léthargie, de fièvre et d'une douleur généralisée. Le médecin de l'urgence hospitalise le patient pour traiter la septicémie à streptocoques. Il souffre également d'une leucémie myéloïde chronique.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
A40.9	(M)	PP	Septicémie à streptocoques, sans précision
C92.1	(3)	AP	Leucémie myéloïde chronique

Exception : Lorsque la complication est saisie avec un code à astérisque, désignez la tumeur maligne comme le diagnostic principal et attribuez le type de diagnostic (6) au code à astérisque.

Exemple : Un patient présente un adénocarcinome primaire du poumon et est admis pour traiter une anémie, secondaire à cette affection.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C34.99†	(M)	Tumeur maligne des bronches ou du poumon, sans précision, côté non précisé
D63.0*	(6)	Anémie au cours de maladies tumorales

BS Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'un effet secondaire résultant du traitement d'un cancer, codifiez l'effet secondaire comme le diagnostic principal/problème principal. Codifiez la tumeur maligne comme un diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient est admis pour une neutropénie provoquée par une chimiothérapie. Il reçoit une combinaison d'agents chimiothérapeutiques, en clinique externe, pour le traitement de son cancer au lobe inférieur gauche du poumon.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
D70.0	(M)	Neutropénie
Y43.3	(9)	Médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique, Autres médicaments antitumoraux
C34.31	(3)	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon gauches

Exemple : M. H. subit des séances de radiothérapie en externe en raison de son carcinome à un stade avancé de la prostate. Il se présente au service d'urgence et dit être incapable d'uriner depuis les 12 dernières heures. Le médecin du service d'urgence prescrit une analyse de sang, une analyse d'urine, des radiographies du rein avec substance de contraste en IV et un cathétérisme vésical. Le patient est transféré en urologie et le diagnostic d'admission est la rétention urinaire.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R33	PP	Rétention d'urine
C61	AP	Tumeur maligne de la prostate

1.PM.52.CA-TS (Intervention principale)		Drainage, vessie NCA, approche par voie naturelle et cathéter de drainage
3.PC.10.VC (Autre intervention)		Radiographie, rein, après injection intraveineuse d'un produit de contraste (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))



Attribuez le type de diagnostic (2), comorbidité après l'admission, aux effets secondaires d'une chimiothérapie qui font apparition durant l'admission d'un patient pour le diagnostic et le traitement initial d'un cancer, lorsque la condition répond aux critères de comorbidité après l'admission.

Exemple : M. J., un patient chez lequel on a récemment diagnostiqué une leucémie lymphoblastique aiguë, reçoit son premier traitement de chimiothérapie à l'hôpital. Il souffre de nausées et de vomissements intenses qui nécessitent un traitement par intraveineuse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C91.0	(M)	Leucémie lymphoblastique aiguë
R11.3	(2)	Nausées avec vomissements
Y43.3	(9)	Médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique; Autres médicaments antitumoraux
1.ZZ.35.HA-MO		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents anticancéreux SAI

Reportez-vous également à la norme de codification *Réactions indésirables et empoisonnements*.

Tumeurs malignes récurrentes

En vigueur depuis 2002, modifié en 2008



Utilisez un code des rubriques C00 à C75 si la tumeur maligne primitive qui avait été éradiquée réapparaît dans le même organe ou tissu.



Attribuez obligatoirement un code supplémentaire de la catégorie Z85.– *Antécédents personnels de tumeur maligne* comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un carcinome canalaire infiltrant du sein droit avait été diagnostiqué chez une patiente et celle-ci a subi une exérèse complète de la tumeur. Un an plus tard, elle revient avec un nodule dans le même sein, plus précisément au site de l'exérèse locale précédente. Une biopsie par aspiration met en évidence un carcinome canalaire infiltrant. Il s'agit d'une récurrence de la tumeur maligne primitive.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C50.90	(M)	PP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée
Z85.3	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

Exemple : Un carcinome canalaire infiltrant du sein droit a été diagnostiqué chez une patiente et celle-ci a subi une mastectomie totale. Un an plus tard, elle revient avec un nodule au site de la mastectomie précédente. Une biopsie par aspiration met en évidence un carcinome canalaire infiltrant. La documentation du médecin ou le rapport de pathologie démontre une récurrence du carcinome canalaire infiltrant dans la paroi thoracique droite (après la mastectomie).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C50.90	(M)	PP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée
Z85.3	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

Exemple : Un carcinome canalaire infiltrant du sein droit a été diagnostiqué chez une patiente et celle-ci a subi une exérèse complète de la tumeur. Un an plus tard, elle revient avec un nodule dans le même sein, plus précisément au site de l'exérèse locale précédente. La documentation du médecin ou le rapport de pathologie démontre un carcinome canalaire infiltrant métastatique au niveau de la cicatrice.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C79.2	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire de la peau
Z85.3	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

Justification : Il ne s'agit pas ici d'une tumeur maligne récurrente du siège primaire, car des métastases ont été décelées dans des organes ou tissus différents.

Exemple : Un patient atteint d'une tumeur maligne primitive au cerveau subit une chirurgie de réduction. Un an plus tard, il retourne à l'hôpital pour une autre chirurgie de réduction.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C71.9	(M)	Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision

Justification : Une chirurgie de réduction ne permet pas d'éliminer une lésion; il reste des tissus malins qui continuent de grossir. Comme il ne s'agit pas d'une tumeur maligne récurrente, le code Z85.– n'est pas attribué.

Reportez-vous également aux normes de codification *Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes* et *Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse*.

Interventions diagnostiques et thérapeutiques pertinentes à la codification des tumeurs

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

Interventions thérapeutiques

En règle générale, dans la Classification canadienne des interventions, les actes thérapeutiques réalisés sur des sites corporels sont hiérarchisés. En d'autres termes, plus le nombre figurant dans le troisième champ (intervention) est élevé, plus l'intervention est importante ou complexe. Les interventions visant la destruction ou l'excision d'un élément sont particulièrement importantes dans le traitement des tumeurs.

BS Lorsque les tissus ne sont pas retirés mais seulement détruits, choisissez un code d'intervention de la catégorie 1.^.^59.^.^ *Destruction, par site*

La rubrique 1.^.^59.^.^ *Destruction, site corporel* comprend l'ablation de tissus, souvent par le biais d'une chaleur intense (laser, cautère), d'un froid intense (cryosonde) ou de substances chimiques (cautère chimique). Les tissus ne sont pas retirés, ils sont simplement détruits. La chirurgie de réduction des tumeurs peut parfois être effectuée de cette façon si aucune des parties du corps n'est retirée.

Exemple : Un patient présentant une tumeur maligne du gros intestin subit une chirurgie de réduction par approche endoscopique au moyen d'un laser.

1.NM.59.BA-AG Destruction, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser

BS Lorsqu'une tumeur fait l'objet d'une excision locale incluant une marge de tissu sain, avec ou sans fermeture du défaut chirurgical par greffe, sélectionnez un code de la rubrique 1.^.^87.^.^ *Excision partielle, par site*.

Exemple : Exérèse locale d'une tumeur du sein.

1.YM.87.LA Excision partielle, sein, approche ouverte avec simple apposition de tissu (par exemple, une suture)

Remarque : Il n'existe aucune intervention générique distincte pour la biopsie excisionnelle dans la CCI. Cette intervention est codifiée comme une excision partielle du site anatomique touché.

Exemple : Exérèse locale d'une tumeur du sein avec autogreffe pour corriger le défaut chirurgical.

1.YM.87.LA-XX-A Excision partielle, sein, approche ouverte avec autogreffe totale (pour refermer le défaut)

BS Lorsqu'une tumeur est excisée en enlevant une partie entière du corps (à l'exclusion des amputations), avec ou sans greffe visant à corriger le défaut chirurgical, sélectionnez un code de la rubrique 1.^.^89.^.^ *Excision totale, site corporel*.

Exemple : Une patiente atteinte d'une tumeur maligne au sein subit une mastectomie simple totale, avec correction du défaut par greffe.

1.YM.89.LA-XX-A Excision totale, sein, avec autogreffe totale



Pour les quatre sites anatomiques suivants Paupière (CX), Œsophage (NA), Vulve (RW) et Sein (YM), choisissez un code de la rubrique 1.^.^88.^.^ *Excision partielle, avec reconstruction* lorsque l'intervention consiste en une excision moins extensive que les excisions totales ou radicales et que celle-ci comprend une reconstruction et/ou l'implantation d'une prothèse.

Exemple : Au cours d'un même épisode de soins, un patient atteint d'une tumeur maligne de la paupière subit une excision partielle de la paupière, et une reconstruction au moyen d'un lambeau local.

1.CX.88.UD-XX-E Excision partielle, avec reconstruction, paupière NCA, excision profonde d'une lésion importante (plus d'un quart du bord de la paupière), avec lambeau local



Lorsque l'excision d'un tissu comprend le retrait de structures corporelles adjacentes, avec ou sans réparation complexe du défaut chirurgical, sélectionnez un code de la rubrique 1.^.^91.^.^ *Excision radicale*.

Exemple : Un patient présentant un ostéosarcome de la tête de l'humérus est traité par excision radicale de l'humérus « avec préservation du membre » et implantation de prothèse.

1.TK.91.LA-PM Excision radicale, humérus, utilisation d'une endoprothèse (stent, tuteur) [tête de l'humérus], aucun tissu utilisé (pour la fermeture du défaut)

Justification : Dans la CCI, une excision radicale ne signifie pas qu'une excision totale d'une partie du corps est pratiquée, mais plutôt que les organes de plusieurs systèmes et appareils corporels sont visés par l'excision. Il peut y avoir excision partielle ou totale des multiples sites. L'excision radicale est souvent utilisée pour le traitement chirurgical définitif des tumeurs malignes volumineuses.

Consultez également la norme de codification *Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie*.

Brachythérapie

BS Lorsqu'un patient est admis pour une curiethérapie, l'affection maligne codifiée devient le diagnostic principal/problème principal.

BS Attribuez des codes distincts à la préparation pour la curiethérapie et à l'administration de la curiethérapie.

Les admissions en vue d'une curiethérapie ne doivent pas être confondues avec les admissions pour radiothérapie.

La curiethérapie (brachythérapie) comporte en général deux étapes distinctes pour compléter le processus. La première étape comprend l'insertion d'applicateurs ou de conduits non radioactifs (p. ex. aiguilles creuses, cathéters, endoprothèses, etc.) destinés à recevoir ou à transmettre la matière radioactive dans l'organisme. La deuxième étape correspond au chargement différé de la matière radioactive (p. ex. grains, pastilles, fils, etc.) dans l'applicateur ou le conduit. Ces étapes peuvent avoir lieu au cours du même épisode opératoire ou lors de différents épisodes.

Exemple : Un patient atteint d'un cancer de la prostate est admis afin de subir une implantation interstitielle de matériel radioactif par approche percutanée par transcathéter. Un cathéter de curiethérapie est implanté au cours du même épisode.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C61	(M)	PP	Tumeur maligne de la prostate
1.QT.26.HA			Brachythérapie, prostate, approche percutanée (cathéter ou aiguille)
1.QT.53.HA-EM			Implantation d'un appareil interne, prostate, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche percutanée

Justification : La tumeur maligne codifiée devient le diagnostic principal et aucun code « Z » n'est attribué.

Exemple : Une patiente est admise en vue d'un traitement de curiethérapie pour un cancer de l'utérus. L'insertion du cathéter de curiethérapie a été effectuée par approche hystéroscopique, dans un premier temps au cours de la première journée et le chargement différée de la source de rayonnement scellée est effectuée la deuxième journée.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C54.9	(M)	Tumeur maligne du corps de l'utérus SAI
1.RM.53.BA-EM (Premier épisode)		Implantation d'un appareil interne, utérus et structures environnantes, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche endoscopique par voie naturelle (hystérocopie)
1.RM.26.BA (Deuxième épisode)		Brachythérapie, utérus et structures environnantes, approche endoscopique par voie naturelle (hystérocopie)

Exemple : M^{me} Unetelle est admise à l'hôpital pour subir une insertion du cathéter de brachythérapie pour traiter son cancer du sein droit situé dans le quadrant supéro-externe.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C50.40	(M)	Tumeur maligne du quadrant supéro-externe du sein droit
1.YM.53.HA-EM		Implantation d'un appareil interne, sein, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche percutanée

Exemple : La même patiente se présente à la clinique de chimiothérapie pour subir une brachythérapie (soit après le chargement des cathéters de curiethérapie) pour traiter son cancer du sein droit situé dans le quadrant supéro-externe.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C50.40	PP	Tumeur maligne du quadrant supéro-externe du sein droit
1.YM.26.HA		Brachythérapie, sein, approche percutanée (cathéter ou aiguille)

Interventions diagnostiques

Les interventions diagnostiques de la CCI jouent un rôle important dans le soin des patients atteints de maladies tumorales. Vous devez connaître plusieurs interventions diagnostiques clés.



Choisissez un code de la rubrique 2.^.^70.^.^ *Inspection, site corporel* lorsqu'il s'agit de l'unique intervention pratiquée.

Dans la CCI, l'inspection des sites corporels peut être de nature endoscopique, ouverte, manuelle ou transluminale percutanée.

- Si une biopsie est pratiquée, le code de biopsie est inscrit et il n'est pas nécessaire de codifier l'inspection.
- Si une biopsie excisionnelle est pratiquée, le code de *l'excision partielle, site corporel* est utilisé et non le code de biopsie.
- L'endoscopie (saisie dans le champ qualificateur) est maintenant l'approche favorisée pour de nombreuses interventions diagnostiques et thérapeutiques.



Lorsque l'intervention a pour objectif d'effectuer un prélèvement de tissu ou de tumeur, choisissez un code de la rubrique 2.^.^71.^.^ *Biopsie, site corporel*. Si une excision complète d'une tumeur ou de tissu anormal, comprenant une marge de tissu sain, est réalisée, optez plutôt pour un code de la rubrique 1.^.^87.^.^ *Excision partielle, site corporel*. (Voir la remarque ci-dessus concernant la biopsie excisionnelle.)

Exemple : Une patiente présentant une masse suspecte dans un sein subit une biopsie par aspiration au niveau du sein.

2.YM.71.HA Biopsie, sein SAI, par aspiration percutanée (à l'aiguille)

Exemple : Un patient présentant un naevus suspect subit une biopsie excisionnelle de la peau du dos à marge étendue avec fermeture par suture.

1.YS.87.LA Excision partielle, peau de l'abdomen et du tronc, approche ouverte [excisionnelle], avec ou sans technique d'apposition pour la fermeture [p. ex. points de suture, colle]

Reportez-vous également aux normes de codification *Interventions d'imagerie diagnostique*, *Interventions endoscopiques* et *Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées*.

Autres normes liées à la codification des tumeurs :

- *Admission pour observation;*
- *Admission pour examen de contrôle;*
- *Dépistage de maladies précises;*
- *Ablation d'un organe à titre prophylactique;*
- *Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie;*
- *Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes.*

Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Diabète sucré

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008

Le diabète est une condition sérieuse qui peut avoir des conséquences fatales lorsqu'il n'est pas contrôlé. Le diabète est souvent associé à des complications à long terme pouvant toucher tous les systèmes et toutes les parties du corps. Le diabète peut contribuer aux troubles de la vue et à la cécité, aux maladies cardiaques, aux accidents vasculaires cérébraux, à l'insuffisance rénale, aux amputations et aux lésions des nerfs. Le diabète peut également affecter la grossesse et causer des anomalies congénitales.

Lorsque le diabète sucré est hors de contrôle (c'est-à-dire que le médecin a précisé dans le dossier que le diabète sucré n'était pas contrôlé ou que le taux de glycémie est supérieur ou égal à 14,0 mmol/L), il aura toujours des répercussions importantes sur le traitement reçu et le diabète non contrôlé doit être codifié à titre de comorbidité.

L'information clinique se trouve à la section *Diabète sucré* de l'*annexe A*.

- BS** Codifiez le diabète sucré chaque fois que le médecin ou le dispensateur de soins principal l'a consigné au dossier, peu importe le type de diagnostic ou le problème principal/ autres problèmes.
- B** Assignez un type de diagnostic (M), (1), (W), (X) ou (Y) lorsque le diabète sucré n'est pas contrôlé (c.-à-d. lorsque le médecin a inscrit au dossier non contrôlé, hors de contrôle, mal contrôlé ou inadéquatement contrôlé ou, lorsqu'il y a présence d'un taux de glycémie supérieur ou égal à 14,0 mmol/L) à tout moment au cours de l'épisode de soins. (Consultez également la norme de codification *Diabète sucré et hyperglycémie*).
- BS** Assignez un code de diabète distinct pour chaque complication reliée au diabète (classée dans les sous-catégories de diabète [de E1-.2 à E1-.71]) qui répond au critère de comorbidité.
- BS** Lorsque plusieurs complications liées au diabète sont présentes, attribuez obligatoirement le code E1-.78 *Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples*.
- BS** Lorsque le type de diabète n'est pas mentionné au dossier, demandez au médecin de le préciser ou inscrivez le code E14.- *Diabète sucré non précisé*.
- BS** Codifiez les ulcères diabétiques du pied à l'aide des catégories E1-.70 ou E1-.71 afin de préciser s'il y a présence ou absence de gangrène. Attribuez un code supplémentaire pour tout abcès ou problème de cellulite ou d'ostéomyélite concomitant.

Remarque : La directive d'inscrire le code E1-.78 *Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples* s'applique lorsque plus d'une condition ou complication chronique se manifeste dans un ou plusieurs sites anatomiques (c'est-à-dire un des codes E10 à E14 avec le quatrième caractère entre .2 à .6, sauf .63).

Remarque : Assurez-vous que les codes de la catégorie E1-.9 ne sont jamais utilisés en combinaison avec aucun autre code des catégories E10 à E14 dont le quatrième caractère est un chiffre de 1 à 7, sauf .11 et .63.

Lorsque plus d'une complication liée au diabète est codifiée, assurez-vous que tous les codes proviennent de la même catégorie à trois caractères.

Les patients ont souvent des conditions multiples associées à leur diabète sucré. Lorsque ces conditions ne répondent pas au critère de comorbidité au cours de l'épisode de soins, les codes spécifiques au diabète liés à ces conditions connexes ne sont pas inscrits. Au lieu de cela, il convient d'inscrire le code E1-.78 *Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples* pour signaler la présence de complications.

Exemple : Une patiente souffrant d'ostéoarthrite est admise pour subir une arthroplastie. Dans son dossier, il a été précisé qu'elle souffre de diabète de type 2. Au cours de cet épisode de soins, son glucomètre indique un taux de glycémie de 16,0 mmol/L.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M19.9	(M)	Arthrose, sans précision
E11.9	(1)	Diabète sucré de type 2 sans (mention de) complication
R73.812	(3)	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, après le repas (ou SAI)

Justification : Le diabète doit être codifié lorsqu'il est mentionné dans le dossier. S'il est hors de contrôle, il s'agit d'une comorbidité.

Exemple : M^{me} X., une femme de 45 ans atteinte de diabète sucré de type 2, est admise à l'hôpital pour le traitement de sa rétinopathie diabétique non proliférante. Elle est également vue par un néphrologue pour évaluer les signes de néphropathie diabétique décelés par son médecin de famille. Le néphrologue fait ses recommandations et débute un traitement approprié. La patiente ne présente aucune autre complication connue, reliée à son diabète.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.30†	(M)	Diabète sucré de type 2 avec rétinopathie simple
H36.0*	(6)	Rétinopathie diabétique
E11.21†	(1)	Diabète sucré de type 2 avec néphropathie diabétique avérée
N08.3*	(3)	Glomérulopathie au cours du diabète sucré
E11.78	(3)	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications

Justification : Les définitions en ce qui a trait au typage de diagnostic s'appliquent ici : la rétinopathie répond à la description du diagnostic principal et, puisqu'il s'agit d'un code à astérisque, elle reçoit un type (6) au diagnostic. Le diabète avec complications rénales satisfait aux critères du type de diagnostic (1), car un médecin consultant a évalué l'affection et débuté un traitement. Tous les codes de diabète proviennent de la même catégorie à trois caractères. Plusieurs codes de diabète sont inscrits car plus d'une condition classée dans les sous-catégories de diabète a été évaluée et/ou traitée. Puisque de multiples conditions reliées au diabète sont présentes, il convient d'inscrire le code E11.78.

Exemple : M. G., un homme de 54 ans, est amené au service d'urgence en raison d'une pneumonie extra-hospitalière. Le médecin note que le patient est atteint de diabète de type 1 depuis plusieurs années, diabète qu'il contrôle bien avec de l'insuline.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.9	PP	Pneumopathie, sans précision
E10.9	AP	Diabète sucré de type 1 sans (mention de) complication

Justification : Inscrivez toujours un code de diabète lorsque le médecin en fait mention au dossier. Le code E10.9 se suffit à lui-même; il ne peut être associé à aucun autre code des catégories E10 à E14 dont le quatrième caractère est un chiffre de 1 à 7, sauf .11 et .63.

Exemple : Un homme âgé atteint de diabète sucré de type 2 se présente au service d'urgence en raison du contrôle inadéquat de son taux de glycémie. Le résultat de laboratoire, à son inscription, révèle un taux de glycémie de 17,2 mmol/L. Le patient est hospitalisé, puis plusieurs résultats subséquents indiquent un taux de glycémie supérieur à 14,0 mmol/L. L'insulinothérapie a été débutée. Le patient souffre de néphropathie et rétinopathie diabétiques et de coronaropathie. Le diagnostic principal est diabète de type 2.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E11.78	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications
R73.812	(3)	AP	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, après le repas (ou SAI)

Justification : Le patient est admis pour le contrôle de son diabète et, bien que la maladie ait entraîné de nombreuses complications, ces dernières n'ont pas fait l'objet de soins. Il est inutile d'attribuer un code à chaque complication. Le code R73.812 est attribué pour identifier l'occurrence d'un taux de glycémie supérieur à 14,0 mmol/L. (Consultez également la norme de codification *Diabète sucré et hyperglycémie*).

Exemple : Une femme de 45 ans souffrant de diabète de type 1 est admise pour le traitement d'une rétinopathie diabétique préproliférante. Elle présente également une néphropathie et une mononévrite diabétiques pour lesquelles elle ne reçoit aucun traitement au cours de cet épisode de soins.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E10.31†	(M)	PP	Diabète sucré de type 1 avec rétinopathie préproliférante
H36.0*	(6)	AP	Rétinopathie diabétique
E10.78	(3)	AP	Diabète sucré de type 1 avec autres complications multiples

Justification : Puisqu'elle ne reçoit aucun traitement pour sa néphropathie diabétique, ni pour sa mononévrite diabétique, les codes de ces complications liées au diabète ne sont pas attribués. Seul le code E10.78 sera inscrit.

Exemple : Un homme de 50 ans est amené à la salle d'urgence après avoir été heurté par une voiture pendant qu'il traversait à une intersection. Il s'est fracturé la diaphyse de l'humérus gauche. Les antécédents du patient indiquent qu'il souffre d'un diabète de type 2. Il a aussi une coronaropathie et une détérioration rénale.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S42.300	PP	Fracture de la diaphyse de l'humérus SAI, fermée
V03.1	AP	Piéton blessé dans une collision avec une automobile ou une camionnette, accident de la circulation
E11.78	AP	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications

Justification : Il est obligatoire d'inscrire le code supplémentaire E11.78 afin d'indiquer le diabète et les multiples complications qui y sont liées.

Exemple : M^{me} H est atteinte de diabète de type 2 depuis longtemps et elle présente plusieurs complications liées au diabète. À son admission, elle présente un ulcère diabétique au pied (droit) avec gangrène. Au cours de son séjour, les deuxième et troisième orteils de son pied droit sont amputés et l'abcès de ce même pied est drainé.



Diagnostic final : Abcès diabétique du pied avec gangrène aux orteils

Rapport de pathologie : Nécrose des deuxième et troisième orteils avec ulcère

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.71	(M)	Diabète sucré de type 2 avec ulcère du pied (angiopathique) (neuropathique) avec gangrène
L97.8	(3)	Ulcère du membre inférieur avec nécrose du muscle ou de l'os (stade X)
L02.4	(1)	Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre
E11.78	(3)	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications

Justification : Comme le code L97.8 permet de préciser le code E11.71 en indiquant la profondeur de l'ulcère, un type de diagnostic (3) lui est attribué. Il est à noter que le code L97.8 ne représente pas ici une condition distincte chez ce patient.

Exemple : M^{me} P. est admise en raison d'une néphropathie diabétique de type 2. Elle souffre d'insuffisance rénale terminale et doit donc débiter la dialyse. Elle se plaint de diplopie (vision double) et est examinée par un neurologue qui écrit au dossier « Mononévrite diabétique – paralysie du troisième nerf ». Elle reçoit un pansement oculaire pour couvrir son œil droit. M^{me} P. subit également des tests pour l'hypertension et reçoit une médication.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.22†	(M)	Diabète sucré de type 2 avec insuffisance rénale au stade ultime (IRSU)
N08.3*	(6)	Glomérulopathie au cours du diabète sucré
I12	(1)	Néphropathie hypertensive
N18.0	(3)	Insuffisance rénale terminale (obligatoire)
E11.40†	(1)	Diabète sucré de type 2 avec mononévrite
G59.0*	(3)	Mononévrite diabétique
H49.0	(3)	Paralysie du nerf moteur oculaire commun (III) (facultatif)
E11.78	(3)	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications

Justification : Étant donné que l'évaluation ou le traitement vise les complications rénales et neurologiques, chacune d'entre elles doit être codifiée séparément, puis le code E11.78 est ajouté pour indiquer la présence de complications multiples. Dans cet exemple, il faut inscrire le code N18.0 en raison de la note « Utiliser un code supplémentaire » au code I12.



Lorsqu'il y a une instruction de « coder séparément » à un code de diabète, assignez un code supplémentaire pour les conditions documentées par le médecin/dispensateur principal de soins.



Selon les définitions des types de diagnostics assignez le type de diagnostic approprié au code sous la directive « coder séparément ».



Lorsqu'il y a une instruction d'utiliser un « code supplémentaire » à un code de diabète, assignez un code supplémentaire selon l'affection.



Assignez un type de diagnostic (6) ou (3) au code sous la directive « utiliser un code supplémentaire » selon les définitions sur les types de diagnostics.

Exception : Le dernier énoncé de l'encadré ci-dessus ne s'applique pas à la remarque « Utiliser un code supplémentaire » sous les codes E10-E14 avec un quatrième caractère .0 *Diabète sucré avec coma*. Ces codes à quatre caractères ne sont pas des codes à astérisque et pourraient donc se qualifier à titre de comorbidité.

Reportez-vous également aux normes de codification *Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré*, *Coma dans les cas de diabète sucré* et *Diabète sucré comme comorbidité après l'admission*.

Vous trouverez les directives « utiliser un code supplémentaire » et « coder séparément » à plusieurs endroits dans la CIM-10-CA avec de fréquentes références au diabète sucré.

Reportez-vous également à la norme de codification *Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée*.

Exemple : M. B. est admis par le service d'urgence avec une douleur thoracique et un diagnostic différentiel d'infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST. Le premier électrocardiogramme indique une élévation du segment ST. Diagnostic principal : infarctus transmural du myocarde, paroi antérieure. Il souffre de diabète sucré de type 2 et d'une coronaropathie connue. Il n'a cependant jamais subi de pontage. L'angiographie coronarienne indique une sténose complète de l'artère interventriculaire antérieure proximale gauche. Le patient a subi avec succès une intervention coronarienne percutanée à l'aide de deux endoprothèses.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.0	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
I25.10	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
E11.52	(3)	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées
E11.78	(3)	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications

Justification : Sous la catégorie I21, dans la table analytique, on trouve la directive suivante : « Utiliser un code supplémentaire appartenant à la catégorie (E10-E14) avec quatrième et cinquième caractères .52 pour identifier toutes les affections associées au diabète sucré ». Aux catégories E10-E14 avec quatrième et cinquième caractères .52, il y a une instruction de « Coder séparément » pour les codes I21-I22 et I25.-. Ces codes sont assignés en plus du code E11.52, et les définitions de typage de diagnostics s'appliquent. L'infarctus du myocarde remplit les conditions de diagnostic principal dans cet exemple. Il faut inscrire le code E11.78, car deux conditions distinctes liées au diabète sont inscrites dans la remarque « Coder séparément » du code E11.52.

Exemple : M. H., un patient de 54 ans, est admis en raison d'une insuffisance cardiaque congestive. Il souffre de diabète de type 2 depuis plusieurs années, diabète qu'il contrôle par la prise d'hypoglycémifiants oraux. Son taux de glycémie est demeuré élevé et le médecin prend note que son diabète n'est pas contrôlé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
E11.52	(1)	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées

Justification : Sous la catégorie I50, dans la table analytique, on trouve la directive suivante : « *Utiliser un code supplémentaire appartenant à la catégorie (E10-E14) avec un quatrième et cinquième caractères .52 pour identifier toutes les affections associées au diabète sucré* ». Aux catégories E10-E14 avec quatrième et cinquième caractères .52, il y a une instruction de « Coder séparément » pour le code I50.-. Le code I50.0 est attribué en plus du code E11.52 et les définitions de typage de diagnostics s'appliquent. L'insuffisance cardiaque congestive remplit les conditions de diagnostic principal dans cet exemple. Étant donné que le médecin a affirmé que le diabète n'est pas contrôlé, il faut lui attribuer le type de diagnostic (1).

Exemple : M. L., un patient de 54 ans, est admis en raison d'une hémorragie du corps vitré. Selon les notes du médecin, le patient est atteint de diabète de type 2 depuis plusieurs années, maladie qu'il contrôle bien.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
H43.1	(M)	PP	Hémorragie du corps vitré
E11.33†	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec autre rétinopathie
H36.0*	(3)	AP	Rétinopathie diabétique

Justification : Il n'existe aucun sous-terme faisant référence au diabète sous « hémorragie du corps vitré » dans l'index alphabétique. Toutefois, suivez les directives du code H43.1 selon lesquelles il faut *utiliser un code supplémentaire appartenant à la catégorie (E10 à E14) avec un quatrième et cinquième caractère, de .33 pour identifier toutes affections associées au diabète sucré*. Au code E11.33, suivre l'instruction de coder séparément l'hémorragie du corps vitré lorsque présente. Le code à astérisque tel qu'indiqué dans le titre du code doit également être assigné (voir aussi la norme de codification intitulée *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*). Cela signifie que les trois codes sont nécessaires. Le type de diagnostic est assigné selon les définitions du typage de diagnostics.

Exemple : M. K. est admis et soigné en raison d'une bronchopneumonie. Il est diabétique de type 2 depuis des années. Il souffre également de coronaropathie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J18.0	(M)	Bronchopneumopathie, sans précision
E11.52	(3)	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées
I25.19	(3)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon

Justification : Dès que le diabète est mentionné, il doit être codifié. Dans ce cas, le code sous la directive « coder séparément » ne correspond pas à la définition de comorbidité importante. Il convient donc de lui assigner un type de diagnostic (3). Puisque le diabète n'est pas hors de contrôle, on lui assigne un type de diagnostic (3).

Exemple : M. C., un patient de 69 ans, est admis à la suite d'un infarctus cérébral. Selon les notes du médecin, le patient est atteint de diabète de type 2 depuis plusieurs années. Il a reçu une infusion de streptokinase visant à désobstruer les artères cérébrales et ainsi prévenir toute autre extension de l'accident vasculaire cérébral. Tout au long de son séjour, son diabète était bien contrôlé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I63.5	(M)	PP	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé
E11.52	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées

Justification : Sous la catégorie I63, dans la table analytique, on trouve la directive suivante : « Utiliser un code supplémentaire appartenant à la catégorie (E10-E14) avec un quatrième et cinquième caractères .52 pour identifier toutes affections de diabète ». À la catégorie E10-E14 avec quatrième et cinquième caractères .52, il y a une instruction de « Coder séparément » pour les codes I60-I69. I63.5 est attribué en plus du code E11.52 et les définitions de typage de diagnostics s'appliquent. L'infarctus cérébral remplit les conditions de diagnostic principal dans cet exemple.

La convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque est fréquemment utilisée pour la saisie des complications du diabète sucré. Reportez-vous également à la norme de codification [Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque](#).

Exemple : Un patient de 53 ans est atteint de diabète de type 2 et du syndrome de Kimmelstiel-Wilson. Il est admis pour l'évaluation de sa maladie rénale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E11.21†	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec néphropathie diabétique avérée
N08.3*	(6)	AP	Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Justification : Exemple du premier type d'application de la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque.

Exemple : Une patiente atteinte de diabète de type 2 est admise pour évaluation de sa myasthénie grave diabétique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.40†	(M)	Diabète sucré de type 2 avec mononévrite
G73.0*	(6)	Syndrome myasthénique au cours de maladies endocriniennes

Justification : Exemple du deuxième type d'application de la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque (plusieurs codes à astérisque différents peuvent s'appliquer).

Exemple : Une patiente a développé une arthropathie de Charcot en raison de son diabète de type 2 et est admise pour traiter cette arthropathie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E11.60	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec complications au niveau des tissus conjonctif et musculosquelettique
M14.6*	(6)	AP	Arthropathie neuropathique

Justification : Exemple du troisième type d'application de la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque. Veuillez prendre note que l'exemple est présenté d'une façon légèrement différente, car les codes à astérisque se trouvent sous la directive « utilisation d'un code supplémentaire ».



Codifiez une affection comme une complication du diabète sucré lorsque l'un des sous-terms « diabétique », « au cours du diabète » ou « avec diabète » apparaît dans l'index alphabétique.



Lorsqu'aucun sous-terme n'est mentionné, codifiez chaque affection séparément et assignez un des codes des catégories E10 à E14 avec le quatrième caractère .9 pour saisir la condition de diabète.

Exemple : Un patient se présente au service d'urgence, puis il est admis pour le traitement d'une glomérulonéphrite. Le médecin fait également mention d'un diabète de type 1.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E10.21†	(M)	PP	Diabète sucré de type 1 avec néphropathie diabétique avérée
N08.3*	(6)	AP	Glomérulopathie au cours du diabète sucré

Justification : Suivre les directives de l'index alphabétique sur la glomérulonéphrite au cours du diabète sucré.

Exemple : Un patient est admis pour subir un pontage pour une angiopathie périphérique de l'artère iliaque. Le patient est atteint de diabète de type 2.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.50†	(M)	Diabète sucré de type 2 avec angiopathie périphérique
I79.2*	(6)	Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs

Justification : Suivre les directives de l'index alphabétique pour Angiopathie, périphérique, diabétique.

Exemple : Un patient diabétique de type 2 se rend à la clinique dentaire pour soigner un abcès parodontal.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E11.62	PP	Diabète sucré de type 2 avec complications périodontales.
K05.2	AP	Périodontite aiguë (facultatif)

Justification : À partir de l'index alphabétique, rendez-vous au terme pilote « abcès », puis trouvez les sous-termes « parodontal » ou « périodontaire, périodontal (pariétal) » ou « périodontal ».

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital avec une cholécystite aiguë. Le médecin note qu'elle est diabétique de type 2 et il l'hospitalise pour traiter sa condition aiguë.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K81.0	(M)	PP	Cholécystite aiguë
E11.9		AP	Diabète sucré de type 2 sans (mention de) complication

Justification : Dans l'index alphabétique, il n'existe aucun sous-terme pour le diabète sous le terme cholécystite. Par conséquent, chaque affection est codifiée séparément. Le type de diagnostic associé au code de diabète variera en fonction des circonstances décrites au dossier.

Remarque : Les vraies cataractes diabétiques et cataractes séniles sont classées sous l'un des codes de la catégorie E10 à E14 dont les quatrième et cinquième caractères sont respectivement .35 et .38. Les cataractes sans précision ne sont pas classées comme une complication du diabète sucré. L'information clinique se trouve à la section *Cataractes diabétiques* de l'annexe A.

Exemple : Un patient est admis pour l'extraction de cataractes séniles nucléaires. Le médecin indique à l'histoire de cas un diabète de type 2.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
H25.1	(M)	PP	Cataracte sénile nucléaire
E11.38		AP	Diabète sucré de type 2 avec autres complications ophtalmiques précisées non classées ailleurs

Justification : À partir de l'index alphabétique, trouvez les termes « cataracte, sénile ». La note donne la directive suivante : « Utilisez un code supplémentaire de la catégorie E10-E14 avec les quatrième et cinquième caractères .38 pour identifier tout diabète sucré associé lorsque présent avec une cataracte sénile. » Le type de diagnostic associé au code de diabète variera en fonction des circonstances décrites au dossier.



Lorsqu'un terme d'inclusion de la table analytique apparaissant sous les codes de diabète n'est pas un code à astérisque, attribuez un code supplémentaire facultatif comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les exigences de collecte de données de l'établissement.

Les termes inclus sont utilisés pour guider la sélection de codes, car ils indiquent les affections comprises dans ce code. Lorsqu'un terme d'inclusion de la table analytique est suivi d'un code à astérisque, ce dernier doit être inscrit. Lorsqu'aucun code ne suit un terme inclus, un code supplémentaire n'est pas nécessaire.

Exemple : Un patient souffrant d'insuffisance rénale terminale et de diabète de type 1 est admis pour une transplantation rénale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.22†	(M)	Diabète sucré de type 1 avec insuffisance rénale au stade ultime (IRSU)
N08.3*	(6)	Glomérulopathie au cours du diabète sucré
N18.0	(3)	Insuffisance rénale terminale (facultatif)

Justification : Il n'est pas nécessaire d'inscrire un code de la catégorie N18.– *Insuffisance rénale chronique*, car le terme « insuffisance rénale chronique » se trouve dans les inclusions. (Veuillez prendre note que, dans l'exemple ci-dessus, le terme « insuffisance rénale au stade ultime » apparaît également dans le titre du code.) Si le code N18.– est inscrit, il faut lui attribuer un type de diagnostic (3).



Lorsque le diagnostic inscrit au dossier est « diabète limite », des clarifications supplémentaires par le médecin sont nécessaires afin de déterminer si le patient souffre d'un diabète de type 2 (E11.–), ou d'une tolérance altérée au glucose/prédiabète (R73.0).

Sans clarification, un diagnostic de « diabète limite » ne peut être codifié. Le terme est absent dans l'index alphabétique et aucune présomption ne peut être faite sans connaître la raison de cet énoncé.

L'information clinique se trouve à la section *Diabète limite* de l'*annexe A*.

Diabète sucré et hyperglycémie

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

BS Lorsqu'il y a évidence d'un taux de glycémie supérieur ou égal à 14,0 mmol/L (le taux le plus élevé), inscrivez un code de la catégorie **R73.8-2** *Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L* comme type de diagnostic (3)/autre problème. Utilisez les résultats de n'importe quel système de surveillance de la glycémie, dont les glucomètres.

Remarque : Assurez-vous que les codes **R73.0** *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose* et **R73.9** *Hyperglycémie, sans précision* ne sont pas utilisés en combinaison avec un des codes des catégories **E10 à E14**.

Les codes de la catégorie R73.8-- sont assignés pour fournir de l'information sur le niveau de contrôle. La présence d'un taux de glycémie supérieur à 14,0 mmol/L indique que le diabète n'est pas contrôlé. Dans de telles situations, le code de diabète sucré est assigné comme comorbidité étant donné que le diabète nécessite une prise en charge conforme à la définition des comorbidités (consultez également la norme de codification *Diabète sucré*). Les codes de la catégorie R73.8-- peuvent être utilisés en combinaison avec un autre code des catégories E10 à E14. Les codes R73.0 et R73.9 ne peuvent jamais être jumelés à un code de ces catégories, car ils sont inappropriés lorsqu'un diagnostic de diabète a été consigné au dossier.

Exemple : M. J., un homme de 69 ans souffrant de diabète de type 2, est admis pour un pontage aortocoronarien en raison d'une coronaropathie. Il n'a jamais subi de pontage auparavant. Après la chirurgie, il a séjourné à l'unité des soins intensifs pendant quatre jours où son taux de glycémie est surveillé attentivement. La fiche de suivi du diabète fait état de deux valeurs glycémiques supérieures à 14,0 mmol/l. La dose d'insuline a été ajustée au cours du séjour à l'unité de soins intensifs, et l'état du patient a été jugé stable au moment de son transfert à l'unité de soins.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I25.10	(M)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
E11.52	(1)	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées
R73.812	(3)	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, après le repas (ou SAI)

Exemple : M^{me} M., une femme obèse de 36 ans, est évaluée dans une clinique avant de subir une chirurgie non urgente. Elle n’a jamais reçu de diagnostic de diabète. Son taux de glycémie à jeun s’élève à 15,1 mmol/L. Selon le médecin, la patiente souffre d’hyperglycémie; il lui prescrit donc de revenir à une date ultérieure afin de subir un test de tolérance au glucose.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R73.9	PP	Hyperglycémie, sans précision
R73.802	AP	Autre preuve de l’augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, avant le repas (à jeun)

Justification : Attribuez le code R73.9 afin d’indiquer que la patiente souffre d’hyperglycémie, mais qu’elle n’a jamais reçu de diagnostic de diabète. Étant donné que le taux de glycémie de cette patiente est supérieur à 14,0 mmol/L, le code R73.802 est également inscrit.

Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008



Attribuez le code E1-.63 *Diabète sucré de type ~ avec hypoglycémie* pour désigner un épisode d’hypoglycémie chez un patient diabétique.

Remarque : Assurez-vous que le code de la catégorie E1-.63 n’apparaît pas sur le même abrégé que les codes d’hypoglycémie E16.0 à E16.2, car ils s’excluent mutuellement.

L’information clinique se trouve à la section *Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré* de l’annexe A.

Contrairement à l’hyperglycémie qui est une manifestation du diabète et une exacerbation aiguë de celui-ci, l’hypoglycémie ne correspond pas à la façon dont le diabète se manifeste et ni à un épisode aigu de la maladie.

Reportez-vous également à la norme de codification *Diabète sucré comme comorbidité après l’admission*.

Exemple : M. H., un homme de 51 ans souffrant de diabète sucré de type 1, est amené à l'hôpital en raison du mauvais contrôle de son diabète. À son admission, le glucomètre indique que le patient a un taux de glycémie de 14,1 mmol/L; on lui administre donc de l'insuline, tel que prescrit par le médecin. Le lendemain, comme il n'a pris qu'un léger déjeuner, il se plaint d'étourdissements et de faiblesse. Le médecin consigne dans les notes d'évolution du dossier un diagnostic d'hypoglycémie et le patient reçoit le traitement approprié.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.9	(M)	Diabète sucré de type 1 sans (mention de) complication
R73.812	(3)	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, après le repas (ou SAI)
E10.63	(2)	Diabète sucré de type 1 avec hypoglycémie

Justification : Ces symptômes ne correspondent pas à un effet adverse secondaire à l'insuline. Un certain nombre de facteurs ont contribué à l'hypoglycémie. Un code de cause externe n'est donc pas nécessaire. Il est possible d'avoir un taux de glycémie élevé et de faire de l'hypoglycémie au cours d'un même épisode de soins.

Exemple : M. N., un homme de 75 ans, est conduit à l'urgence par un travailleur social du « Blue Door », un refuge pour hommes sans abri. L'homme tremblait, se sentait étourdi et semblait confus. On lui offre un repas chaud et du jus d'orange avec glucose, après quoi il obtient son congé. Un diagnostic d'hypoglycémie est posé.



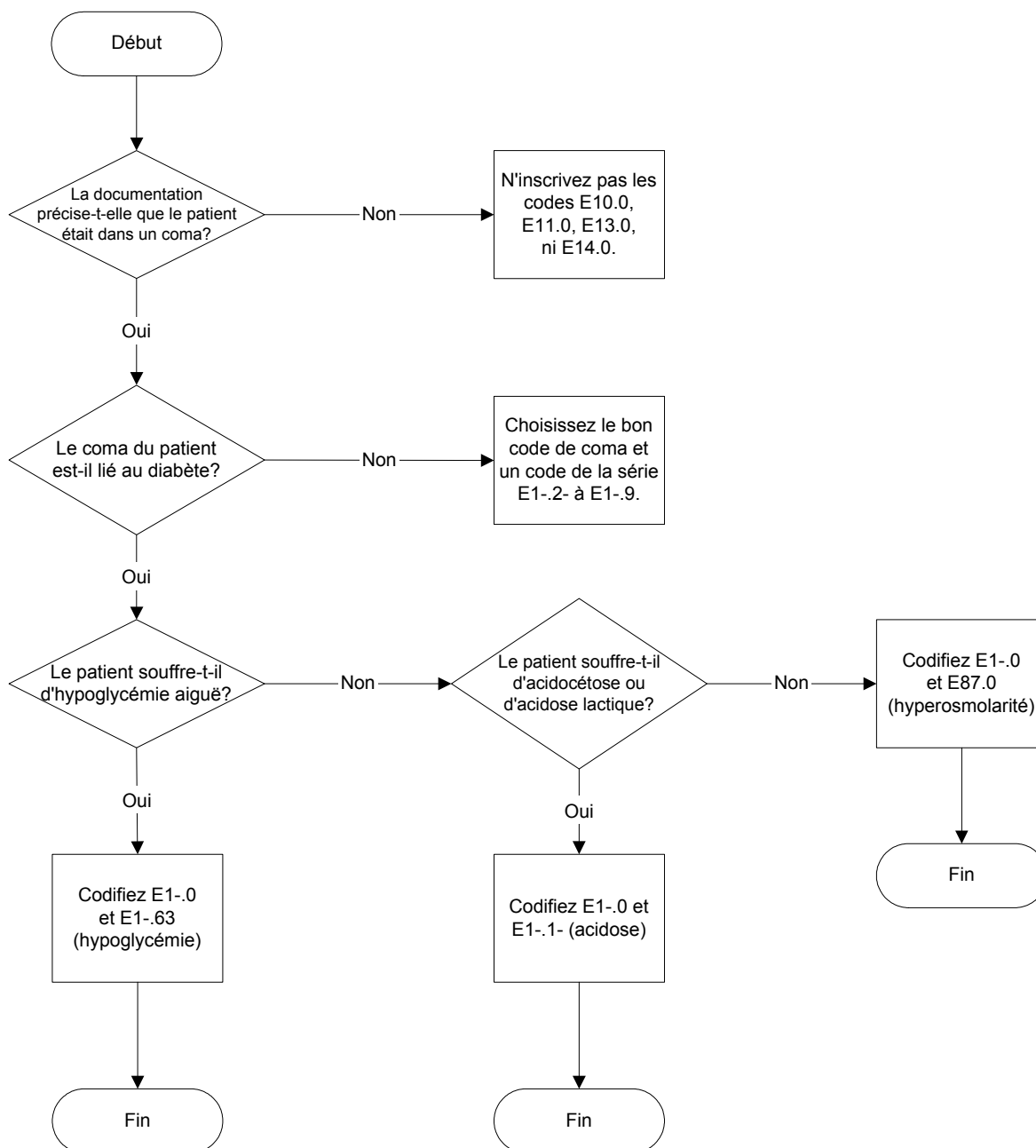
<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E16.2	PP	Hypoglycémie, sans précision

Coma dans les cas de diabète sucré

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007

BS Attribuez deux codes afin de recueillir correctement l'information sur le coma diabétique.
BS Inscrivez d'abord le code de coma diabétique. Ensuite, inscrivez le code pour l'hypoglycémie, l'acidocétose, l'acidose lactique ou l'hyperosmolarité.

Organigramme de codification pour le diabète sucré avec coma



Exemple : Une femme âgée diabétique est transférée dans un établissement de santé par ambulance depuis un foyer pour personnes âgées. Elle ne mangeait pas bien depuis une certaine période avant son admission. Elle a été trouvée inconsciente le matin de son admission. M^{me} M. souffre depuis longtemps de diabète sucré de type 2 et doit prendre de l'insuline depuis bon nombre d'années.



Diagnostic final : Diabète sucré de type 2 avec coma hypoglycémique

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E11.0	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec coma
E11.63	(1)	AP	Diabète sucré de type 2 avec hypoglycémie

Exemple : Un homme de 56 ans est conduit à l'hôpital par ambulance. Selon sa femme, il ne semble qu'à demi-conscient. Le taux de glycémie du patient était de 46 mmol/L. Le patient est admis en raison de déshydratation et d'hyperosmolarité. L'état du patient s'est grandement amélioré à la suite d'une réhydratation IV et d'un traitement.



Diagnostic final : Coma hyperosmolaire hyperglycémique sans cétoacidose
Diabète sucré de type 2

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E11.0	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec coma
E87.0	(1)	AP	Hyperosmolarité et hypernatrémie
E86.0	(1)	AP	Déshydratations
R73.812	(3)	AP	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, après le repas (ou SAI)

Justification : Consultez l'organigramme de *codification pour le diabète sucré avec coma*. Un code supplémentaire permet de saisir le taux de glycémie supérieur ou égal à 14 mmol/L.

Exemple : Tina, une fillette de 6 ans, est admise à l'hôpital par le service d'urgence. Elle était inconsciente et son haleine avait une odeur fruitée liée à la cétone. Les résultats de test indiquent qu'elle était en hyperglycémie aiguë (38 mmol/L) et déshydratée. On lui a administré une réhydratation IV et un traitement à l'insuline a été débuté. Avant cet épisode, elle n'avait jamais reçu de diagnostic de diabète.



Diagnostic final : Diabète sucré de type 1 avec coma et acidocétose.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E10.0	(M)	PP	Diabète sucré de type 1 avec coma
E10.10	(1)	AP	Diabète sucré de type 1 avec acidocétose
E86.0	(1)	AP	Déshydratation
R73.812	(3)	AP	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, après le repas (ou SAI)

Diabète sucré comme comorbidité après l'admission

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007

Le diabète sucré est une affection chronique rarement considérée comme une comorbidité après l'admission.

- B** Attribuez un code de la catégorie E13 comme diagnostic de type (2) afin d'indiquer qu'un patient a développé un diabète stéroïdien après l'admission.
- B** Choisissez les codes E1-.63 comme diagnostic de type (2) lorsque l'hypoglycémie répond aux critères de comorbidité après l'admission.
- B** Choisissez les codes E1-.11 comme diagnostic de type (2) lorsque l'acidose lactique répond aux critères de comorbidité après l'admission.

Exemple : Dean, un adolescent de 15 ans souffrant de diabète sucré de type 1, a été impliqué dans un accident de la route et est admis en raison d'une fracture du fémur. Pendant son hospitalisation, il a reçu de l'insuline selon les ordonnances du médecin. Comme il n'avait pris qu'un léger déjeuner et aucune collation pendant l'avant-midi, il s'est plaint d'étourdissements et de faiblesse. Un diagnostic d'hypoglycémie a été consigné au dossier et le patient a reçu le traitement approprié.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.63	(2)	Diabète sucré de type 1 avec hypoglycémie

Justification : Un certain nombre de facteurs ont contribué à l'hypoglycémie. Ces symptômes ne correspondant pas à un effet adverse secondaire à l'insuline. Un code de cause externe n'est donc pas nécessaire. Bien que le patient souffre déjà de diabète avant son admission, c'est l'épisode d'hypoglycémie qui justifie l'assignation d'un type (2) au diagnostic (consultez également la norme de codification [Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré](#)).

Exemple : Au cours de son traitement à l'hôpital pour un pemphigus, M^{me} J. reçoit de fortes doses de stéroïdes. Elle développe un diabète stéroïdien et on lui administre des hypoglycémifiants oraux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E13.9	(2)	Autres diabètes sucrés précisés sans (mention de) complication
Y42.0	(9)	Médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique, glucocorticoïdes et analogues synthétiques

Justification : Les cas de diabète sucré stéroïdien qui se développent après l'admission à l'hôpital sont des diagnostics de type (2).

B N'attribuez pas le type (2) aux codes de diagnostics des catégories E10 à E14 dans les cas d'hyperglycémie chez un patient diabétique.

Le diabète se manifeste par l'hyperglycémie. En conséquence, les codes des catégories E10-E14 ne doivent pas avoir un type (2) assigné aux codes de diagnostics pour désigner les cas d'hyperglycémie. Un patient qui requiert des doses d'insuline pour maintenir son taux de glycémie à un bas niveau peut afficher des taux de glycémie élevés s'il cesse temporairement de prendre son médicament.

Reportez-vous également à la norme de codification *Diabète sucré et hyperglycémie*.

Exemple : M. H. est admis à l'hôpital pour une résection transurétrale de la prostate. Il souffre de diabète de type 2 et de plusieurs complications connues du diabète. Il prend de l'insuline, médicament qu'il a dû arrêter de prendre avant la chirurgie. Lors de la première journée postopératoire, son taux de glycémie à jeun s'élevait à 9,2 mmol/L. Il a recommencé à prendre de l'insuline quatre heures après la chirurgie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.78	(3)	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications
R73.800	(3)	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie à 8.0-11.9 mmol/L, avant le repas (à jeun) (Facultatif)

Justification : Même si le patient a connu un épisode d'hyperglycémie après son admission, le type de diagnostic (2) ne doit jamais être jumelé au code E11.78. Les épisodes d'hyperglycémie sont saisis avec un code de la sous-catégorie R73.8--. Étant donné que le médecin n'a pas indiqué que le diabète était non contrôlé et que le taux de glycémie du patient n'a pas dépassé 14 mmol/L, le diabète n'est pas classé dans la catégorie « non contrôlé » et le code E11.78 ne se qualifie pas comme une comorbidité.

Exemple : M^{me} K. est admise à l'hôpital pour une hystérectomie non urgente. Elle est atteinte de diabète de type 2 et prend de l'insuline. Elle présente des manifestations rénales et vasculaires périphériques résultant de son diabète. Ces manifestations ne requièrent toutefois pas de traitement au cours de l'épisode de soins. L'insuline a été cessée avant la chirurgie. Lors de la première journée postopératoire, son taux de glycémie à jeun s'élevait à 15,1 mmol/L. Ce taux est revenu à la normale lorsque la patiente a recommencé à prendre de l'insuline.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E11.78	(1)	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications
R73.802	(3)	Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L, avant le repas (à jeun)

Justification : Étant donné que le diabète de cette patiente est devenu incontrôlé, le code E11.78 est inscrit avec un type de diagnostic (1). Il est obligatoire de saisir l'épisode d'hyperglycémie supérieur à 14 mmol/L à l'aide du code R73.802 auquel il faut attribuer un type de diagnostic (3).

Diabète sucré et grossesse

En vigueur depuis 2006, 2008

Pour consulter des normes supplémentaires de codification sur la grossesse, reportez-vous également au *chapitre XV* intitulé *Grossesse, accouchement et puerpéralité*.

- BS** Attribuez le code O24.8– *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel)* aux cas de diabète diagnostiqués pour la première fois pendant la grossesse.
- BS** Classifiez les cas de diabète sucré présents avant la grossesse sous l'un des codes des sous-catégories O24.5–, O24.6– ou O24.7– (diabète sucré préexistant au cours de la grossesse).
- BS** Lorsque la patiente connaît des complications attribuables à un diabète sucré préexistant, utilisez autant de codes des catégories E10 à E14 que nécessaires à la saisie des complications qui répondent aux définitions de comorbidité, de problème principal/ autre problème.
- BS** Classifiez les codes de diabète de la catégorie O24.– *Diabète sucré au cours de la grossesse* avant tout code de diabète des catégories E10 à E14 *Diabète sucré*.

Exemple : Une patiente se présente avec du diabète gestationnel à 39 semaines de gestation. Elle montre également des signes de prééclampsie et est donc traitée par repos complet au lit. Le troisième jour de son admission, elle donne naissance à une fille en santé par accouchement spontané.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O24.801	(M)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O13.001	(1)	Hypertension gestationnelle (induite par la grossesse) sans protéinurie importante, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : Les deux codes pourraient correspondre au diagnostic principal. Le choix dépendra des circonstances consignées au dossier.

Exemple : Une patiente souffrant de diabète sucré de type 1 et d'insuffisance rénale chronique est admise à 39 semaines de gestation. Elle donne naissance à une fille en santé. Elle est vue par un néphrologue qui évalue son état et lui recommande un traitement pour son insuffisance rénale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O24.501	(M)	Diabète sucré préexistant de type 1, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
E10.22†	(1)	Diabète sucré de type 1 avec insuffisance rénale au stade ultime (IRSU)
N08.3*	(3)	Glomérulopathie au cours du diabète sucré
N18.9	(3)	Insuffisance rénale chronique, sans précision (facultatif)
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : Le typage du diagnostic pour le code E10.22 dépendra des circonstances consignées au dossier. Dans le présent scénario, il faut attribuer le type (1) au diagnostic en raison de la consultation et du traitement.

Déshydratation

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006



Codifiez un cas de déshydratation documentée au dossier comme diagnostic principal/problème principal ou autre problème dans les situations suivantes :

- la déshydratation est une condition en elle-même et aucune cause sous-jacente n'est précisée dans le dossier du patient OU
- la déshydratation est suffisamment importante pour justifier une réhydratation par des liquides intraveineux.

Reportez-vous également à la norme de codification *Gastroentérite et diarrhée*.

Lorsqu'une cause sous-jacente a été consignée au dossier et que la déshydratation est traitée seulement par une augmentation de la prise orale de liquides, ceci ne doit pas être considéré comme un diagnostic de comorbidité. Si la déshydratation doit être codifiée, on doit lui assigner un type de diagnostic (3).

Remarque : La présence d'une voie intraveineuse n'indique pas nécessairement une réhydratation. Les lignes intraveineuses peuvent avoir d'autres objectifs tel que l'administration de médicaments et la stabilisation de l'état du patient.

Exemple : Un homme âgé, vivant seul, est découvert dans un état de confusion mentale et de déshydratation. Son état s’améliore considérablement suite à l’administration agressive de liquides intraveineux. Il est retourné chez lui et doit recevoir des soins à domicile trois fois par semaine.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E86.0	(M)	PP	Déshydratation
R41.0	(3)	AP	Désorientation, sans précision (facultatif)

Justification : La déshydratation doit être clairement documentée pour être codifiée. Dans l’exemple ci-dessus, la déshydratation est une condition en elle-même et est traitée par l’administration de liquides intraveineux. La désorientation du patient est un symptôme de la déshydratation et, si elle est codifiée, elle doit avoir un type de diagnostic (3)/autre problème.

Exemple : Un patient souffrant de diabète de type 1 est admis pour la stabilisation de son état. De l’insuline lui est administrée à deux reprises. Il répond bien à ce traitement, et ses taux de glycémie à jeun et aléatoire sont dans les valeurs normales. Le médecin note une déshydratation et prescrit une réhydratation par voie orale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.9	(M)	Diabète sucré de type 1 sans (mention de) complication
E86.0	(3)	Déshydratation (facultatif)

Justification : La déshydratation traitée par une augmentation de la prise de liquides par voie orale n’est pas une comorbidité significative et, si elle est consignée au dossier, est un diagnostic de type (3) (facultatif).

Chapitre VI – Maladies du système nerveux

Résection intracrânienne de lésions ou de tumeurs

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Plastie de la dure-mère et cranioplastie à la suite d'une résection intracrânienne

Le crâne et la dure-mère doivent être incisés pour accéder au cerveau. L'élévation et la fermeture d'un volet crânien de même que l'incision et le rapprochement de la dure-mère sont considérés comme faisant partie intégrante de toute intervention intracrânienne invasive.

B	<p>Attribuez un code supplémentaire provenant de la CCI aux réparations concomitantes de la dure-mère et du crâne seulement dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La cranioplastie est si étendue qu'elle nécessite l'utilisation de plaque ou de vis (code 1.EA.80.^ ^ Réparation, crâne); ou ➤ La plastie de la dure-mère est si étendue qu'elle nécessite une greffe durale (code 1.AA.80.^ ^ Réparation, méninges et dure-mère du cerveau).
B	<p>Aucune de ces deux situations n'est considérée comme faisant partie de la procédure normale dans le cadre d'une chirurgie intracrânienne. Pour désigner correctement le défaut de fermeture, vous devez utiliser au besoin des codes distincts.</p>

Reportez-vous également à la norme de codification *Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse*.

Exemple : Un homme de 59 ans ayant des antécédents d'astrocytome à faible potentiel malin (pour lequel il a subi une résection subtotalaire huit ans auparavant) présente maintenant des convulsions causées par la récurrence de la tumeur. Une craniotomie est pratiquée à l'incision originale pour l'excision de l'astrocytome récurrent. La dure-mère est adhérente et se déchire pendant la chirurgie. À la suite de l'ablation de la tumeur, une plastie de la dure-mère est pratiquée en utilisant l'aponévrose temporale du patient. Le défaut osseux est par la suite réparé par cranioplastie à partir d'un os provenant de la banque d'os et l'utilisation de plaques et de vis pour maintenir la greffe en place.

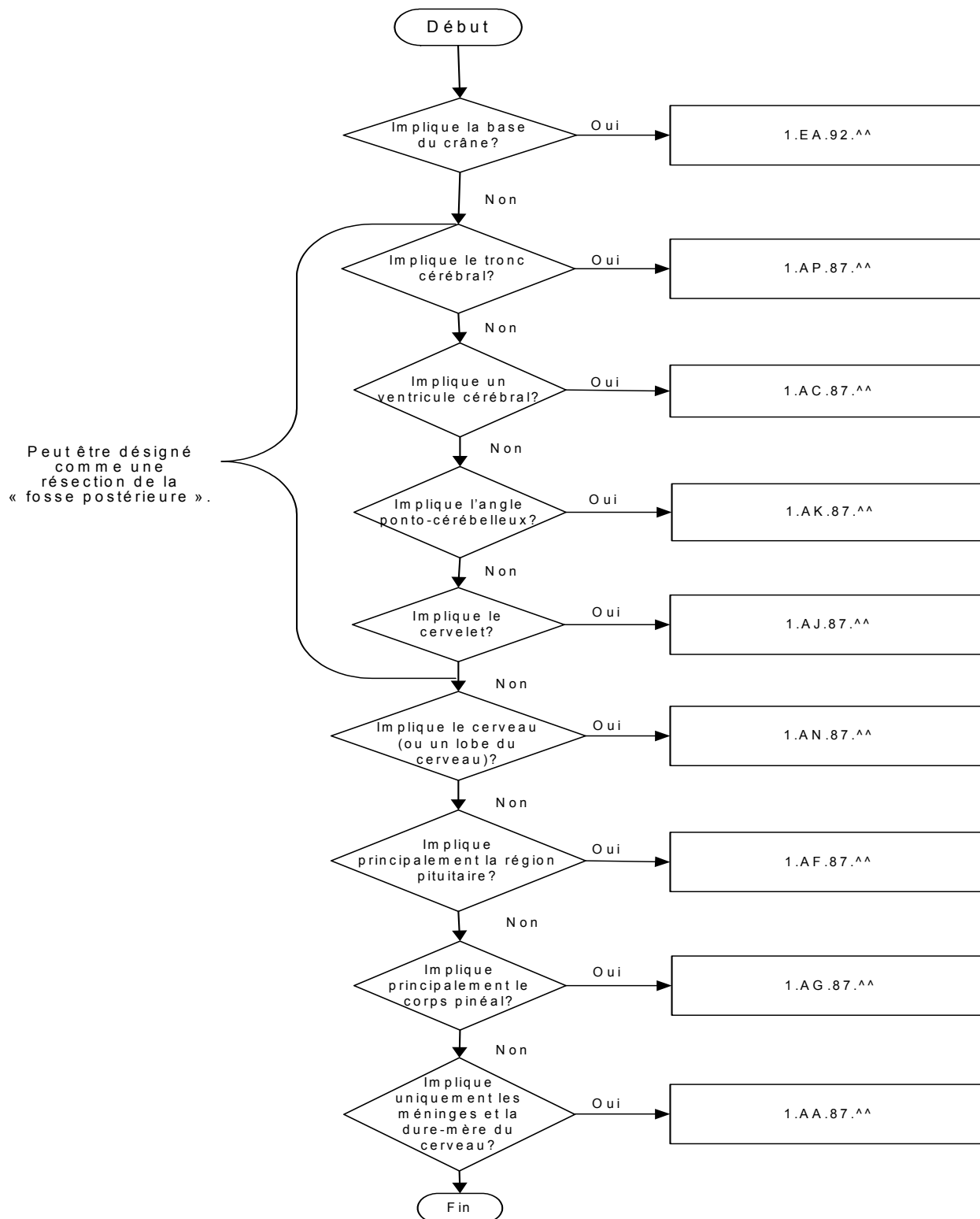
1.AN.87.SZ-GX	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux, avec dispositif NCA
1.AA.80.SZ-XX-A	Réparation, méninges et dure-mère du cerveau, autogreffe [p. ex. péri-crâne, fascia lata]
1.EA.80.LA-NW-K	Réparation, crâne, utilisation de plaques et de vis (avec/sans fil/maille), avec homogreffe
1.EP.58.LA	Prélèvement, muscles de la tête et du cou, autogreffe, approche ouverte

Hierarchie de codification dans le cadre de la résection de lésions intracrâniennes

Afin d'éviter l'attribution de codes multiples dans la description du traitement chirurgical des résections intracrâniennes, une hiérarchie de codification a été instaurée dans la CCI. Cette hiérarchisation prend en compte la gravité des lésions neurologiques et la complexité de l'intervention chirurgicale afin d'établir le code unique le plus approprié pour décrire le type de résection. Les indications nécessaires pour faciliter la sélection du code sont fournies dans les notes d'inclusions et exclusions, ainsi que les remarques aux codes d'excision.

L'outil de recherche de codes ci-dessous est également proposé à titre de référence rapide pour trouver les codes qui conviennent à des résections chevauchant plusieurs régions du cerveau.

Hierarchie de codification des résections de lésions intracrâniennes



Révision des systèmes de dérivation du LCR (ventricule, tronc cérébral, canal rachidien)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Révision partielle

BS Lorsque le remplacement d'une partie du système de dérivation est une reprise (selon la documentation), vous devez choisir l'un des codes suivants, en fonction du site d'origine du drainage (lieu du blocage) :

1.AC.54.^ ^ *Gestion d'un appareil interne, ventricules cérébraux*

1.AP.54.^ ^ *Gestion d'un appareil interne, tronc cérébral*

1.AX.54.^ ^ *Gestion d'un appareil interne, canal rachidien et méninges*

Le champ qualificateur du code désigne la région anatomique où le système de dérivation (shunt) se termine.

Exemple : Un patient est porteur d'un shunt ventriculo-péritonéal à cause d'une hydrocéphalie. Il est admis pour le changement de la valve.

1.AC.54.ME-SJ Gestion d'un appareil interne, ventricules cérébraux, approche ouverte, système de dérivation se terminant dans la cavité abdominale [p. ex. ventriculopéritonéostomie, vésicule biliaire]

Révision complète

BS Lorsqu'un système de dérivation en entier est retiré et qu'un autre est installé, vous devez choisir l'une des paires de codes ci-dessous, en fonction du site d'origine du drainage (lieu du blocage). Le champ qualificateur du code désigne la région anatomique où le système de dérivation (shunt) se termine.

1.AC.52.^ ^ *Drainage, ventricules cérébraux*

1.AC.55.^ ^ *Retrait d'un appareil, ventricules cérébraux*

1.AP.52.^ ^ *Drainage, tronc cérébral*

1.AP.55.^ ^ *Retrait d'un appareil, tronc cérébral*

1.AX.52.^ ^ *Drainage, canal rachidien et méninges*

1.AX.55.^ ^ *Retrait d'un appareil, canal rachidien et méninges*

L'insertion du nouveau système doit être inscrite en premier, suivie du retrait de l'ancien système.

Exemple : Une patiente est porteuse d'un shunt syringo-pleural pour remédier à un problème de syringomyélie. Cette fois-ci, elle est admise pour le retrait et le remplacement complet du shunt syringo-pleural en raison de sa défaillance.

1.AP.52.MQ-SJ Drainage, tronc cérébral, utilisation d'un système de dérivation se terminant dans la cavité thoracique [p.ex., shunt syringo-pleural]

1.AP.55.SE-SJ Retrait d'un appareil, tronc cérébral, accès par trou de trépan, système de dérivation par cathéter,

Comme pour tout autre cathétérisme à demeure destiné au drainage permanent, il n’y a aucun attribut de situation avec les codes de drainage, dans la CCI, pour indiquer la « reprise ». De façon raisonnable, il est prévu que le remplacement des valves, le déblocage des shunts et le repositionnement des cathéters deviennent nécessaires avec ce type de cathétérisme. Il est même assez fréquent de devoir remplacer intégralement un système de cathétérisme à demeure, destiné à rester longtemps en place, notamment chez les enfants en période de croissance.

Crises d'épilepsie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006

- BS** Classifiez les crises d'épilepsie sous un code de la catégorie G40.- *Épilepsie* lorsque le médecin indique clairement au dossier que le patient souffre de crises d'épilepsie récurrent.
- BS** Classifiez toute première crise d'épilepsie ou crise d'épilepsie isolée sous le code R56.8 *Convulsions, autres et non précisées*.
- BS** Lorsqu'un diagnostic de « crise d'épilepsie » est indiqué sans aucune autre précision, classez-le sous le code R56.8 *Convulsions, autres et non précisées*.
- BS** Sélectionnez un code de la catégorie G40.- *Épilepsie* OU G41.- *État de mal épileptique*, mais pas les deux, car ces catégories s'excluent mutuellement.

Dans la CIM-10, la plupart des troubles épileptiques sont classés sous épilepsie en utilisant une terminologie qui est en train de devenir obsolète en neurologie. Cette situation pose un problème aux codificateurs qui cherchent les codes correspondant aux termes diagnostiques utilisés dans la documentation clinique. Le tableau de codes ci-dessous utilise la terminologie standard proposée dans la classification internationale des troubles épileptiques (voir *Epilepsia*, 22:489, 1981), terminologie que l'on trouve également dans les manuels médicaux récents. Il fournit également le code correspondant de la CIM-10-CA. Cette organisation en catégories est également cohérente avec l'adaptation neurologique de la CIM-10 approuvée par l'Organisation mondiale de la Santé. Pour qu'un code de la catégorie G40.- *Épilepsie* s'applique, la documentation doit clairement indiquer qu'il s'agit d'un trouble épileptique récurrent. Une crise d'épilepsie isolée, décrite en utilisant la terminologie présentée dans le tableau qui suit est classée sous le code R56.8.

TERMINOLOGIE STANDARD DES TROUBLES ÉPILEPTIQUES	CODE DE LA CIM-10-CA	DESCRIPTION DU CODE DE LA CIM-10-CA
Crise partielle simple Comprend : crises focales ou locales (sans perte de conscience), crise jacksonienne, crise somatosensorielle ou somatomotrice	G40.1	Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec crises partielles simples
Crise partielle complexe Comprend : crises focales ou locales avec perte de conscience, crises psychomotrices ou psychosensorielles	G40.2	Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec crises partielles complexes
Absence épileptique généralisée Comprend : crise de petit mal, récurrente	G40.7	Petit mal, sans crises de grand mal, sans précision
Maladie des spasmes en flexion Comprend : épilepsie myoclonique avec destruction des fibres musculaires rouges (syndrome MERRF)	G40.4	Autres épilepsies et syndromes épileptiques généralisés
Convulsions toniques	G40.3	Épilepsie et syndromes épileptiques généralisés idiopathiques
Convulsions cloniques	G40.3	Épilepsie et syndromes épileptiques généralisés idiopathiques
Convulsions tonico-cloniques Comprend : crise de grand mal, récurrente	G40.6	Crise de grand mal, sans précision (avec ou sans petit mal)
Crise atonique (akinétique)	G40.3	Épilepsie et syndromes épileptiques généralisés idiopathiques
Crises, sans précision, induites par l'alcool, les médicaments, le stress, la privation de sommeil ou la photosensibilité	G40.5	Syndromes épileptiques particuliers
Crise d'épilepsie, sans précision Comprend : convulsion épileptique, SAI	G40.9	Épilepsie, sans précision
Convulsions fébriles	R56.0	Convulsions fébriles
Crise infantile SAI	R56.8	Convulsions, autres et non précisées
Convulsion du nouveau-né	P90	Convulsions du nouveau-né
Crises, récurrentes	G40.9	Épilepsie, sans précision
Crises SAI Comprend : Convulsion SAI, crise d'épilepsie SAI	R56.8	Convulsions, autres et non précisées

Exemple : À la suite d'une crise d'épilepsie, un homme de 65 ans est conduit à l'hôpital par ambulance. Le médecin décrit au dossier des convulsions tonico-cloniques et note que le patient a fait trois crises d'épilepsie du genre dans le passé. Le diagnostic principal est « convulsions tonico-cloniques ».



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
G40.6	PP	Crise de grand mal, sans précision (avec ou sans petit mal)

Justification : Le terme « convulsions tonico-cloniques » se trouve dans le tableau ci-dessus et est classé sous le code G40.6.

Exemple : Un enfant de cinq ans est admis à la suite d'une crise d'épilepsie. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a fait au moins deux crises d'épilepsie dans le passé. Il pose un diagnostic principal de « troubles épileptiques ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
G40.9	(M)	PP	Épilepsie, sans précision

Justification : Étant donné que le diagnostic consigné est « troubles épileptiques », problème dit récurrent, attribuez le code G40.9.

Exemple : Un enfant de quatre ans est examiné à la suite de convulsions fébriles. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a déjà connu un épisode de convulsions fébriles. Le diagnostic définitif consigné au dossier est « convulsions fébriles ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R56.0	(M)	PP	Convulsions fébriles

Justification : Même si les signes pointent vers un problème récurrent, le terme « troubles épileptiques » n'est pas utilisé pour décrire la condition du patient.

Exemple : Une femme de 57 ans a fait une crise de grand mal au centre commercial. Des ambulanciers la conduisent à l'hôpital. Les antécédents de la patiente ainsi qu'un examen médical révèlent qu'elle n'a jamais fait de crise d'épilepsie auparavant. Le diagnostic principal consigné au dossier est « crise de grand mal ».



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R56.8	PP	Convulsions, autres et non précisées

Justification : Lorsqu'un patient n'a pas d'antécédents documentés de « troubles épileptiques » ou que la documentation ne fait aucune mention d'épilepsie, une crise isolée, même lorsqu'elle est décrite à l'aide de termes tels que « grand mal », « tonico-clonique » ou « petit mal », est classée sous le code R56.8.

Exemple : M. X. est alcoolique. Il était inscrit à un programme de réhabilitation pour les alcooliques, programme qu’il a ensuite quitté. Il a recommencé à boire de façon excessive. Sa femme a composé le 911 lorsqu’il a commencé à avoir des convulsions dans l’après-midi, après avoir consommé plusieurs verres d’alcool. L’urgentologue note que le patient a des antécédents de crises épileptiques induites par l’alcool, pour lesquelles il s’est rendu plusieurs fois à l’urgence dans le passé. Dans le dossier de l’urgence, il est écrit « intoxication alcoolique et crises d’épilepsie ». Le patient est admis à l’unité des soins intensifs.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T51.0	PP	Effet toxique de l’éthanol
G40.5	AP	Syndromes épileptiques particuliers
X45	AP	Intoxication accidentelle par l’alcool et exposition à l’alcool

Justification : Les crises récurrentes induites par l’alcool, les médicaments, le stress, la privation de sommeil ou la photosensibilité sont classées sous le code G40.5, comme l’indique le tableau ci-dessus.

Exemple : Un jeune homme de 17 ans est amené à l’urgence à la suite d’une convulsion. Il avait consommé une quantité excessive de boissons alcoolisées au cours de la soirée. Comme il n’a pas d’antécédents de crises d’épilepsie, on inscrit au dossier un diagnostic de crise induite par une intoxication alcoolique.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T51.0	PP	Effet toxique de l’éthanol
R56.8	AP	Convulsions, autres et non précisées
X45	AP	Intoxication accidentelle par l’alcool et exposition à l’alcool

Justification : Bien qu’il s’agisse d’une crise induite par l’alcool, l’événement est isolé et est donc classé sous le code R56.8.

Exemple : Julie, un bébé de trois jours, est amenée à l’urgence d’un hôpital pour enfants à la suite d’une convulsion. Des tests sont réalisés, après quoi Julie reçoit un médicament anticonvulsivant et obtient son congé. Ses parents doivent l’amener chez un pédiatre qui surveillera son état et assurera un suivi.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
P90	PP	Convulsions du nouveau-né

Exemple : J. D., un patient souffrant de troubles épileptiques connus, est admis via l’urgence. À son admission, un diagnostic d’état de mal épileptique est posé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
G41.9	(M)	PP	État de mal épileptique, sans précision

Justification : Les catégories G40.– et G41.– s’excluent mutuellement; n’inscrivez donc pas un code de chaque catégorie.

État de mal épileptique

Un patient souffrant de troubles épileptiques connus qui connaît des crises continues (durée supérieure à 30 minutes) est en état de mal épileptique (G41). L'état de mal épileptique est souvent déclenché par un niveau trop faible d'antiépileptiques chez les patients souffrant de troubles épileptiques connus, mais il peut également être causé par d'autres facteurs, tels qu'une forte fièvre, un AVC, une tumeur cérébrale, une intoxication médicamenteuse ou alcoolique, et des lésions cérébrales traumatiques.

Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral

En vigueur depuis 2002, 2006, modifié en 2008



Codifiez tous les déficits neurologiques consignés au dossier par le médecin, tels que la paralysie, la dysphagie, l'aphasie, les incontinences urinaire et fécale, qui influent sur la prise en charge et le traitement du patient pendant la phase de soins actifs de l'accident vasculaire cérébral comme des conditions de comorbidités.

Critères :

R13.– *Dysphagie* : vous devez attribuer un type de diagnostic (1) si elle nécessite une alimentation par sonde nasogastrique ou intestinale, ou si elle requiert toujours un traitement plus de sept jours après l'accident vasculaire cérébral.

R15 *Incontinence des matières fécales* : vous devez attribuer un type de diagnostic (1) si elle est toujours présente à la sortie du patient ou si elle persiste au moins sept jours.

R32 *Incontinence urinaire, sans précision* : vous devez attribuer un type de diagnostic (1) si elle est toujours présente à la sortie du patient ou si elle persiste au moins sept jours.



Pour tous les autres déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral, appliquez les *Normes de sélection des types de diagnostic*.

Reportez-vous également aux normes de codification *Accidents vasculaires cérébraux (AVC)* et *Accidents ischémiques transitoires (AIT)*.

Exemple :



À son admission, un patient ressent une faiblesse au côté gauche. Il reçoit un diagnostic d'infarctus cérébral aigu et un activateur tissulaire du plasminogène lui est administré. La journée de son admission, le patient avait également de la difficulté à avaler. Huit jours après son AVC, le patient est transféré dans un établissement plus près de chez lui pour recevoir des soins continus pour son AVC. Une sonde nasogastrique est mise en place.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I63.9	(M)	Infarctus cérébral, sans précision
R13.8	(1)	Dysphagie, autre et non précisée

Hémiplégie

- BS** Attribuez un code de la catégorie G81.– *Hémiplégie* comme diagnostic principal/problème principal uniquement lorsque le problème est mentionné sans autre précision ou est défini comme un problème ancien ou de longue durée, mais de cause non préciséeⁱ.
- BS** Assignez un code supplémentaire de cette catégorie pour désigner une hémiplégie résultant d'une cause, quelle qu'elle soit.

Reportez-vous également aux normes de codification *Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)* et *Séquelles*.

Exemple : Un patient est examiné dans une unité de chirurgie d'un jour pour l'excision de plusieurs lésions cutanées liées à un carcinome basocellulaire (partie inférieure de la jambe). Un examen révèle une hémiparésie résiduelle liée à un accident vasculaire cérébral antérieur. Aucun traitement particulier n'est administré pour l'hémiparésie résiduelle pendant cet épisode de soins.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C44.7	(M)	PP	Tumeur maligne de la peau du membre inférieur, y compris la hanche
G81.99	(3)	AP	Hémiplégie [unilatérale] touchant un hémisphère non précisé, sans précision (facultatif)
I69.4	(3)	AP	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (facultatif)

Exemple : Un patient droitier a subi un accident vasculaire cérébral à la suite de l'embolie d'une artère cérébrale. Il souffre d'hémiplégie du côté gauche, problème qui fait l'objet du traitement, et il reçoit de la physiothérapie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I63.4	(M)	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
G81.91	(1)	Hémiplégie de l'hémisphère non dominant, sans précision

i. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA), deuxième édition, vol. 1, p. 395.

Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire

Hypertension et conditions associées

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2007

Cardiopathie hypertensive

BS Assignez les codes I11 *Cardiopathie hypertensive* ou I13 *Cardionéphropathie hypertensive* seulement lorsque le médecin documente précisément un lien de cause/effet entre la cardiopathie et l'hypertension. Un lien de causalité ne doit pas être présumé.

BS Utilisez un code supplémentaire pour indiquer une insuffisance cardiaque (congestive) associée (I50 *Insuffisance cardiaque*).

BS Inscrivez en premier les codes I11 ou I13.

BS Assurez-vous que les codes de la catégorie I10 à I13 :

- ne soient jamais enregistrés en tant que comorbidités après l'admission (diagnostic de type (2)) dans l'abrégé d'un patient hospitalisé;
- ne soient jamais enregistrés conjointement dans un même abrégé, car ils sont mutuellement exclusifs.

Exemple : Un patient obèse souffrant d'hypertension depuis longtemps se plaint de dyspnée à l'effort et non causée par l'effort, d'un œdème malléolaire ainsi que d'un gain de poids. On pratique une échocardiographie transthoracique. Le patient est admis pour une insuffisance cardiaque congestive.



Diagnostic : Cardiopathie hypertensive
Insuffisance cardiaque congestive

<u>Code</u>	<u>Description</u>
I11	Cardiopathie hypertensive
I50.0	Insuffisance cardiaque congestive

Justification : Lorsque l'insuffisance cardiaque est attribuable à une hypertension essentielle, les médecins utilisent souvent des expressions comme « due à une hypertension » ou « hypertensive » pour établir un lien entre les deux affections. Si le diagnostic enregistré dans le dossier médical mentionne les deux affections de façon indépendante, vous ne devez pas présumer qu'il existe un lien de causalité entre elles. Puisque le terme « hypertensive » est utilisé dans l'exemple, un tel lien est indiqué.

Néphropathie hypertensive

BS Lorsqu'il y a présence d'hypertension avec toute affection incluse dans N18 *Insuffisance rénale chronique*, N19 *Insuffisance rénale, sans précision* ou N26 *Rein scléreux, sans précision*. Vous pouvez assumer un lien de causalité et utiliser les codes I12 *Néphropathie hypertensive* ou I13 *Cardionéphropathie hypertensive*

BS Inscrivez un code supplémentaire pour indiquer toute insuffisance rénale chronique associée (N18-N19).

BS Inscrivez le code I12 en premier.

BS Ne présumez pas un lien de causalité entre l'hypertension et l'insuffisance rénale aiguë. Lorsque ces deux affections surviennent conjointement, inscrivez les codes I10. – *Hypertension essentielle (primitive)* et N17. – *Insuffisance rénale aiguë*.

Exemple : Insuffisance rénale chronique et hypertension

BS	<u>Code</u>	<u>Description</u>
	I12	Néphropathie hypertensive
	N18.9	Insuffisance rénale chronique, sans précision

Justification : Un lien de causalité est présumé. Choisissez le code et le type de diagnostic selon les circonstances de l'admission.

Exemple : Insuffisance rénale aiguë avec nécrose médullaire rénale et hypertension

BS	<u>Code</u>	<u>Description</u>
	N17.2	Insuffisance rénale aiguë avec nécrose médullaire
	I10.0	Hypertension artérielle bénigne

Justification : Aucun lien de causalité ne doit être présumé pour l'insuffisance rénale aiguë.

Exemple : Diagnostic : Diabète de type 2 avec insuffisance rénale chronique
Insuffisance rénale chronique
Hypertension

BS	<u>Code</u>	<u>Description</u>
	E11.22†	Diabète sucré de type 2 avec insuffisance rénale au stade ultime (IRSU)
	N08.3*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré (E10-E14† avec le quatrième chiffre .2)
	I12	Néphropathie hypertensive
	N18.9	Insuffisance rénale chronique, sans précision

Exemple : Un patient est admis pour une insuffisance cardiaque congestive causée par de l'hypertension. Il souffre également d'insuffisance rénale chronique. Il reçoit un traitement énergétique par diurèse et dialyse.

B	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	I13	(M)	Cardionéphropathie hypertensive
	I50.0	(1)	Insuffisance cardiaque congestive
	N18.9	(1)	Insuffisance rénale chronique, sans précision

Hypertension et maladies cérébrovasculaires

BS Inscrivez en premier le code de la maladie cérébrovasculaire lorsqu'une hypertension est présente.

Exemple : Occlusion de l'artère basilaire avec hypertension

BS	<u>Code</u>	<u>Description</u>
	I65.1	Occlusion et sténose de l'artère basilaire
	I10.0	Hypertension essentielle (primitive)

Syndrome coronarien aigu (SCA)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2007, 2008

BS Lorsqu'un code de la catégorie I21.– *Infarctus aigu du myocarde* ou le code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde* est inscrit, il est obligatoire d'ajouter un code de la sous-catégorie R94.3– *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires* à titre de diagnostic de type (3)/diagnostic d'un autre problème.

BS Utilisez les notes du médecin sur son interprétation des résultats de l'ECG et des biomarqueurs (p. ex. troponine, CK-MB) afin de choisir le bon cinquième caractère de la catégorie R94.3–. Assurez-vous de ne pas choisir le code en fonction de l'interprétation du codificateur.

BS Lorsque le diagnostic principal peut être codifié à la catégorie I21.– ou au code I24.0, et que le médecin n'a pas inscrit son interprétation des résultats de l'ECG ou des biomarqueurs (p. ex. troponine, CK-MB), inscrivez le code R94.38 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés*.

S Lorsque le diagnostic à la sortie de la salle d'urgence est un STEMI ou un NSTEMI, choisissez le code approprié de la catégorie R94.3– à titre de diagnostic du problème principal.

Exemple : M^{me} M., une dame de 74 ans, a été vue au service d'urgence et admise par la suite pour un malaise à la poitrine, une douleur irradiante dans les deux bras et un sentiment général de malaise. Les symptômes persistaient depuis environ trois jours avant que la patiente ne se présente à l'hôpital. À la suite de son admission, le médecin a inscrit que le résultat de son ECG était normal, mais que les concentrations de troponine et de CK-MB étaient élevées.



Diagnostic principal : Infarctus du myocarde sous-endocardique.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.49	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)

Justification : Le médecin a inscrit dans le dossier que les résultats de l'ECG sont normaux et que les taux de troponine et de CK-MB sont élevés. Il convient donc d'inscrire le code R94.31.

Exemple : Cette même patiente se présente au service d'urgence avec une douleur thoracique accablante et une douleur connexe à la mâchoire. À l'origine, les résultats de l'ECG présentaient un sous-décalage des électrodes antérieures et inférieures. Par la suite, un bloc de branche droit s'est manifesté, puis les électrodes antérolatérales et inférieures ont indiqué un sous-décalage du segment ST. Le patient a été transféré à l'unité de soins coronariens et a un reçu un diagnostic de NSTEMI.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R94.31	PP	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)

Justification : Au service d'urgence, le diagnostic différentiel de NSTEMI représente le degré de précision connu le plus élevé au moment du transfert à l'unité de soins coronariens.

Exemple : M. R. subit des épisodes de syncope. L'ECG à l'admission indique que les électrodes V4 à V6 révèlent un sous-décalage du segment ST et les électrodes latérales supérieures signalent des changements non spécifiques du segment ST. Les résultats liés aux biomarqueurs sont positifs. Impression : NSTEMI. Plan : Prise en charge de NSTEMI.



Le premier résultat lié à la troponine était de 0,18 et le deuxième, de 0,16. Les résultats de CK-MB étaient négatifs. Ces résultats signalaient une cause autre que cardiaque de la fuite de troponine. Il a subi une angiographie pulmonaire qui a permis de confirmer la présence d'une embolie pulmonaire. On lui a administré de l'héparine et de la warfarine.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I26.9	(M)	Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu

Justification : Puisque le diagnostic principal n'est pas un infarctus du myocarde, le code R94.3– n'est pas inscrit.

Exemple : Un patient ayant reçu un diagnostic de STEMI est transféré de l'hôpital A au service d'urgence par ambulance aérienne. À l'examen, la patiente est blême et sans pouls périphérique. Elle est transportée directement au laboratoire de cathétérisme. À la sortie de l'urgence, elle avait un diagnostic d'IAM.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I21.9	PP	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
R94.30	AP	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)

Justification : Inscrivez toujours les codes en fonction des meilleures précisions inscrites au dossier. Les notes indiquent que ce patient a été amené à l'hôpital en raison d'un diagnostic de STEMI. Ainsi, le code R94.30 est inscrit. On inscrit le code I21.9 à titre de problème principal étant donné que le résultat final ou le type d'infarctus du myocarde n'a pas encore été déterminé.



Lorsqu'un infarctus du myocarde se produit au cours de la période aiguë (soit dans les 28 jours), inscrivez le type de diagnostic (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) selon ce qui est approprié pour le cas.



Lorsqu'un patient se présente en raison d'un syndrome coronarien aigu et qu'il subit une intervention coronarienne percutanée de toute urgence au cours de la même admission, inscrivez le code lié au diagnostic du syndrome coronarien aigu à titre de diagnostic principal/problème principal. Inscrivez un code supplémentaire à titre de type de diagnostic (1)/autre problème si on fait mention d'une maladie artérielle chronique sous-jacente. Cette directive s'applique dans les cas d'interventions coronariennes percutanées pratiquées à l'hôpital et en consultation externe ainsi qu'aux hôpitaux de provenance et de destination.



Si un patient se présente avec un IM à l'intérieur de la phase aiguë pour subir une ICP non urgente, inscrivez un code pour la maladie coronarienne sous-jacente à titre de diagnostic principal/problème principal et un code supplémentaire pour l'IM avec un type de diagnostic de comorbidité/autre problème.

Exception : Lorsque le diagnostic principal est un code de la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition*, il est possible d'inscrire un code de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* à titre de type de diagnostic (3) afin de préciser le site de l'IM original.

Exemple : M. N. est transféré de l'hôpital A avec un diagnostic de STEMI. Son traitement thrombolytique a échoué. Il a été traité avec du TNK, toutefois les douleurs thoraciques ont persisté, puis il a été transféré à l'hôpital B pour subir une coronarographie et possiblement une intervention.



Diagnostic principal : Infarctus aigu de la paroi inférieure avec élévation du segment ST, traitement thrombolytique échoué. ICP réussie.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.1	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)

Justification : Puisqu'il n'e s'agit pas d'une ICP non urgente à l'hôpital B, le code I21.1 est inscrit à titre de diagnostic principal. Au cours de la période aiguë d'un infarctus du myocarde, l'ICP est souvent une intervention nécessaire à la survie. Les soins sont d'abord axés sur l'infarctus du myocarde et ensuite sur la coronaropathie sous-jacente. Si le médecin avait noté la coronaropathie sous-jacente, on lui aurait assigné un type de diagnostic (1).

Exemple : M. V, un homme de 52 ans, se présente à l'hôpital en se plaignant de douleurs thoraciques. Il est essoufflé. Le médecin inscrit « SCA possible ». Les résultats de l'ECG ne révèle aucune ischémie importante, ni infarctus aigu. Les niveaux de troponine liés à l'infarctus portent la mention « négatif ».



Diagnostic principal d'après le rapport d'angiographie : SCA sans élévation du segment ST avec coronaropathie diffuse.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I20.0	(M)	Angine de poitrine instable
I25.19	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon

Justification : (SCA sans élévation du segment ST ou NSTEMI = angine de poitrine instable). L'angine de poitrine instable fait partie des syndromes coronariens aigus. Ainsi, cette condition est traitée de la même façon que toute autre affection de la famille des syndromes coronariens aigus. Dans ce cas, il ne convient pas d'inscrire un code de la série R94.3-, car le code lié au diagnostic principal n'est pas I21.-, ni I24.0.



Lorsque le diagnostic final est un STEMI, codifiez l'IM à l'aide des codes de la catégorie I21.0–I21.3 *Infarctus transmural aigu du myocarde* en fonction du site.

Exemple : M. P., un homme de 61 ans, a été transféré d'un autre hôpital. Il a subi un infarctus aigu de la paroi inférieure avec élévation du segment ST, puis son traitement thrombolytique a échoué. Le médecin a noté que l'ECG réalisé lors de l'admission à l'hôpital de provenance indiquait une élévation du segment ST. Aucun antécédent de coronaropathie. ICP de l'artère coronaire droite réalisée la première journée.



Diagnostic à la sortie : IM avec élévation du segment ST, paroi inférieure

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.1	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)

Justification : Dans cet exemple, la coronaropathie n'était pas notée. Un code pour cette condition n'a donc pas été assigné. Cependant, ce renseignement doit être confirmé après avoir relu le dossier du patient ou consulté le médecin pour obtenir des clarifications.

Exemple : M. T., un homme de 54 ans, se présente à l'hôpital avec des douleurs thoraciques. Le médecin a noté que l'ECG à l'admission indiquait une élévation du segment ST. Il a été admis à l'unité de soins coronariens pour subir immédiatement un traitement thrombolytique. Après le traitement, le résultat de l'ECG semblait tout à fait normal, sauf les niveaux de troponine documentés comme étant élevés.



Diagnostic principal : Infarctus sous-endocardique du myocarde, de la paroi antérieure.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.40	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de la paroi antérieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)

Justification : Dans ce cas, le diagnostic principal inscrit n'était pas un STEMI. Il ne convient donc pas d'inscrire un code de la catégorie I21.0 à I21.3. Le traitement thrombolytique a réussi à empêcher l'IM d'évoluer vers un infarctus transmural ou avec onde Q.



Codifiez un infarctus du myocarde décrit comme un STEMI, mais évité à la suite d'un traitement réussi, à l'aide du code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde.*

Exemple : M. Q., un homme de 57 ans, souffrant d'une coronaropathie connue, se présente à l'hôpital avec des douleurs thoraciques. Le médecin a inscrit que l'ECG à l'admission indiquait une élévation du segment ST. Une ICP primaire a été pratiquée. Le diagnostic principal inscrit au dossier est infarctus du myocarde évité.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I24.0	(M)	Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)
I25.19	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon



Lorsqu'un diagnostic final de NSTEMI est inscrit, codifiez l'IM à l'aide d'un code de la catégorie I21.4– *Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde en fonction du site*.

Exemple : M. Q., un homme de 45 ans, se présente à l'hôpital. Les résultats de l'ECG et des tests d'enzymes indiquent un petit SCA. Un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST est inscrit au dossier. Le cathétérisme cardiaque subséquent indique une coronaropathie de trois vaisseaux. Une consultation chirurgicale donne suite à un rendez-vous pour subir un pontage. À la sortie du patient, sa médication était la suivante : aspirine, Plavix et Ramipril.



Diagnostic principal : Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.49	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)
I25.10	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine

Justification : La coronaropathie se qualifie à titre de diagnostic de type (1), étant donné que la condition est investiguée et le diagnostic posé au cours de cette admission. Dans ce cas, puisque les soins sont axés sur l'infarctus du myocarde, cette condition est le diagnostic principal.



Lorsqu'il est possible d'attribuer plus d'un code de la catégorie I21.– à un infarctus transmural (onde Q), inscrivez le code I21.2 *Infarctus transmural aigu du myocarde d'autres localisations*



Lorsqu'il est possible d'attribuer plus d'un code de la sous-catégorie I21.4– à un infarctus sous-endocardique (sans onde Q), inscrivez le code I21.42 *Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, d'autres localisations*.



Inscrivez un code de la catégorie I22.– *Infarctus du myocarde à répétition* pour recueillir les renseignements sur les infarctus à répétition qui se produisent dans la période aiguë (c.-à-d. 28 jours) suivant le premier infarctus ou sur l'extension du premier infarctus qui se produit au cours des premiers 28 jours. Inscrivez un type de diagnostic en fonction des définitions.

Reportez-vous également à la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

Exemple : Infarctus transmural aigu du myocarde des parois antérolatérale et inférolatérale. Les notes d'évolution indiquent que le résultat de l'ECG précisait une élévation du segment ST.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I21.2	(M)	PP	Infarctus transmural aigu du myocarde d'autres localisations
R94.30	(3)	AP	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)

Exemple : M^{me} P., une femme de 63 ans, est amenée à l'hôpital par ambulance en raison d'une douleur thoracique qui persiste depuis minuit. L'ECG indique un rythme sinusal normal et une bradycardie sinusale. Coronaropathie connue. Impression : NSTEMI. La patiente est admise à l'unité de soins coronariens. Les niveaux de troponine variaient entre 0,38 et 0,08. La documentation confirme le diagnostic de NSTEMI. Le quatrième jour à l'unité de soins coronariens, la douleur thoracique est revenue et n'a pu être contrôlée avec de la nitro. Le médecin a noté que l'ECG indiquait une extension de l'infarctus du myocarde. Le diagnostic principal est un IM de la paroi antérieure.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.40	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de la paroi antérieure
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)
I22.9	(2)	Infarctus du myocarde à répétition, de localisation non précisée

Justification : Les deux codes doivent être inscrits. Puisque l'IM subséquent s'est produit après l'admission, il s'agit d'un type de diagnostic (2). Un code de la sous-catégorie R94.3– est utilisé une fois, et le choix du code est fondé sur la documentation relative au premier IM.

Reportez-vous également à la norme de codification *Infarctus aigu du myocarde survenant durant la période postopératoire*.

Exemple : M. R. a été soigné pour un infarctus transmural aigu du myocarde et de la paroi inféro-latérale, puis il a obtenu son congé de l'hôpital. Deux jours après sa sortie, il a été hospitalisé de nouveau en raison d'un infarctus aigu du myocarde des parois postéro-latérale et postéro-septale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I22.8	(M)	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations
I21.1	(3)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure (facultatif)
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés

Justification : Le code I22.8 ne serait pas assigné si l'IM précédent s'était produit plus de 28 jours auparavant. Pour cette raison, il est facultatif d'inscrire un code de la catégorie I21.– qui est compris dans le code I22.8. Il est facultatif d'inscrire le code I21.1. Si vous choisissez de le codifier, inscrivez un type de diagnostic (3). Dans ces cas, lorsqu'un code de la catégorie I21 est inscrit, il est obligatoire d'ajouter un code de la catégorie R94.3–. Lorsque la documentation appuie la sélection d'un code en particulier, il importe d'inscrire le bon code. Dans cet exemple, les renseignements ne sont pas donnés.



Inscrivez un code de la catégorie I23.– *Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde* pour les complications précisées qui se produisent au cours de la période aiguë de l'infarctus du myocarde (c.-à-d. 28 jours).

Ces complications se produisent généralement dans les 2 à 7 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM). Toutefois, l'utilisation de ces codes n'est pas écartée lorsque la documentation précise qu'il s'agit d'une complication commune à la suite de l'IAM ou l'IM est dans la période aiguë (c.-à-d. 28 jours). Lorsque les complications se manifestent en même temps que l'infarctus, elles sont comprises dans le code d'infarctus aigu du myocarde.

Exemple : M^{me} S. a été admise à partir du service d'urgence avec un diagnostic de STEMI, puis elle a reçu un traitement thrombolytique. Elle a été amenée directement à l'unité de soins coronariens. Selon les élévations du segment ST tirées de l'ECG, elle a obtenu un diagnostic de STEMI de la paroi inférieure. Deux jours plus tard, elle a souffert d'angine de poitrine à la suite d'un infarctus du myocarde.



Diagnostic : Infarctus aigu du myocarde, paroi inférieure
Angine de poitrine à la suite d'un infarctus du myocarde

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.1	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)
I23.82	(2)	Angine de poitrine suivant un infarctus comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde

- B** Il est facultatif d'inscrire le code I25.2 *Infarctus du myocarde, ancien* (antécédents d'IM) à titre de type de diagnostic (3) uniquement lorsque les DEUX critères suivants s'appliquent :
- l'infarctus du myocarde précédent s'est produit plus de 4 semaines auparavant (28 jours);
 - à l'heure actuelle, le patient n'est pas en observation, ni sous évaluation, ni en traitement en raison de l'infarctus du myocarde précédent.ⁱ

Exemple : Le patient est admis en raison d'une hémicolectomie. Le médecin a noté les antécédents d'infarctus du myocarde d'après les examens réalisés avec l'ECG. Aucun traitement n'a été pratiqué pour l'infarctus du myocarde guéri.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I25.2	(3)	Infarctus du myocarde, ancien (facultatif)

Interventions connexes

Intervention coronaire percutanée (ICP)

En vigueur depuis 2007, modifié en 2008

L'intervention coronaire percutanée (ICP), connue auparavant sous le nom d'angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACTP), est le traitement de choix pour soigner les infarctus du myocarde avec élévation du segment ST lorsqu'il est possible d'avoir immédiatement accès aux laboratoires de cathétérisme cardiaqueⁱⁱ. Si ce n'est pas le cas, ou que l'ICP ne convient pas, le traitement thrombolytique est devenu le traitement de choixⁱⁱⁱ.

Reportez-vous également à la norme de codification *Traitement thrombolytique*.

BS Lorsqu'une ICP est réalisée, il est obligatoire d'inscrire le bon attribut de situation afin de distinguer une ICP primaire (directe) d'une ICP pratiquée plus tard ou à la suite d'un traitement thrombolytique.

Dans le cas d'une ICP, choisissez l'attribut de situation « N » (primaire) lorsque les trois critères suivants sont respectés :

- l'intervention est réalisée pour un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI) ou avec onde Q;
- dans les 12 heures de l'arrivée à l'hôpital;
- avant l'administration de l'agent thrombolytique.

Remarque : Dans le cas d'un transfert d'un établissement à un autre, calculez l'attribut de situation à compter de l'arrivée du patient au premier établissement jusqu'au commencement de l'ICP.

i. NCCH, ICD-10-AM, Circulatory System, juillet 2002.

ii. « Primary Coronary Angioplasty in Patients with Acute Myocardial infarction », *Texas Heart Institute Journal*, vol. 21, n° 2 (1994).

iii. <http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj/vol-154/0509e.htm>.



Lorsqu'une ICP est réalisée, il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire de la rubrique 1.II.35.^[^] Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques afin d'identifier l'insertion d'une endoprothèse à élution de médicaments. Codifiez les endoprothèses à élution de médicaments immunodépresseurs à l'aide du code 1.II.35.HH-M8 Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée, par perfusion, agent immunosuppresseur et les endoprothèses à élution de paclitaxel avec le code 1.II.35.HH-T9 Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée, par perfusion, agent pharmacologique NCA.

Remarque : La directive ci-dessus s'applique aux ICP primaires et aux autres ICP (non primaires).

Exemple : M^{me} P., une femme de 63 ans, transférée par ambulance, souffre d'un infarctus aigu du myocarde et de la paroi inférieure avec élévation du segment ST (STEMI). Le traitement thrombolytique a échoué. Le premier jour, une ICP a été pratiquée sur l'artère coronaire droite à l'aide de l'insertion d'un ballonnet et d'une endoprothèse.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée

Situation : « Z » et dilatateur à ballonnet avec (insertion d'un) extenseur

Étendue : « 1 » (endovasculaire)

Inscrivez également le code suivant :

3.IP.10.^[^] *Radiographie, cœur avec artères coronaires* pour toute angiographie coronaire

Justification : L'attribut de situation « Z » est inscrit, car l'essai du traitement thrombolytique s'est produit avant l'ICP.

Exemple : M. B., un homme de 71 ans, a été amené par ambulance. Il souffre d'un infarctus aigu du myocarde et de la paroi inférieure avec élévation du segment ST (STEMI). Quatre-vingt-dix minutes après l'arrivée du patient à l'hôpital, l'ICP est pratiquée sur l'artère coronaire droite à l'aide de l'insertion d'un ballonnet et d'une endoprothèse.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée

Situation : « N » et dilatateur à ballonnet avec (insertion d'un) extenseur

Étendue : « 1 » (endovasculaire)

Inscrivez également le code suivant :

3.IP.10.^[^] *Radiographie, cœur avec artères coronaires* pour toute angiographie coronaire

Justification : L'attribut de situation « N » est inscrit, car l'ICP était la première forme de traitement pour traiter l'IM.

Reportez-vous également aux normes de codification *Interventions d'imagerie diagnostique*.

Des dispositifs de thrombectomie (p. ex. cathéter d'extraction Pronto, cathéter d'aspiration Export, cathéter Rescue) peuvent être utilisés dans les cas d'infarctus aigu du myocarde qui présentent un important thrombus. Le cathéter d'aspiration est conçu pour réduire le thrombus avant de procéder à l'angioplastie.

Actuellement, dans la CCI, le code 1.IJ.57.^[^] *Extraction, artères coronaires* s'applique à la thrombectomie des artères coronaires. Cette rubrique inclut la thrombectomie avec ou sans dilation (p. ex. angioplastie par ballonnet). Les règles de codification courantes imbriquées dans les classifications (c.-à-d. les remarques d'exclusion et d'inclusion) prévoient que lorsque ces deux interventions sont pratiquées simultanément, seule l'extraction est codifiée. L'attribut de situation permettant d'identifier l'ICP primaire n'existe toutefois pas dans la rubrique 1.IJ.57.^[^] *Extraction, artères coronaires*. Afin de s'assurer que l'information concernant l'angioplastie primaire n'est pas perdue, il faut choisir un code de la catégorie 1.IJ.50.^[^] *Dilatation, artères coronaires*. Cette mesure temporaire sera utilisée jusqu'à la publication de la version 2009 de la CCI, dans laquelle on aura apporté des changements au code 1.IJ.57.^[^].



Inscrivez deux codes lorsqu'une angioplastie coronaire et une thrombectomie ont été pratiquées au cours de la même intervention :

- 1.IJ.57.GQ.^[^] *Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée (intra-artérielle)*
 - Choisissez le qualificateur de dispositif approprié « FV » ou « OC » (utilisation d'un dispositif d'athérectomie) selon qu'il y a eu insertion d'une endoprothèse ou non.
- 1.IJ.50.^[^] *Dilatation, artères coronaires*
 - Choisissez le qualificateur approprié pour décrire l'angioplastie et l'attribut de situation « N » (Primaire) ou « Z » (Autre).
- Indiquez 1.IJ.57.GQ.^[^] comme l'intervention principale.

Remarque : Dans le cas présent, l'insertion d'une endoprothèse sera codifiée deux fois, c'est-à-dire sous les codes 1.IJ.57.GQ.^[^] et 1.IJ.50.^[^]. Cette directive s'applique aux ICP primaires et aux autres ICP (non primaires).

Exemple : **Diagnostic :** Infarctus aigu de la paroi inférieure du myocarde avec élévation du segment ST

Intervention : Angioplastie primaire de l'artère coronaire droite avec insertion d'une endoprothèse

Le patient a été amené immédiatement au laboratoire de cathétérisme où on a constaté qu'il présentait une lésion de l'artère coronaire droite qui a fait l'objet d'une angioplastie et de l'insertion d'une endoprothèse. Un fil-guide BMW a été utilisé pour passer à travers l'occlusion. Un ballonnet 3.0 a été utilisé pour prédilater la lésion.

Un cathéter Pronto a été utilisé pour aspirer le thrombus. La pré-dilatation s'est poursuivie avec un ballonnet 2.5. Une endoprothèse en métal nu a été utilisée.

1.IJ.57.GQ-OC

Étendue : « 1 »

Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée (intra-artérielle), utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse [stent, tuteur], sans utilisation de tissu

1.IJ.50.GQ-OA

Situation : « N »

Étendue : « 1 »

Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée et dilatateur à ballonnet avec (insertion d'un) extenseur (endovasculaire)

Inscrivez également le code suivant :

3.IP.10. ^^

Radiographie, cœur avec artères coronaires pour toute angiographie coronaire

Justification : Le patient a subi une angioplastie coronaire et une thrombectomie. Pour que l'information concernant l'angioplastie primaire ne soit pas perdue, les deux interventions doivent être codifiées.

Exemple : **Diagnostic :** Infarctus aigu de la paroi antérieure du myocarde sans élévation du segment ST

Intervention : Angioplastie coronarienne avec insertion d'une endoprothèse
Le patient a été transféré de l'Hôpital XYZ en urgence pour un cathétérisme cardiaque. Un thrombus obstruait proximale l'artère interventriculaire antérieure. Un fil Wisdom de 0,014 pouce a été utilisé pour passer à travers l'occlusion. Une première dilatation au ballonnet a légèrement rétabli le débit sanguin et a révélé un important thrombus dans l'artère interventriculaire antérieure. **Un cathéter d'aspiration Pronto a été passé à travers la région de l'occlusion plusieurs fois afin de réduire le thrombus.** Une endoprothèse a ensuite été insérée dans l'artère interventriculaire antérieure au moyen d'un tuteur d'élution de médicament Taxus (paclitaxel), puis une post-dilatation a été effectuée au moyen d'un ballonnet.

1.IJ.57.GQ-OC Extraction, artères coronaires, approche transluminale percutanée (intra-artérielle), utilisation d'un dispositif d'athérectomie avec insertion d'une endoprothèse [stent, tuteur], sans utilisation de tissu
Étendue : « 1 »

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée et dilatateur à ballonnet avec (insertion d'un extenseur (endovasculaire)
Situation : « Z »
Étendue : « 1 »

1.IL.35.HH-T9 Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, agent pharmacologique NCA, approche percutanée, pa perfusion

Inscrivez également le code suivant :

3.IP.10. ^^ *Radiographie, cœur avec artères coronaires* pour toute angiographie coronaire

Justification : Le patient a subi une angioplastie coronaire et une thrombectomie. Vous devez codifier les deux interventions afin vous assurer que l'information concernant l'angioplastie primaire ne soit pas perdue. Une endoprothèse a été insérée au moyen d'un tuteur d'élution; par conséquent, il faut aussi inscrire un code de la catégorie 1.IL.35.^^.

Traitement thrombolytique

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008

Les agents thrombolytiques transforment le plasminogène en plasmine, une enzyme active. La plasmine dégrade ensuite la fibrine contenue dans le caillot de sang, éliminant ainsi le caillot^{iv}.

Les agents thrombolytiques (parfois appelé traitement de reperfusion) comprennent entre-autres la streptokinase (Streptase[®]), l'altéplase ou les activateurs tissulaires du plasminogène [tPA] (Activase[®]), l'anistreplase (Eminase[®]), la rétaplase (Retavase[®]), l'urokinase ou l'activateur du plasminogène de type urokinase [uPA] (Abbokinase[®]) et la ténecteplase (TNKase[®]). Le but est d'obtenir une reperfusion par thrombolyse.

BS Il est obligatoire d'inscrire un code pour un traitement thrombolytique chaque fois qu'un tel traitement est administré.

S Lorsqu'un traitement thrombolytique est administré au service d'urgence ou avant l'arrivée au service d'urgence par le personnel paramédical, vous devez inscrire un code pour ce traitement thrombolytique sur l'abrégié du service d'urgence du SNISA.

B Il est obligatoire d'inscrire un code pour un traitement thrombolytique sur l'abrégié qui fait référence à la première partie de l'épisode d'hospitalisation actuel ininterrompu, même lorsque le traitement :

- est administré avant l'arrivée au service d'urgence (c.-à-d. les traitements administrés par le personnel paramédical);
- est administré au service d'urgence du même établissement;
- est administré à l'établissement de transfert;
- est en cours au moment de l'admission.

BS Classifiez l'administration d'un agent thrombolytique par infusion intraveineuse à l'aide du code 1.ZZ.35.HA-C1 *Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique.*

BS Classifiez l'injection d'un agent thrombolytique dans une artère, inscrivez un code de la rubrique 1.^^.35.^^. *Pharmacothérapie (locale), par site, c'est-à-dire :*

- 1.JW.35.HA-C1 *Pharmacothérapie (locale), vaisseaux intracrâniens, approche percutanée à l'aiguille (injection), utilisation d'un antithrombotique;*
- 1.IL.35.HA-C1 *Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), anticoagulant.*

Remarque : L'attribution d'un code au traitement thrombolytique sert à mettre en évidence une catégorie précise de patients (c.-à-d. ceux qui reçoivent un traitement thrombolytique) et non à connaître le nombre de traitements thrombolytiques administrés.

iv. American Heart Association, CPR Works. Internet : <<http://www.cprworks.com/thrombolytics.html#20>>.

Exemple : Un patient est admis avec une hémiparésie gauche, un trouble de l'élocution et une diminution de la mobilité faciale. Un diagnostic d'infarctus cérébral est posé, puis on lui administre immédiatement de la streptokinase.

1.ZZ.35.HA-C1 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique

Exemple : Un patient est admis au service d'urgence en raison d'un STEMI pour subir une ICP. Deux artères endommagées ont été dilatées et des endoprothèses y ont été insérées. Une injection intracoronarienne d'agents thrombolytiques a été pratiquée afin de dissoudre le caillot dans l'artère. Approche par l'artère fémorale et angiographie pratiquée.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée et dilatateur à ballonnet avec (insertion d'un) extenseur (endovasculaire)
Situation : « N »
Étendue : « 2 »

1.IL.35.HA-C1 Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), anticoagulant

3.IP.10.VX Radiographie, cœur avec artères coronaires, cathétérisme du cœur gauche avec radioscopie (fluoroscopie), approche (rétrograde) percutanée intraartérielle

Exemple : Un patient est admis à l'établissement A en raison d'un STEMI. On lui administre de la streptokinase au service d'urgence et le patient est ensuite admis à l'unité de soins intensifs. Par la suite, le patient est transféré à l'établissement B (établissement tertiaire), où un lit vient de se libérer.



1.ZZ.35.HA-CI Pharmacothérapie, corps entier, agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique]

Justification : L'établissement A codifie le traitement thrombolytique sur l'abrégié du service d'urgence du SNISA (si l'établissement soumet des données au SNISA) et sur l'abrégié de la BDCP. L'établissement B n'inscrit pas de code pour le traitement thrombolytique sur son abrégié de la BDCP.

De nombreux établissements au Canada ne soumettent pas de données au SNISA; par conséquent, afin de vous assurer que l'information concernant le traitement thrombolytique administré avant l'admission pour hospitalisation n'est pas perdue, vous devez l'inscrire sur l'abrégié de la première hospitalisation. Dans le cas présent, l'établissement A codifie le traitement thrombolytique sur l'abrégié de la BDCP. Il n'est donc pas nécessaire de le codifier une fois de plus sur l'abrégié de la BDCP de l'établissement B.

Exemple : Un patient est amené au service d'urgence de l'établissement A où il reçoit de la ténecteplase. Il est immédiatement transféré à l'établissement B et admis directement à l'unité de soins coronariens.



1.ZZ.35.HA-CI Pharmacothérapie, corps entier, agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique]

Justification : L'établissement A codifie le traitement thrombolytique sur l'abrégé du service d'urgence du SNISA (si l'établissement soumet des données au SNISA). L'établissement B DOIT inscrire un code pour l'administration de l'agent thrombolytique sur son abrégé de la BDCP.

De nombreux établissements au Canada ne soumettent pas de données au SNISA; par conséquent, afin de vous assurer que l'information concernant le traitement thrombolytique administré avant l'admission pour hospitalisation n'est pas perdue, vous devez l'inscrire sur l'abrégé de la première hospitalisation. Dans le cas présent, le premier abrégé de la BDCP est créé par l'établissement B; le traitement thrombolytique doit donc être codifié sur l'abrégé de la BDCP de ce même établissement.

Un patient souffrant d'un NSTEMI peut être soigné à l'aide d'agents antithrombotiques (p. ex. héparine) afin d'inhiber le processus de coagulation. La prise en charge médicale à la suite d'un infarctus du myocarde dans le but de prévenir d'autres accidents d'origine athérotrombotique peut comprendre les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire^v (p. ex. Plavix, Reopro, Integrillin), les inhibiteurs ECA et l'acide acétylsalicylique (AAS). Il est facultatif de saisir les renseignements sur la pharmacothérapie à l'aide d'agents antithrombotiques ou d'inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire.

v. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.

Exemple : Résumé de dossier : Un homme de 81 ans est admis avec un syndrome coronarien aigu. Il avait des douleurs thoraciques intermittentes depuis plusieurs jours précédent son admission. Le résultat de l'ECG présentait des changements latéraux de l'onde T semblables à ceux d'une ischémie en plus d'une élévation de la troponine T. Il a été admis à l'unité de soins intensifs avec un diagnostic de NSTEMI, puis il a été soigné à l'aide d'un traitement habituel aux bêtabloquants et au Lovenox par injection sous-cutanée, etc.

Remarque : Le Lovenox fait partie d'une catégorie d'agents antithrombotiques qui porte le nom d'héparine à faible poids moléculaire.

1.ZZ.35.HA-C1 Pharmaco-thérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un antithrombotique (facultatif)

Justification : Puisque le Lovenox est un agent antithrombotique, il est facultatif, dans ce cas, d'inscrire le code 1.ZZ.35.HA-C1. Seul le traitement thrombolytique est obligatoirement inscrit.

Infarctus aigu du myocarde comme complication d'une intervention chirurgicale et de la période périopératoire

En vigueur depuis 2007

Un infarctus aigu du myocarde n'est pas un trouble fonctionnel cardiaque. Il indique une zone localisée de nécrose ischémique du myocarde attribuable à une interruption de l'irrigation vasculaire de cette zone. Les codes de la CIM-10-CA sont propres au site et reflètent les zones où des lésions structurelles du muscle cardiaque se sont produites.

- B** Sélectionnez le code I21.- *Infarctus aigu du myocarde* comme type de diagnostic (2) lorsqu'il s'agit d'un infarctus du myocarde qui complique une intervention chirurgicale ou qui se produit dans la période postopératoire ou périopératoire immédiate (c'est-à-dire pendant que le patient se trouve en salle d'opération ou après sa sortie de cette salle et pendant la période de surveillance postopératoire de 96 heures).
- B** Il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3- à titre de type de diagnostic (3).
- B** Inscrivez un code de cause externe des catégories Y83 ou Y84 pour préciser le lien entre l'infarctus et l'intervention.

Remarque : N'inscrivez pas de code de la rubrique T80 à T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs* ou de la catégorie I97 *Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs*, puisqu'il est impossible de déterminer s'il s'agit d'une complication de l'intervention chirurgicale ou de l'évolution normale (possiblement accélérée) d'un processus morbide culminant en un accident soudain et aigu.

Exemple : M. T., un homme de 69 ans, a été amené à l'hôpital pour subir une réparation non urgente d'un anévrisme abdominal. Il a été examiné dans la salle de récupération après avoir été orienté en cardiologie pour subir une évaluation à la suite du sous-décalage du segment ST remarqué au cours de l'intervention. Rapport de consultation : La CK du patient était normal à 48, mais la troponine a augmenté à 0,16. Son ECG indique un rythme sinusal normal avec 70 battements/minute, avec inversions de l'onde T d'après les électrodes V2 à V5 et aVL. Aussi, les électrodes V1 et V6 signalent l'aplanissement de l'onde T. Impression : IM sans élévation du segment ST.



Diagnostic principal : IM sous-endocardique post-opératoire

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.49	(2)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)
Y83.2	(9)	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe

Exemple : Une patiente de 87 ans est admise pour subir une chirurgie. À la suite de l'intervention, elle a ressenti une pression désagréable dans la poitrine qui a persisté durant environ 2 heures. Depuis 20 ans, elle a des antécédents d'angine de poitrine stable. La troponine a connu une hausse par la suite pour atteindre un sommet de 0,16. Les électrodes latérales de l'ECG signalent des changements non spécifiques du segment ST. En raison de ce résultat, elle a été transférée à l'unité de soins coronariens avec un diagnostic de NSTEMI. Elle fut traitée avec héparine, AAS, Plavix, statine et nitro.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.49	(2)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)
Y83.9	(9)	Intervention chirurgicale, sans précision
1.ZZ.35.HA-C1		Pharmacothérapie, corps entier, agents du sang et des organes hématopoïétiques, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'un antithrombotique (facultatif)

Infarctus aigu du myocarde survenant durant la période postopératoire

En vigueur depuis 2007

- B** Lorsqu'un infarctus du myocarde se produit au cours de l'hospitalisation pendant la période postopératoire (soit plus de 96 heures suivant la fin de l'intervention chirurgicale), inscrivez un code de la catégorie I21.- *Infarctus aigu du myocarde* à titre de type de diagnostic (2).
- B** Il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3- à titre de type de diagnostic (3).
- B** Assurez-vous de ne pas attribuer de code de cause externe aux cas d'infarctus aigu du myocarde qui se produisent au cours de la période postopératoire à moins que le médecin ait précisé qu'il s'agissait d'une complication de l'intervention.

Exemple : **Rapport de consultation :** Le 10 septembre, un patient a été admis à l'hôpital pour une arthroplastie totale de la hanche. Antécédents médicaux de coronaropathie et d'IM antérieur. Le patient déclare qu'au cours des derniers jours, depuis son intervention, il ressentait une brûlure dans la poitrine lorsqu'il allait aux toilettes ou qu'il s'assoyait sur une chaise. Le 14 septembre, on a mesuré sa troponine qui se chiffrait à 0,05. Le 15 septembre, il a subi un épisode de tachycardie ventriculaire non soutenue. Le 16 septembre, la mesure de troponine était de 2,06. Aujourd'hui (17 septembre), elle se chiffre à 1,73. Le résultat de l'ECG précédent indiquait que les électrodes V3 à V6 signalaient des changements de l'onde T. Les ECG d'hier et d'aujourd'hui présentent des résultats normaux. Il a souffert d'un infarctus du myocarde postopératoire.



Notes d'évolution : NSTEMI – prise en charge médicale conforme au protocole de l'USC.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.49	(2)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)
Y83.6	(9)	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale)

Justification : La documentation du médecin sur les taux de troponine, les changements de l'onde T et les résultats des ECG qui sont revenus à la normale indique que ce patient a probablement subi un NSTEMI. Pour choisir le code R94.30 ou R94.31, le codificateur doit trouver des preuves écrites de STEMI ou de NSTEMI. Dans le cas présent, le diagnostic de NSTEMI était inscrit dans les notes d'évolution. La documentation sur le diagnostic d'infarctus du myocarde postopératoire confirme le diagnostic d'infarctus du myocarde. S'il n'y avait pas eu d'élévations du segment ST, l'infarctus du myocarde aurait été classé comme sous-endocardique et non transmural.

Exemple : Une femme de 79 ans a été admise en raison d'une chirurgie le 11 avril. Elle souffrait de plusieurs conditions qui compliquèrent son séjour à l'hôpital. Le 25 avril, elle a été examinée en cardiologie, car les résultats des électrodes V4 à V6 de l'ECG indiquaient des inversions de l'onde T et des dérivations latérales. La mesure de la troponine a également bondi pour atteindre 0,19. Le jour suivant, ce taux est resté stable, puis les résultats de l'ECG étaient redevenus normaux. Le cardiologue a inscrit NSTEMI au dossier. Le 27 avril, elle a subi une angiographie qui a révélé une coronaropathie de l'artère coronaire droite. De plus, 70 à 80 % de la partie moyenne de l'artère interventriculaire antérieure est endommagée. ICP et insertion d'endoprothèses à élution de médicaments réalisées.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.49	(2)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)
I25.10	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine

Angine de poitrine

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007

L'angine de poitrine (I20) est un syndrome clinique attribuable à une ischémie myocardique, et caractérisé par une gêne ou une pression précordiale, typiquement déclenché par l'effort et soulagé par le repos ou la prise de nitroglycérine sublinguale. L'angine instable se caractérise par une augmentation progressive des symptômes angineux, l'apparition d'une angine au repos ou d'une angine nocturne ou l'installation d'une angine de longue durée.

Reportez-vous également aux normes de codification *Cardiopathie ischémique chronique* et *Syndrome coronarien aigu*.



Classifiez l'angine comme type de diagnostic important (M), (1) ou (2) seulement lorsqu'elle est documentée comme étant présente pendant l'épisode de soins en cours.



Lorsqu'un patient est admis avec une angine qui évolue et devient un infarctus du myocarde au cours du même épisode de soins, inscrivez seulement un code d'infarctus du myocarde.



Lorsqu'un pontage aortocoronarien (PAC) est pratiqué, sélectionnez le code I25.1 *Cardiopathie artérioscléreuse* en tant que diagnostic principal.

Exemple : M^{me} M., qui souffre d'athérosclérose coronarienne connue, se présente au service d'urgence pour une angine de poitrine instable. Elle est ensuite admise et subit un pontage aortocoronarien (PAC). La patiente n'avait encore jamais subi une telle intervention.



Diagnostic principal : Coronaropathie avec angine de poitrine instable.

Intervention : PAC (x3)

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I25.10	(M)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I20.0	(1)	Angine de poitrine instable

Justification : Puisque l'angine de poitrine instable est survenue durant l'épisode de soins en cours et qu'elle était présente lors de l'admission, un type de diagnostic (1) lui est attribué.

Exemple : M. O. souffre depuis longtemps de coronaropathie avec angine de poitrine d'effort qui s'aggrave de plus en plus. Il est admis pour une ICP non urgente avec insertion d'une endoprothèse. Il ne souffre pas d'angine de poitrine pendant l'épisode de soins en cours.



Diagnostic principal : Coronaropathie avec antécédents d'angine de poitrine.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I25.10	(M)	PP	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I20.88	(3)	AP	Autres formes d'angine de poitrine (facultatif)

Justification : Le traitement visait à soigner la maladie sous-jacente. Bien que le patient ait subi un épisode d'angine de poitrine avant l'admission, il n'en a pas eu durant cet épisode de soins. Des antécédents d'angine de poitrine, sans aucun épisode documenté au cours du séjour du patient à l'hôpital, ne représente qu'un facteur de risque et peut être consigné, selon les exigences de l'établissement, comme un type de diagnostic (3)/autre problème.

Exemple : Un patient souffrant de coronaropathie connue est admis pour une angine de poitrine instable. L'état du patient est stabilisé, puis celui-ci est transféré vers un autre hôpital, pour subir une angiographie des artères coronaires et possiblement un pontage aortocoronarien (PAC).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I20.0	(M)	PP	Angine de poitrine instable
I25.10	(3)	AP	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine

Justification : Le traitement administré au premier établissement ne visait que l'angine de poitrine instable.

Cardiopathie ischémique chronique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2007

La cardiopathie ischémique chronique, également appelée cardiopathie artérioscléreuse, cardiopathie athéroscléreuse, coronaropathie ou athérosclérose coronarienne, correspond au code I25.1 *Cardiopathie artérioscléreuse*. Le code I25.0 *Athérosclérose cardiovasculaire, décrite ainsi* ne doit être utilisé que pour l'athérosclérose cardiovasculaire, si une telle affection est décrite par le médecin. Aux stades avancés de la maladie, la cardiopathie athéroscléreuse est souvent associée à une angine de poitrine ou à un infarctus aigu du myocarde.

Reportez-vous également aux normes de codification *Angine de poitrine* et *Syndrome coronarien aigu (SCA)*.

B Lorsqu'un patient admis avec un IAM subit un pontage aortocoronarien au cours de la même admission, inscrivez un code de la catégorie I25.1– *Cardiopathie artérioscléreuse* à titre de diagnostic principal et un code d'IM comme type de diagnostic (1).

Exemple : Le 17 août, le patient se présente au service d'urgence avec une douleur thoracique accablante et une douleur connexe à la mâchoire. À l'origine, les électrodes antérieure et inférieure de l'ECG indiquaient un sous-décalage. Par la suite, un léger bloc de branche et un sous-décalage du segment ST se sont manifestés. Troponine : 0,57; CK-MB : 5,5. Diagnostic : NSTEMI. Patient admis à l'USC, puis administration d'AAS, de Plavix, de bêtabloquants et d'ECA-I. Il a obtenu un rendez-vous le 18 août pour subir un cathétérisme cardiaque qui a révélé une coronaropathie grave de trois vaisseaux susceptible de faire l'objet d'un pontage. Le 19 août, le patient a subi un pontage. Il a reçu son congé le 27 août.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I25.10	(M)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I21.49	(1)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)

Justification : Dans ce cas, le pontage répond aux critères de diagnostic principal.

Interventions connexes

Dans la CCI, le **pontage aortocoronarien** (PAC) est classé sous la rubrique 1.IJ.76.^[^] *Pontage, artères coronaires*. Le qualificateur permet de désigner le tissu utilisé pour le pontage. La veine saphène est considérée comme un greffon libre, alors que l'artère mammaire interne est un greffon pédiculé. Lorsque les deux types d'autogreffes (pédiculées et libres) sont utilisés, sélectionnez le qualificateur des greffes combinées.

Codifiez le prélèvement du vaisseau utilisé lors du pontage (p. ex. veine saphène ou artère radiale) si une incision distincte est effectuée dans ce but.

Reportez-vous également à la norme de codification *Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction*.

Remarque : Il est obligatoire d'inscrire un attribut d'étendue pour connaître le nombre d'artères ayant subi un pontage.



Lorsque des dispositifs de circulation extracorporelle ou d'autotransfusion peropératoire sont utilisés ou si une endartériectomie est pratiquée avec un pontage aortocoronarien, inscrivez un code supplémentaire de la CCI pour indiquer ces interventions.

Le dispositif de circulation extracorporelle a une influence sur l'attribution aux groupes de maladies analogues (GMA +).

D'autres interventions comme l'hypothermie, la cardioplégie, la cardioversion, la pose d'électrodes ou d'un drain thoracique font partie intégrante du pontage aortocoronarien et n'ont pas besoin d'être codifiées séparément.

Exemple : Pontage par greffon de l'artère mammaire interne de l'artère antérieure ascendante gauche et pontage par greffon de la veine saphène de l'artère descendante postérieure proximale. Un appareil de circulation extracorporelle est utilisé et la cardioplégie est réalisée. Des électrodes épicaudiques sont posées et un drain thoracique inséré.

1.IJ.76.LA-XX-Q Étendue : « 2 »	Pontage, artères coronaires, approche ouverte (sternotomie), utilisation combinée de greffons (p. ex. greffon/lambeau pédiculé)
1.LZ.37.LA-GB	Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, approche (thorax) ouverte, dispositif de circulation extracorporelle (intra-opératoire)
1.KR.58.LA	Prélèvement, veines de la jambe NCA, approche ouverte

Justification : Il est obligatoire d'inscrire un code pour le dispositif de circulation extracorporelle. Quant aux électrodes et à l'intubation, il n'est pas obligatoire de les codifier.

Complications des pontages aortocoronariens (PAC)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006

Les complications des pontages aortocoronariens (PAC) qui peuvent apparaître après l'acte chirurgical incluent notamment l'hypertension postopératoire, les arythmies cardiaques, une hémorragie et une infection des plaies (de la plaie sternale ou de la zone de prélèvement, par exemple la jambe ou le bras). Les complications pouvant survenir à la suite de l'angioplastie coronaire par approche transluminale percutanée (ACTP) comprennent les arythmies cardiaques, une hémorragie au site de ponction et des réactions au produit de contraste. Un accident vasculaire cérébral (AVC) pourrait aussi survenir à la suite des deux types de procédures.

Reportez-vous également à la norme de codification *Conditions et complications postopératoires*.

Occlusion consécutive à un PAC

La réussite d'un pontage aortocoronarien (PAC) diffère selon que la revascularisation est pratiquée par une greffe de la veine saphène ou par une artère pédiculée. Les pontages par greffe de la veine saphène ont tendance à être affectés par une maladie occlusive. En effet, dans les 10 années suivant l'intervention, 50 % se sont refermées, principalement en raison de l'athérosclérose. En revanche, l'artère mammaire interne est moins affectée par l'athérosclérose et présente un taux de perméabilité de 90 % après 10 ans.

Différents états peuvent provoquer une occlusion de la greffe de la veine saphène :

- La thrombose est considérée comme un échec de la greffe dans le premier mois suivant l'intervention, mais elle peut se produire jusqu'à un an après celle-ci. La thrombose consécutive à une greffe est classifiée à T82.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* dans la CIM-10-CA;
- L'athérosclérose d'une greffe veineuse, peut se manifester dès la première année suivant la greffe, mais se développe totalement environ cinq années après la greffe. L'athérosclérose d'une greffe de la veine saphène est classifiée à I25.11 *Cardiopathie athéroscléreuse d'un pontage par greffon veineux autologue*^{vi}.

L'ICIS a fait appel à des spécialistes du domaine clinique pour obtenir des recommandations concernant la classification des occlusions de pontages aortocoronariens lorsque la documentation est ambiguë.

vi. Obi N. Nwasokwa, « *Coronary Artery Bypass Graft Disease* », *Annals of Internal Medicine*, Vol. 123, N° 7 (octobre 1995), p. 528-533.

- BS** Lorsque l'occlusion d'un pontage aortocoronarien (PAC) est attribuable à une thrombose ou lorsqu'elle survient dans le mois suivant l'intervention, inscrivez le code T82.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires.*
- BS** Lorsque l'occlusion d'un pontage aortocoronarien est attribuable à l'athérosclérose (ou un athérome) ou qu'elle survient dans l'année suivant l'intervention, inscrivez le code I25.1 *Cardiopathie artérioscléreuse.*
- BS** Lorsque la cause de l'occlusion d'un pontage aortocoronarien n'est pas mentionnée et que l'occlusion survient entre la période d'un mois à un an suivant l'intervention, demandez des explications au médecin.

Exemple : Un patient est admis pour l'occlusion d'un pontage aortocoronarien (PAC) par greffe de veine saphène. La greffe a été pratiquée environ six ans auparavant.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I25.11	(M)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un pontage par greffon veineux autologue

Exemple : Un patient est réadmis deux semaines après un PAC pour une thrombose dans la veine récemment greffée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T82.8	(M)	Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
Y83.2	(9)	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe

Arrêt cardiaque

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2008

BS Lorsque le médecin a écrit au dossier un diagnostic d'arrêt cardiaque, assignez les codes I46.0 *Arrêt cardiaque réanimé avec succès* ou I46.9 *Arrêt cardiaque, sans précision* lorsqu'une réanimation est pratiquée (peu importe le résultat) et que si l'arrêt cardiaque ne représente pas un état postopératoire.

BS Assignez le code I46.1 *Mort cardiaque subite, décrite ainsi* seulement si le médecin a précisément décrit ainsi le décès.

BS Lorsque l'arrêt cardiaque est un événement terminal prévu se produisant à l'hôpital et qu'aucune tentative de réanimation n'a été pratiquée, codifiez seulement l'état sous-jacent.

L'attribution des codes 1.HZ.30.^[^] *Réanimation, cœur NCA* et de 1.HZ.09.^[^] *Stimulation, cœur NCA* est obligatoire puisqu'ils sont inclus sur la liste des *Interventions signalées* figurant à l'annexe B.

Reportez-vous également à la norme de codification [Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP](#).

Exemple : Une femme de 80 ans appelle le 911. Lorsque l'équipe ambulancière arrive sur les lieux, elle trouve la femme sans signes vitaux. À l'hôpital, le médecin du service d'urgence déclare son décès et indique « mort cardiaque subite » sur le dossier du service d'urgence.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I46.1	PP	Mort cardiaque subite, décrite ainsi

Exemple : Un patient sidéen atteint d'aspergillose disséminée est en phase terminale. Son dossier comporte la mention « Ne pas réanimer ». Le médecin a indiqué au dossier que le patient a subi un arrêt cardiaque à 11 h 45, et que son décès a ensuite été constaté.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
B24	(M)	Immunodéficiences humaine virale (VIH)
B44.7	(1)	Aspergillose disséminée

Justification : L'arrêt cardiaque n'est pas codifié. Seule l'affection sous-jacente est codifiée.

Exemple : Un homme de 40 ans se présente au service d'urgence avec des douleurs thoraciques, puis il subit un arrêt cardiaque à l'urgence. Une RCR est initiée et permet de réanimer le patient, qui retrouve un rythme sinusal normal.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I46.0	PP	Arrêt cardiaque réanimé avec succès
1.HZ.30.JY		Réanimation, cœur NCA, avec compression manuelle externe et ventilation

Exemple : Une femme de 52 ans subit un arrêt cardiaque. Un code bleu est annoncé. Une RCR est initiée et le défibrillateur est utilisé. Les tentatives de réanimation sont ensuite arrêtées, et le décès de la patiente est constaté à 21 heures.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I46.9	(M)	Arrêt cardiaque, sans précision

1.HZ.09.JA-FS		Stimulation, cœur NCA, approche externe, utilisation d'un convertisseur/défibrillateur
---------------	--	--

Exemple : Un homme de 55 ans s'est effondré chez lui pendant qu'il pelletait la neige de son entrée de cour. Sa femme a appelé l'ambulance. Les ambulanciers ont trouvé le patient sans pouls. Une RCR est initiée et poursuivie tout le long du trajet vers le service d'urgence le plus près. Le patient est immédiatement transporté en salle de traumatologie pendant que le personnel paramédical poursuit la RCR. Le médecin examine le patient et constate son décès.



Diagnostic principal : Arrêt cardiaque.

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I46.9	PP	Arrêt cardiaque, sans précision

1.HZ.30.JY		Réanimation, cœur NCA, avec compression manuelle externe et ventilation
------------	--	---

Exemple : M^{me} J., une femme de 82 ans, a été trouvée par sa fille dans son appartement. Elle était étendue sur le sol à côté de son lit. La dernière fois que la femme a été vue par des personnes de son entourage était deux jours auparavant. Lorsque le personnel paramédical est arrivé, il a constaté que les pupilles de la dame étaient fixes et dilatées et elle n'avait aucun pouls. Aucune mesure de réanimation n'a été pratiquée. M^{me} J. a été transportée directement à la morgue de l'hôpital le plus près.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R98	PP	Décès sans témoin

Arrêt cardiaque comme complication d'un acte chirurgical

BS Lorsqu'un arrêt cardiaque se produit dans la période péri/postopératoire immédiate (que ce soit en salle d'opération ou d'intervention ou dans les 96 heures suivant la sortie du patient de la salle), suivant une chirurgie cardiaque ou non, sélectionnez le code T81.88 *Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs.*

BS Lorsque l'intitulé de code d'un état postopératoire ou d'une complication chirurgicale ou de soins médicaux ne décrit pas pleinement l'état (p. ex. arrêt cardiaque), utilisez un code supplémentaire, facultatif, en tant que diagnostic de type (3), afin de fournir des renseignements supplémentaires concernant la nature de l'état. Saisissez le code (communément appelé code « sandwich ») entre le code de la catégorie T et le code de cause externe.

Exemple : Une patiente est admise pour un remplacement de la valvule cardiaque par une valvule mécanique. Elle subit un arrêt cardiaque sur la table opératoire durant la chirurgie. Un massage cardiaque à cœur ouvert est pratiqué. Le chirurgien a documenté qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque peropératoire. Malheureusement, la patiente décède dans la salle d'opération.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T81.88	(2)	Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
I46.9	(3)	Arrêt cardiaque, sans précision (code « sandwich » suggéré)
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne
1.HU.90.LA-CF		Excision totale avec reconstruction, valvule mitrale, approche ouverte, avec valve mécanique
1.LZ.37.LA-GB		Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, approche (thorax) ouverte, dispositif de circulation extracorporelle
1.HZ.09.LA-CJ		Stimulation, cœur NCA, approche ouverte, massage manuel interne

Autres arrêts cardiaques postopératoires



Sélectionnez le code I97.8 *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs* s'il s'agit d'un arrêt cardiaque durant l'hospitalisation, avec ou sans réanimation réussie, survenant pendant la période suivant un acte à visée diagnostique et thérapeutique (une fois la période de surveillance postopératoire terminée, c'est-à-dire de 5 à 15 jours suivant l'intervention).



Enregistrez le code de cause externe approprié de la rubrique Y83 à Y84 si un lien définitif a été établi entre l'intervention réalisée et l'arrêt cardiaque. Le lien de causalité doit être consigné dans le dossier médical.



Ne codifiez pas les symptômes précédant un arrêt cardiaque (p. ex. hypotension, bradycardie, etc.).



N'utilisez pas un code de la catégorie I97 et le code T81.88 pour consigner le même arrêt cardiaque.

Exemple : Une patiente subit une intervention chirurgicale d'urgence. Le cinquième jour suivant l'opération, elle commence à souffrir de bradycardie, puis subit un arrêt cardiaque. Son dossier comporte la mention « Ne pas réanimer » (NPR). Elle s'éteint paisiblement à 10 h 43. Le médecin enregistre le décès comme « arrêt cardiaque postopératoire ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.8	(2)	Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
I46.9	(3)	Arrêt cardiaque, sans précision (code « sandwich » suggéré)
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne

Justification : Un code de cause externe est assigné puisque le médecin a consigné le décès comme état postopératoire.

Exemple : Un patient subit une néphrectomie partielle. Le huitième jour suivant l'intervention chirurgicale, il subit un arrêt cardiaque. Une réanimation cardio-respiratoire est pratiquée, puis le patient est admis à l'unité de soins spéciaux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.8	(2)	Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
I46.0	(3)	Arrêt cardiaque réanimé avec succès
1.HZ.30.JY		Réanimation, cœur NCA, avec compression manuelle externe et ventilation

Justification : Un code de cause externe n'est pas requis puisque l'arrêt cardiaque est survenu plus de 96 heures après l'intervention chirurgicale et qu'il n'y a aucun lien documenté entre la complication et l'intervention. Un code pour l'arrêt cardiaque peut être inscrit afin de fournir plus de détails (c.-à-d. code « sandwich »).

Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

L'information clinique se trouve à la section *Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)* de l'*annexe A*.

La présente norme de codification traite de la différence entre un épisode actuel d'AVC et un épisode pour le traitement des séquelles d'un AVC.

Épisode actuel d'AVC



Assignez le code de l'AVC actuel, pouvant être classifié sous les catégories I60 à I64 pendant l'épisode de soins initial relatif à cet accident. Cet épisode regroupe l'hospitalisation en soins de courte durée et tout transfert ultérieur pour rééducation dans un autre établissement afin de poursuivre le traitement des déficits neurologiques associés au cours de l'épisode de soins actuel ininterrompu.



Lorsqu'il est indiqué dans la documentation qu'il y a eu deuxième AVC ou extension d'un infarctus cérébral après l'admission, inscrivez un code des catégories I60 à I64 comme diagnostic de type (2).



Attribuez un code de cause externe à un AVC postopératoire lorsque :

- Cet état survient au cours de la période postopératoire immédiate ou de la période de surveillance postopératoire de 96 heures suivant la sortie du patient de la salle d'opération ou si le médecin consigne l'AVC en tant qu'état « postopératoire » ou « suivant un acte à visée diagnostique et thérapeutique ».

Remarque : Le type de diagnostic attribué à l'AVC actuel, pouvant être classifié sous les catégories I60 à I64, dépend des circonstances de l'épisode de soins.

Un accident vasculaire cérébral peut s'aggraver ou continuer de progresser pendant plusieurs heures, et même jusqu'à un jour ou deux, alors que la région de tissu cérébral meurt en s'élargissant de façon régulière (AVC en évolution). Lorsqu'un accident vasculaire cérébral est décrit comme étant « en évolution », il n'est pas nécessaire d'ajouter un code supplémentaire.

Remarque : S'il s'agit d'un AVC postopératoire, n'utilisez pas un code de la rubrique T80 à T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classés ailleurs* ni de la catégorie I97 *Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs* puisqu'il est impossible de déterminer s'il s'agit d'une complication de l'intervention chirurgicale ou de l'évolution normale d'un processus morbide culminant en un accident aigu et soudain.

Remarque : Lorsqu'un code de la rubrique I60 à I64 est enregistré dans un abrégé, le code G45.9 *Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision* n'est habituellement pas utilisé dans le même abrégé, sauf dans le cas d'épisodes distincts.

Exemple : Une personne est admise à l'urgence avec un infarctus cérébral.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I63.9	(M)	PP	Infarctus cérébral, sans précision

Exemple : La même personne est maintenant transférée des soins de courte durée vers la réadaptation afin de réapprendre les activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'améliorer son élocution. Les déficits sont une hémiplégie touchant l'hémisphère dominant et une aphasie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z50.8	(M)	Soins impliquant d'autres moyens de rééducation
I63.9	(3)	Infarctus cérébral, sans précision (pour l'infarctus cérébral qui s'est produit deux semaines auparavant)
G81.90	(1)	Hémiplégie de l'hémisphère dominant, sans précision
R47.0	(1)	Dysphasie et aphasie

Exemple : M^{me} B. est admise avec un infarctus cérébral causé par une embolie. Elle est vue par un cardiologue qui diagnostique de la fibrillation auriculaire. Des anticoagulants sont débutés. Elle reçoit des traitements intenses de physiothérapie pour son hémiplégie du côté gauche (la patiente est droitrière) Le dixième jour suivant son admission, elle subit un deuxième infarctus cérébral causé par une embolie des artères cérébrales.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I63.4	(M)	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
I48.0	(1)	Fibrillation auriculaire
G81.91	(1)	Hémiplégie de l'hémisphère non dominant, sans précision
I63.4	(2)	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales

Reportez-vous également à la norme de codification [Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral](#).

Séquelles de maladies cérébrovasculaires



Sélectionnez un code de la catégorie I69 *Séquelles de maladies cérébrovasculaires* pour classer les états de la rubrique I60 à I67 s'ils résultent d'une séquelle (déficit neurologique continu).



Lorsqu'il ne reste plus aucun déficit neurologique, assignez le code Z86.7 *Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire*, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Reportez-vous également à la norme de codification *Séquelles*.

Exemple : Six mois après un accident vasculaire cérébral, un patient est admis à l'hôpital avec une pneumonie d'aspiration consécutive à une dysphagie, qui est présente malgré les efforts de rééducation.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J69.0	(M)	Pneumopathie due à des aliments et des vomissements
R13.8	(3)	Dysphagie, autre et non précisée
I69.4	(3)	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

Exemple : Trois mois après un accident vasculaire cérébral, une patiente est admise à l'hôpital en raison d'une fracture de la hanche droite causée par un trébuchement à domicile. Cette patiente présente toujours une hémiparésie résiduelle. Elle est par la suite admise pour subir d'autres traitements et d'autres soins.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S72.090	(M)	PP	Fracture du col du fémur non précisée, fermée
W01	(9)	AP	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux-pas et trébuchement
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision
G81.99	(3)	AP	Hémiplégie (unilatérale) touchant un hémisphère non précisé, sans précision
I69.4	(3)	AP	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

Exemple : Un patient est admis en vue du traitement de crises d'épilepsie focales (crises partielles simples), un effet tardif de son accident vasculaire cérébral.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
G40.1	(M)	Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec crises partielles simples
I69.4	(3)	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

Interventions connexes

Lorsqu'un accident vasculaire cérébral est suspecté, une tomодensitométrie ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) peut être réalisée afin de déterminer si l'accident vasculaire cérébral est attribuable à un caillot sanguin ou à une hémorragie. Cette distinction est primordiale dans le choix de la thérapie.

Le traitement d'urgence d'un accident vasculaire cérébral attribuable à un caillot sanguin vise à dissoudre le caillot. Dans la CCI, « thrombolyse » est codifiée par 1.ZZ.35.HA-C1 *Pharmacothérapie, corps entier, agents du sang et des organes hématopoïétiques, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'un antithrombotique.*

Reportez-vous également à la norme de codification *Traitement thrombolytique.*

D'autres options de traitements-chocs comprennent :

L'angioplastie intracrânienne	1.JW.50.^	<i>Dilatation, vaisseaux intracrâniens;</i>
La thrombectomie intracrânienne	1.JW.57.^	<i>Extraction, vaisseaux intracrâniens;</i>
Le pontage, de vaisseaux IC à IC	1.JW.76.^	<i>Pontage, vaisseaux intracrâniens.</i>

Lorsque la cause de l'accident vasculaire cérébral est d'origine hémorragique, une évacuation peut être pratiquée (p. ex. 1.AA.52.^ *Drainage, méninges et duremère du cerveau).*

La CCI comporte un vaste nombre de codes d'évaluation et de traitement de réadaptation et d'affections professionnelles. Ces codes ne sont pas requis pour la collecte périodique des données. Par exemple, l'entraînement de la démarche est codifié par 1.VZ.02.^ *Exercice, jambe NCA* dans la CCI.

Syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires



Si un accident vasculaire cérébral est causé par un syndrome vasculaire, respectez la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque.

Lorsqu'un syndrome vasculaire est à l'origine d'un accident vasculaire cérébral, tous les codes de la rubrique I60 à I67† deviennent des codes à dague nécessitant la sélection d'un code à astérisque de la catégorie G46.-* *Syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires.*

Reportez-vous également à la norme de codification *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque.*

Exemple : Un accident vasculaire cérébral causé par une hémorragie du tronc cérébral entraîne le syndrome de Millard Gubler.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I61.3†	(M)	PP	Hémorragie intracérébrale du tronc cérébral
G46.3*	(3/6)	AP	Syndromes vasculaires du tronc cérébral (I60-I67†)

Justification : Le terme « syndrome de Millard Gubler » est inclus dans le code G46.3.

Maladie vasculaire périphérique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006

Le terme « maladie vasculaire périphérique » (ou artériopathie) n'est pas un terme précis. Toutefois, des études indiquent que ce terme est utilisé pour décrire l'athérosclérose des artères périphériques. L'ischémie des membres, les ulcères et la gangrène font partie des manifestations courantes observées dans l'athérosclérose avancée/occlusive. L'athérosclérose des artères périphériques est une complication fréquente du diabète sucré.

Reportez-vous également à la norme de codification *Diabète sucré*.



Classifiez le diagnostic « maladie vasculaire périphérique » par le code I70.2 *Athérosclérose des artères distales*, à moins que la documentation indique qu'un autre diagnostic était visé.

Remarque : La gangrène par athérosclérose est incluse dans le code I70.2.

Exemple : M. P., 65 ans, se présente à l'hôpital pour une artériographie non urgente des membres inférieurs. Il souffre de douleurs gênantes dans sa cuisse provoquée par des crampes et il a remarqué que ses symptômes se déclenchent en marchant et s'atténuent au repos. Il présente des antécédents d'hypertension et aucun antécédent de diabète. Le médecin consigne le diagnostic comme « MVP » (maladie vasculaire périphérique). L'artériographie révèle des occlusions dans l'artère fémorale gauche.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I70.2	(M)	PP	Athérosclérose des artères distales

Exception : La maladie vasculaire périphérique sans gangrène chez un patient diabétique est classée dans la catégorie E10 à E14 avec les quatrième et cinquième chiffres .50 et le code à astérisque I79.2* *Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*.

La maladie vasculaire périphérique avec gangrène chez un patient diabétique est classée dans la catégorie E10 à E14 avec les quatrième et cinquième chiffres .51 et le code à astérisque I79.2* *Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*.

Suivez les indications en cherchant dans l'index alphabétique sous *Angiopathie, périphérique, diabétique*.

Exemple : Un patient atteint du diabète de type 2 est admis pour traiter sa maladie vasculaire périphérique (MVP). Il subit une angioplastie de l'artère iliaque avec insertion d'une endoprothèse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
E11.50†	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec angiopathie périphérique
I79.2*	(6)	AP	Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs

Interventions connexes

Une **angioplastie transluminale percutanée (ATP)** avec ou sans insertion d'une endoprothèse est classifiée sous « dilatation », par site. La codification des artériographies effectuées avec l'angioplastie est facultative.

L'**endartériectomie** est parfois pratiquée localement pour accroître le débit et est classifiée sous « extraction », par site.

Un **pontage** avec greffe peut également être pratiqué afin de revasculariser un membre. Si une artère subit un pontage, elle est codifiée par rapport au site anatomique d'origine. Le site de fin de la greffe est représenté par le qualificateur du code.

Consultez aussi la norme de codification *Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction*.

Exemple : Pontage aorto-fémoral utilisant la veine saphène (site d'origine : l'aorte).

1.KA.76.MZ-XX-A	Pontage, aorte abdominale, pontage se terminant dans les vaisseaux des membres inférieurs (p. ex. iliaque, fémoral, poplité, tibial), autogreffe (p. ex. veine saphène)
1.KR.58.LA	Prélèvement, veines de la jambe NCA, approche ouverte

L'**amputation** (93) peut être pratiquée si les tentatives de revascularisation échouent. L'intervention est classée comme une « amputation » lorsque l'incision est pratiquée à travers l'os et comme une « désarticulation » si l'incision est pratiquée à travers l'articulation.

Le parage (débridement) de l'os pratiqué sur le site d'une amputation antérieure est codifié comme une amputation du même site, avec l'attribut de situation « R », pour reprise.

Anévrismes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Un anévrisme est caractérisé par une dilatation localisée anormale dans la paroi d'un vaisseau sanguin, ce qui provoque un élargissement ou un ballonnement du vaisseau sanguin atteint, habituellement une artère, en raison d'une anomalie, d'une affection ou d'un traumatisme.

Les anévrismes peuvent être traités chirurgicalement par l'une des cinq interventions suivantes :

1. Réparation (renforcement de la paroi d'anévrisme) — Réparation (80);
2. Réparation avec insertion d'un greffon — Réparation (80);
3. Résection avec remplacement par une greffe — Excision, partielle (87);
4. Clip et utilisation de spirales (démontables) — Occlusion (51);
5. Filippaction ou cerclage avec un fil — Destruction (59);

B Lorsqu'un anévrisme aortique est incisé et qu'une greffe tubulaire ou bifurquée en Dacron (ou autre) est insérée dans le vaisseau, puis recouverte de la poche anévrismale résiduelle (anévrismorrhaphie), choisissez le code de la CCI indiquant « réparation avec insertion de greffe » parmi les suivants :

- 1.KA.80.^.^ Réparation, aorte abdominale;
- 1.ID.80.^.^ Réparation, aorte NCA;
- 1.IC.80.^.^ Réparation, aorte thoracique (descendante), à un autre site, selon l'emplacement du greffon ou de l'anévrisme.

Exemple : Un patient est admis pour un anévrisme de l'aorte abdominale. Une réparation est réalisée en ouvrant la poche anévrismale et en implantant une greffe prothétique en Dacron à la position appropriée dans l'aorte. La paroi de l'anévrisme est suturée afin de protéger la greffe.

1.KA.80.LA-XX-N Réparation, aorte abdominale, approche ouverte avec matériau synthétique (p. ex. feutre téflon, Dacron, nylon, orlon)

B Lorsqu'un anévrisme aortique est excisé et que le segment aortique est remplacé par une greffe tubulaire ou bifurquée en Dacron (ou autre) (anévrismectomie), inscrivez le code de la CCI approprié correspondant à « excision partielle du segment aortique avec remplacement par greffe » parmi les suivants :

- 1.KA.87.^.^ Excision partielle, aorte abdominale;
- 1.ID.87.^.^ Excision partielle, aorte NCA;
- 1.IC.87.^.^ Excision partielle, aorte thoracique (descendante), selon l'emplacement de la greffe ou de l'anévrisme.

Exemple : Un patient se présente à l'hôpital en vue de subir une réparation non urgente d'un anévrisme aortique thoraco-abdominal. L'anévrisme est excisé et une greffe synthétique est implantée afin de remplacer le segment excisé de l'aorte thoraco-abdominale.

1.ID.87.LA-XX-N Excision partielle, aorte NCA, approche ouverte (aorte SAI), matériel synthétique



Lorsque les anévrismes des artères cérébrales et précérébrales sont traités chirurgicalement par clip (clippage) ou clampage, sélectionnez le terme générique de la CCI « occlusion » (51) correspondant à l'intervention.

Les clips sont appliqués à l'extérieur de l'artère pour la clamer. Les spirales sont insérées à l'intérieur de l'artère pour occlure l'artère. L'attribut d'étendue obligatoire s'applique au nombre de spirales déployées au cours d'une occlusion et ne s'applique qu'aux deux codes suivants : 1.JE.51.GQ-GE *Occlusion, artère carotide, approche transluminale percutanée et spirales (détachables)* et 1.JE.51.LA-GE *Occlusion, artère carotide, approche ouverte et spirales (détachables)*. Lorsque l'occlusion de l'artère carotide est pratiquée au moyen d'une technique ou un appareil autre que l'utilisation de spirales, sélectionnez « 0 ».

Exemple : Un patient de 45 ans est admis avec de l'épistaxis. Les examens radiologiques révèlent un anévrisme de l'artère carotide externe. Le patient est conduit à la salle d'opération pour clippage de l'anévrisme.

1.JE.51.LA-FF Occlusion, artère carotide, approche ouverte et agrafe
Étendue : « 0 »

Fibrillation auriculaire postopératoire

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2006

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère tous les états classés dans les catégories I44.- à I50.- sont des troubles fonctionnels du cœur. Le terme « fonctionnel » figure parfois entre parenthèses, car il est considéré comme un modificateur non essentiel selon la convention de codification de la CIM-10. La fibrillation auriculaire postopératoire est considérée comme un « trouble fonctionnel » du cœur.

Consultez également la norme de codification *Conditions et complications postopératoires*.

- B** Lorsque la fibrillation auriculaire survient à la suite d'une chirurgie à cœur ouvert, et :
- Elle est une complication de l'opération (c.-à-d. qu'elle survient dans les 96 heures suivant l'intervention);
 - Elle se manifeste dans la période postopératoire (c.-à-d. qu'elle survient après 96 heures jusqu'à 15 jours suivant la sortie du patient de la salle);
 - Le médecin a précisé qu'elle est causée par une intervention cardiaque.
- Assignez :
- I97.1 *Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque*
 - I48.0 *Fibrillation auriculaire*
- B** Il n'y a aucune limite de temps spécifiée pour l'utilisation du code I97.1 *Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque*. Il peut être utilisé si la fibrillation auriculaire se produit dans la période postopératoire immédiate (dans les 96 heures qui suivent l'acte chirurgical) ou plus tard après l'opération cardiaque.
- B** Lorsque la fibrillation auriculaire survient dans les 96 heures suivant une opération à cœur ouvert ou si la fibrillation auriculaire est consignée comme se produisant à cause de l'intervention à cœur ouvert, inscrivez un code de la catégorie Y83.- *Opération et autre acte chirurgical à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention*.

Les codes de cause externe ne sont pas requis lorsqu'une condition se manifeste plus de 96 heures après que le patient a quitté la salle d'opération et que la documentation au dossier ne montre pas de lien entre cette complication et l'acte chirurgical. Vous ne pouvez pas présumer que cette condition est **attribuable** à l'acte chirurgical. Le dossier médical doit contenir des données établissant un lien de causalité.

Reportez-vous également à la norme de codification *Conditions et complications postopératoires*.

Exemple : M. A. F. est admis pour un pontage aortocoronarien. Vingt-quatre heures après l'intervention, il développe de la fibrillation auriculaire. On le garde à l'USI deux jours supplémentaires à cause de la fibrillation auriculaire.

B	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	I97.1	(2)	Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque
	I48.0	(3)	Fibrillation auriculaire
	Y83.2	(9)	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe

Exemple : Un patient est admis pour un pontage aortocoronarien. La cinquième journée suivant l'intervention, il développe de la fibrillation auriculaire. Pour cette raison, on le garde à l'hôpital encore deux jours supplémentaires.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.1	(2)	Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque
I48.0	(3)	Fibrillation auriculaire

Exemple : Un patient souffrant de fibrillation auriculaire connue est admis pour un pontage aortocoronarien. À la suite de cette intervention, il subit un épisode de fibrillation auriculaire et est gardé sous surveillance à l'USC.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I48.0	(1)	Fibrillation auriculaire

Justification : Puisque la fibrillation auriculaire était connue avant l'intervention chirurgicale, cet état n'est pas enregistré comme complication de l'intervention, et aucun code postopératoire de la catégorie I, T ou Y ne doit être assigné.



Lorsque la fibrillation auriculaire se produit à la suite d'une intervention chirurgicale non cardiaque et :

- Elle se produit comme complication de l'intervention (c.-à-d. survient dans les 96 heures suivant l'opération);
- Elle se manifeste pendant la période postopératoire (c.-à-d. après 96 heures et jusqu'à 15 jours suivant la sortie du patient de la salle);
- Le médecin précise qu'elle résulte de l'intervention.

Assignez :

- I97.8 *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs*
- I48.0 *Fibrillation auriculaire*



Lorsque la fibrillation auriculaire survient dans les 96 heures suivant une intervention ou si la fibrillation auriculaire est consignée comme étant une complication de l'intervention, choisissez le code Y83 *Opération et autre acte chirurgical à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention.*

L'information clinique se trouve à la section *Fibrillation auriculaire* de l'*annexe A*.

Exemple : Une patiente est admise pour un remplacement de la hanche. La cinquième journée suivant l'intervention, le médecin a consigné dans le dossier que la patiente « à développé de la fibrillation auriculaire postopératoire ». Elle a été vue par un cardiologue et un traitement antiarythmique est débuté.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.8	(2)	Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
I48.0	(3)	Fibrillation auriculaire
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne

Exemple : Cette patiente est admise pour une splénectomie. La cinquième journée suivant l'intervention, elle développe de la fibrillation auriculaire. Le dossier médical ne contenait aucune donnée établissant un lien entre la complication et la chirurgie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.8	(2)	Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
I48.0	(3)	Fibrillation auriculaire

Justification : Aucun code de cause externe n'est requis puisqu'il n'y a pas de notes du médecin qui établi un lien entre la fibrillation auriculaire et la chirurgie.

Interventions connexes

La fibrillation et le flutter auriculaires sont habituellement traités à l'aide de médicaments et/ou d'électrochocs (cardioversion). Dans certains cas, l'ablation d'une petite partie du cœur, l'implantation d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur à synchronisation automatique ou une chirurgie selon la méthode du labyrinthe est requise.

Lorsque le rythme cardiaque ne peut être contrôlé rapidement, une cardioversion électrique peut être utilisée. La cardioversion ou électrochoc de la paroi thoracique, est généralement pratiquée dans les situations d'urgence. Un dispositif interrompt brièvement l'activité cardiaque et lui permet de reprendre un rythme normal.

Dans la CCI, la cardioversion est classée sous l'intervention générique « stimulation ». Le code doit être sélectionné sous la rubrique 1.HZ.09.^.^ *Stimulation, cœur NCA*.

Reportez-vous également à la norme de codification *Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP* et à l'*annexe B – Interventions signalées*.

L'ablation interrompt les impulsions électriques anormales qui provoquent l'arythmie. Elle peut être pratiquée par cathétérisme percutané selon l'approche endoscopique (thoracoscopique) ou par chirurgie ouverte. L'ablation par cathéter de radiofréquence réalisée dans un laboratoire de cathétérisme cardiaque peut guérir le flutter auriculaire et contrôler le rythme cardiaque dans la fibrillation auriculaire. Cette intervention est codifiée à 1.HH.59.^.^ *Destruction, système de conduction cardiaque*. Le cathétérisme cardiaque est saisi en tant qu'approche par le qualificateur 1.

Reportez-vous également à la norme de codification *Interventions d'imagerie diagnostique*.

Insuffisance cardiaque postopératoire

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006

Insuffisance cardiaque comme complication d'une intervention chirurgicale

BS Inscrivez le code T81.88 *Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs* s'il s'agit d'une insuffisance cardiaque établie (cardiaque ou cardiorespiratoire) en tant que complication précoce d'une intervention chirurgicale (c.-à-d. lorsque le patient se trouve en salle d'opération ou pendant la période de surveillance de 96 heures suivant la sortie du patient de la salle d'opération ou d'intervention).

BS Lorsque l'insuffisance cardiaque se produit dans les 96 heures suivant l'intervention, inscrivez un code de la catégorie Y83 *Opération et autre acte chirurgical à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention*.

Reportez-vous également à la norme de codification *Conditions et complications postopératoires*.

Exemple : À la suite d'un acte chirurgical, une patiente est amenée en unité de soins intensifs en vue d'une surveillance postopératoire. Elle commence à souffrir d'insuffisance cardiaque congestive au cours des premières 24 heures.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T81.88	(2)	Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
I50.0	(3)	Insuffisance cardiaque congestive
Y83.9	(9)	Intervention chirurgicale, sans précision (code obligatoire)

Justification : Les données du dossier médical démontrent la relation de causalité.

État postopératoire

B Lorsque l'insuffisance cardiaque se manifeste pendant la période postopératoire (plus de 96 heures, mais moins de 15 jours après l'intervention) d'une opération à cœur ouvert OU si cette l'insuffisance cardiaque survient 15 jours après l'opération et est spécifiée par le médecin comme étant causée par l'intervention cardiaque, utilisez les codes suivants :

- I97.1 *Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque;*
- I50.- *Insuffisance cardiaque.*

B Lorsque l'insuffisance cardiaque se produit dans la période postopératoire (plus de 96 heures, mais moins de 15 jours après l'intervention) d'une intervention non classée comme cardiaque, utilisez les codes suivants :

- I97.8 *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs;*
- I50.- *Insuffisance cardiaque.*

B N'inscrivez pas de code de cause externe si l'insuffisance cardiaque a lieu plus de 96 heures après l'intervention, à moins que le médecin indique dans le dossier du patient que cet état est postopératoire ou suivant un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

B Assurez-vous que les codes T81.88 et I97.1 ou I97.8 ne sont jamais utilisés conjointement dans un abrégé pour décrire la même condition.

Exemple : M^{me} Z., une femme de 52 ans, subit une résection cunéiforme du poumon à la suite d'une affection maligne. Son évolution postopératoire se complique d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive postchirurgicale le sixième jour suivant l'opération (le médecin a établi un lien de causalité entre l'insuffisance cardiaque congestive et l'intervention chirurgicale).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.8	(2)	Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
I50.9	(3)	Insuffisance cardiaque, sans précision
Y83.6	(9)	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Un code de cause externe est requis chaque fois que le médecin établit un lien de causalité entre la complication et l'intervention.

Exemple : M^{me} B., une femme de 65 ans présentant une fracture de la diaphyse du fémur gauche à la suite d'une chute sur la glace est traitée par chirurgie avec une réduction ouverte et une fixation interne. Son évolution postopératoire est non-contributive, à l'exception d'un épisode d'insuffisance cardiaque congestive se produisant au huitième jour de son séjour. Le Lasix est ajouté à son traitement (aucun lien de causalité n'est établi entre la complication et l'opération).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.8	(2)	Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
I50.0	(3)	Insuffisance cardiaque congestive

Justification : Un code de cause externe n'est pas requis pour l'insuffisance cardiaque qui survient 96 heures suivant l'intervention sans documentation par le médecin.

Exemple : Un patient subit une transplantation rein-pancréas et séjourne à l'hôpital pendant 28 jours au total en raison de multiples complications. Une des complications est une insuffisance cardiaque congestive survenant le 21^e jour suivant son admission pour laquelle un traitement et une consultation sont requis. Le médecin n'établit pas de lien de causalité entre l'insuffisance cardiaque congestive et la transplantation.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I50.0	(2)	Insuffisance cardiaque congestive

Justification : L'insuffisance cardiaque congestive n'est pas survenue dans la période postopératoire et la documentation n'établit pas de lien entre cet état et la transplantation.

Exemple : M. F., 72 ans, se présente à l'hôpital en vue du traitement de son insuffisance cardiaque. Le médecin consigne que cet état est survenu à plusieurs reprises depuis que le patient a été opéré trois ans auparavant en vue du remplacement d'une valvule pour traiter une endocardite rhumatismale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.1	(M)	Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque
I50.9	(3)	Insuffisance cardiaque, sans précision
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention (code obligatoire)
Z95.2	(3)	Présence de prothèse d'une valvule cardiaque (code facultatif, à utiliser selon le souhait de l'établissement)

Justification : Un code de cause externe doit être utilisé puisque l'insuffisance cardiaque est documentée comme un effet à long terme due à la présence de la prothèse cardiaque.

Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire

L'information clinique se trouve à la section *Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte* de l'*annexe A*.

Pneumopathie lobaire

En vigueur depuis 2006



Lorsqu'un diagnostic de pneumonie est enregistré par le médecin, sans précision sur le micro-organisme, et que les rapports de radiologie font état de la consolidation d'un lobe, inscrivez le code J18.1 *Pneumopathie lobaire, sans précision*.



Lorsqu'un micro-organisme précis est identifié comme étant responsable de la pneumonie, optez pour le code du type de pneumonie due à ce micro-organisme.

L'information clinique se trouve à la section *Pneumonie lobaire* de l'*annexe A*.

Lorsque le médecin a consigné un diagnostic de pneumonie au dossier du patient, les rapports de radiologie peuvent être utilisés pour apporter plus de précision. Consultez également la norme de codification *Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification*.

Lorsque le dossier indique que le patient a contracté une pneumonie du lobe inférieur du poumon droit, on ne peut présumer qu'il s'agit d'une pneumopathie lobaire, à moins que les notes du médecin ou les radiographies démontrent CLAIEMENT que le lobe ENTIER est atteint. Ce diagnostic peut simplement signifier que seul une partie ou un segment du lobe inférieur est infecté. Les termes tels que « catarrhale », « confluyente », « diffuse », « disséminée (focale) », « lobulaire (segmentaire) » et « parcellaire » sont tous des indicateurs d'une bronchopneumopathie (J18.0) sous le terme « pneumonie » dans l'index alphabétique. Quant aux termes « apicale », « basilaire » et « massive », ils réfèrent à une pneumopathie lobaire (J18.1).

Lorsque la documentation ne précise pas le micro-organisme et qu'aucun diagnostic de pneumopathie lobaire ni de bronchopneumopathie n'est posé, choisissez le code J18.9 *Pneumopathie, sans précision*.

Exemple : Un homme de 28 ans est admis en raison d'une douleur thoracique et le diagnostic au départ est une pneumonie. Le patient fume de un à deux paquets de cigarettes par jour. Le tomodensitogramme des poumons révèle une consolidation complète du lobe inférieur du poumon gauche ainsi qu'une consolidation et un collapsus partiel du lobe inférieur du poumon droit.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.1	(M)	PP	Pneumopathie lobaire, sans précision

Exemple : Un patient âgé souffrant d'une fièvre, de frissons et de dyspnée est transféré depuis une maison de retraite. Une radiographie révèle une consolidation complète du lobe inférieur du poumon gauche. Des cultures d'expectoration sont réalisées et le médecin inscrit au dossier du patient le diagnostic de pneumonie à pneumocoques.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J13	(M)	PP	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>

Exemple : Un patient âgé souffrant d'une fièvre, de frissons et de dyspnée est transféré depuis une maison de retraite. Une radiographie révèle une consolidation complète du lobe inférieur du poumon gauche. Des cultures d'expectoration signalent la forte croissance d'un pneumocoque. Les notes du médecin ne font pas mention des résultats de culture.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.1	(M)	PP	Pneumopathie lobaire, sans précision

Justification : Contrairement à la plupart des rapports de laboratoire, un rapport de radiologie contient l'interprétation d'un médecin. Les résultats de microbiologie peuvent recevoir diverses interprétations en raison de facteurs comme la source de l'échantillon, la méthode de prélèvement, l'entreposage de l'échantillon, l'intervalle entre le prélèvement et l'analyse, la densité (dans le cas de l'urine), etc. L'interprétation des résultats par un médecin est nécessaire.

Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2008



Lorsqu'un patient souffrant de MPOC contracte une pneumonie ou toute autre infection aiguë des voies respiratoires inférieures et qu'il s'agit de la principale raison de l'hospitalisation, inscrivez le code J44.0 *Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures*.



Lorsque l'infection correspond à une affection significative à part entière, telle qu'une pneumonie, une bronchite aiguë ou une bronchiolite aiguë, vous devez attribuer un code supplémentaire, comme diagnostic de comorbidité/autre problème, pour préciser le type d'infection.



Placez le code de la MPOC en première position.

Exception : Lorsque le patient souffre d'une pneumonie, de MPOC et de septicémie, la pneumonie est codifiée à J17.0 *Pneumopathie au cours de maladies bactériennes classées ailleurs*, comme diagnostic de type (3) ou (6), car il s'agit d'un code à astérisque lié à la septicémie. Le classement du code de la MPOC (J44.0) dépend des circonstances. Reportez-vous également aux normes de codification *Septicémie* et *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*.

Les patients souffrant de MPOC présentent généralement un risque élevé de pneumonie. Lorsqu'une personne souffrant de MPOC attrape un rhume, ce dernier peut évoluer en bronchite ou en pneumonie. L'infection peut endommager les muqueuses des bronches, et créer ainsi un milieu propice à la prolifération des bactéries.

Exemple : Un homme de 68 ans souffrant d'une MPOC grave a attrapé un rhume. Il était traité par son médecin de famille pour un épisode aigu de MPOC. Son état s'est aggravé et il a été amené à l'urgence. Une radiographie thoracique met en évidence une pneumonie. Il est ensuite admis pour le traitement de l'épisode aigu de MPOC et de la pneumonie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J44.0	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J18.9	(1)	AP	Pneumopathie, sans précision

Exemple : Un patient provenant d'un centre de soins infirmiers se présente à l'urgence avec une pneumonie d'aspiration. Il a des antécédents de MPOC de longue date.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J69.0	PP	Pneumopathie due à des aliments et des vomissements
J44.9	AP	Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision

Justification : Les directives ci-dessus ne s'appliquent pas au présent cas, car la pneumonie d'aspiration n'est pas classifiée comme une exacerbation aiguë de la MPOC (J44.0).

Exemple : Une femme souffrant de MPOC est admise et traitée aux antibiotiques pour une pneumonie à streptocoques. Elle reçoit également de l'oxygène et sa posologie de corticostéroïdes est ajustée pour traiter l'affection obstructive des voies aériennes.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J44.0	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J13	(1)	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>

Exemple : Une femme souffrant de MPOC est admise et traitée aux antibiotiques pour une bronchite aiguë.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J44.0	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J20.9	(1)	Bronchite aiguë, sans précision

Exemple : Un diagnostic final d'exacerbation aiguë de MPOC. est posé. Le médecin documente, également que le patient a une bronchite chronique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J44.1	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision

Justification : Le code J44.0 n'est pas utilisé dans le présent exemple, car on ne peut présumer que l'exacerbation aiguë chez un patient souffrant d'une bronchite chronique obstructive est le résultat d'une bronchite aiguë. Suivez les directives de l'index alphabétique pour les termes *bronchite*, *chronique* et *obstructive* qui mènent au code J44.8. Ce code n'est pas utilisé en raison des remarques d'exclusion « avec exacerbation aiguë ».

Asthme

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2005, 2006

BS Classifiez les cas d'asthme ayant débuté pendant l'enfance (habituellement jusqu'à l'âge de 16 ans) à la rubrique J45.0– *Asthme à prédominance allergique*, à moins d'indication contraire du médecin.

Remarque : Assurez-vous que l'asthme n'est pas enregistré comme comorbidité après l'admission, diagnostic de type (2).

L'information clinique se trouve à la section *Asthme* de l'*annexe A*.

Exemple : Un jeune de 14 ans est transporté à l'hôpital souffrant d'une crise d'asthme. Un traitement bronchodilatateur lui est administré.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J45.00	(M)	PP	Asthme à prédominance allergique sans état de mal asthmatique mentionné

Exemple : Un jeune homme de 18 ans est transporté à l'hôpital souffrant d'une crise d'asthme. Un traitement bronchodilatateur lui est administré. Son dossier indique que le jeune homme souffre d'asthme depuis son enfance.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J45.00	(M)	PP	Asthme à prédominance allergique sans état de mal asthmatique mentionné

Remarque : Cette norme de codification doit être suivie chaque fois que l'asthme est documenté comme ayant débuté pendant l'enfance. Cette directive s'applique aux adultes qui souffrent d'asthme chronique depuis l'enfance et qui se présentent pour le traitement d'une crise d'asthme.

Exemple : Un jeune homme de 19 ans est transporté à l'hôpital avec une respiration sifflante et un essoufflement. Le jeune homme n'a pas d'antécédents d'asthme. Un traitement avec bronchodilatateurs lui est administré. Un diagnostic d'asthme est noté au dossier.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J45.90	(M)	PP	Asthme, sans précision, sans état de mal asthmatique mentionné

État de mal asthmatique

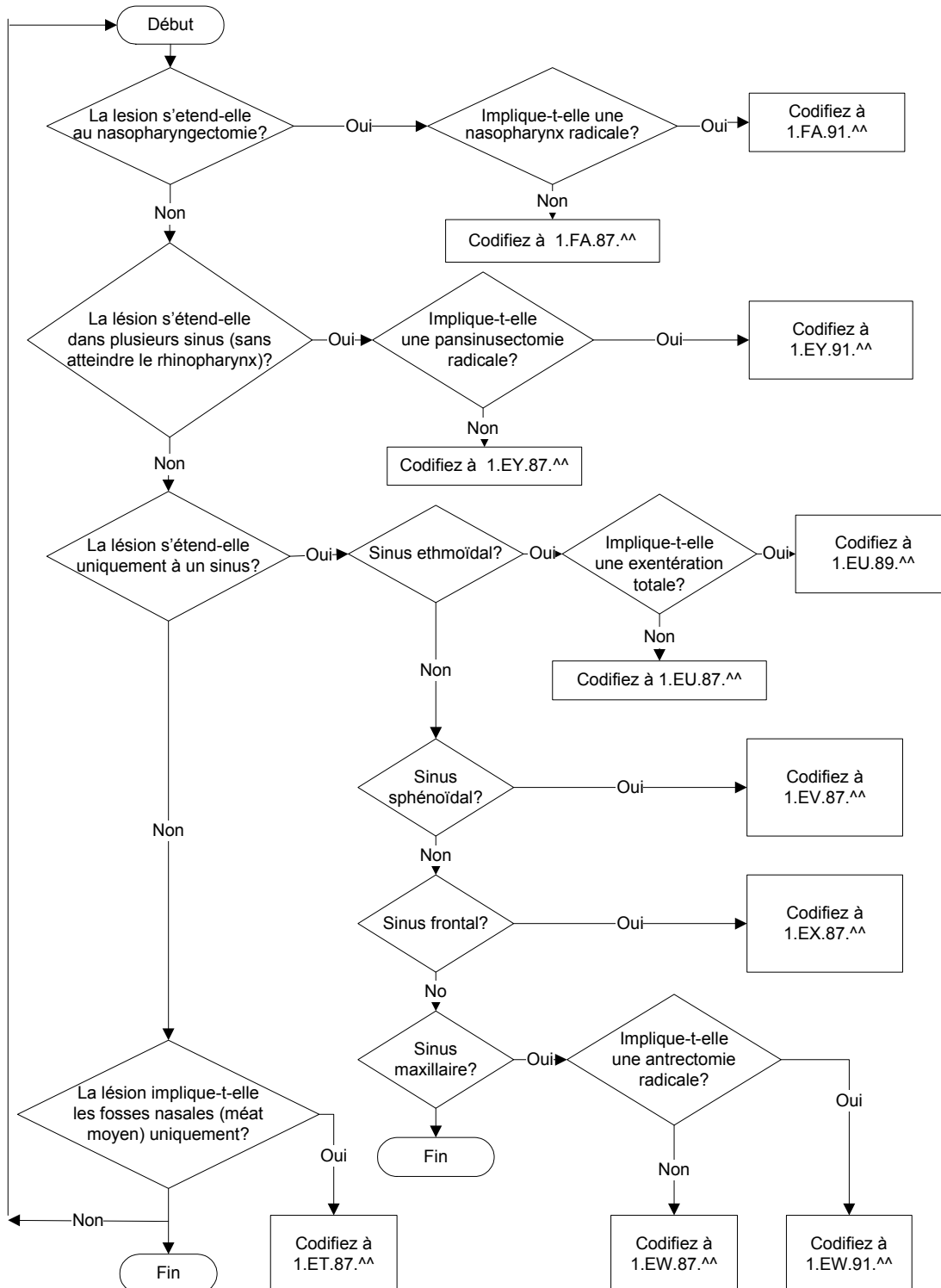
L'état de mal asthmatique est une crise d'asthme grave accompagnée d'un bronchospasme profond et réfractaire. Cette condition qui menace la vie du patient est associée à un spasme bronchiolaire prolongé qui ne cède pas aux médicaments. L'état de mal asthmatique est parfois appelé « asthme grave aigu ». D'autres termes désignant l'état de mal asthmatique sont « crise d'asthme réfractaire », « asthme réfractaire », « respiration sifflante grave réfractaire » et « obstruction des voies aériennes non soulagée par les bronchodilatateurs ». Les diagnostics « d'asthme aigu » et « d'asthme grave » ne représentent pas à eux seuls un état de mal asthmatique.

Résection d'une lésion nasale (polypes)

En vigueur depuis 2002



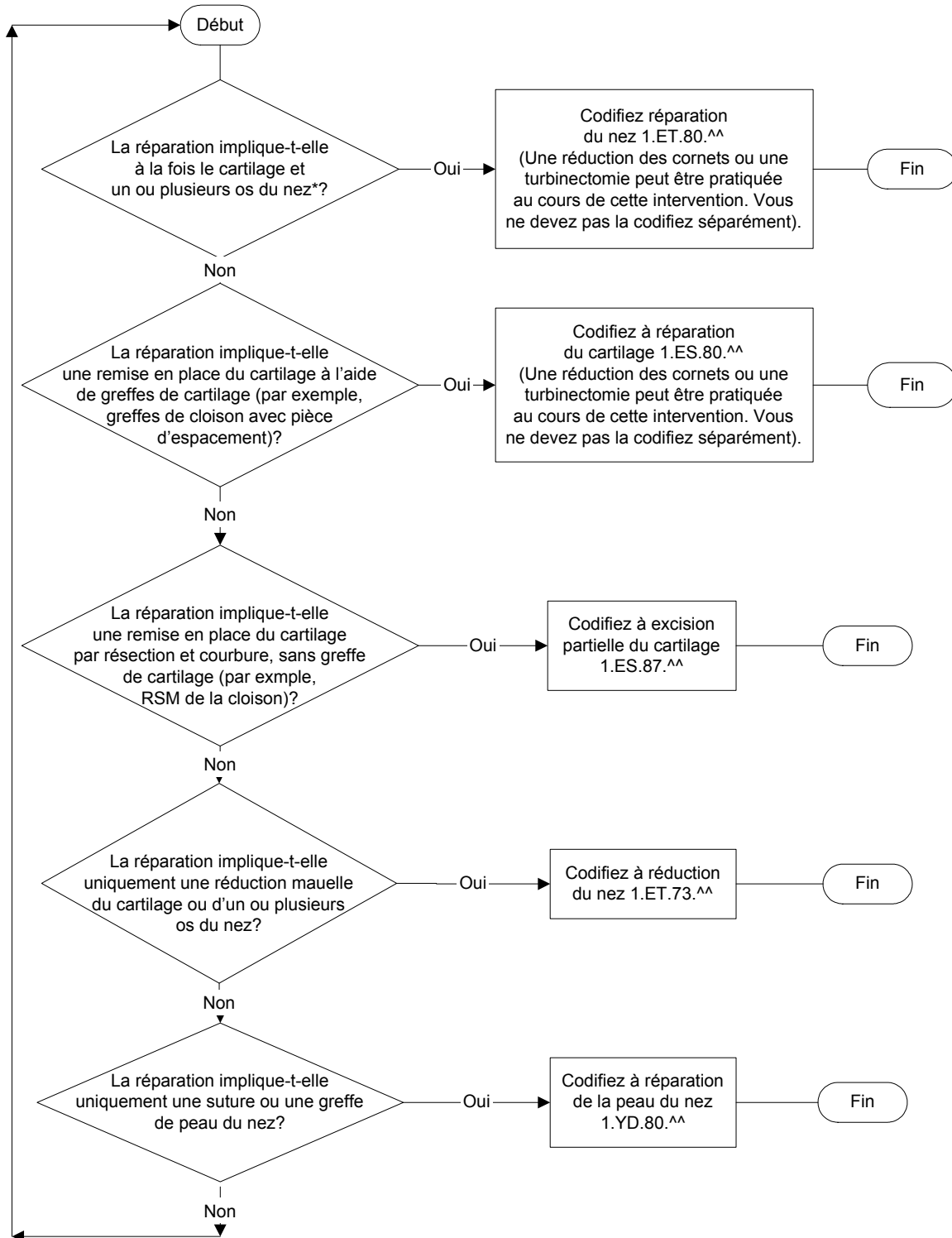
Classifiez les résections d'une lésion en fonction du site anatomique le plus profond à partir duquel la lésion est retirée. Le site anatomique peut différer du site d'origine de la masse.



Réparations nasales

En vigueur depuis 2002

BS Classifiez les réparations nasales selon le site anatomique et l'objectif de l'intervention.



Ventilation artificielle

En vigueur depuis 2006, modifiée en 2007, 2008



Vous devez inscrire le code 1.GZ.31.^ ^ *Ventilation, système respiratoire NCA* pour décrire toute ventilation artificielle invasive avec pression positive.



Si, après avoir extubé le patient, un autre épisode du même type de ventilation artificielle invasive a été nécessaire, vous devez au moins codifier l'épisode le plus long (c.-à-d. attribut d'étendue).



Si, après avoir commencé à utiliser une méthode de ventilation artificielle invasive (p. ex. intubation endotrachéale), on a décidé de changer pour une autre méthode (p. ex. trachéostomie), choisissez plusieurs codes de la catégorie 1.GZ.31.^ ^ *Ventilation, système respiratoire NCA* afin de décrire chaque méthode.

Remarque : L'attribut d'étendue est obligatoire, peu importe la durée, pour tous les codes de la catégorie 1.GZ.31.^ ^ *Ventilation, système respiratoire NCA*. Utilisez l'attribut « 0 » lorsque la ventilation n'est pas invasive. La ventilation artificielle par approche invasive est un facteur dans le calcul de la pondération de la consommation des ressources (PCR) et se trouve dans la liste des *Interventions signalées*. La saisie de données sur cette intervention est donc obligatoire.

Pour calculer le nombre d'heures (durée) de ventilation artificielle continue par approche invasive au cours d'une hospitalisation, commencez le décompte à partir du temps/heure de l'accès trachéal (intubation endotrachéale, VTTJ). Cette durée prend fin avec le retrait du tube ou avec l'arrêt de la ventilation artificielle. Ne tenez pas compte des tentatives intermittentes de sevrage de l'appareil de ventilation. Ces périodes doivent être incluses dans le total d'heures.

- Lorsqu'un patient est intubé avant son admission, commencez le décompte à partir de l'admission du patient.
- Lorsqu'un patient décède, qu'il est transféré ou qu'il reçoit son congé pendant qu'il est intubé, calculez la durée de l'épisode du début jusqu'à l'heure du décès du patient, de son transfert ou de sa sortie de l'établissement.
- Lorsqu'une méthode de ventilation invasive est débutée et est subséquemment changée pour une autre méthode, choisissez un code pour chacune des méthodes utilisées et calculez la durée de chacune.
- Lorsqu'un patient est extubé et que par la suite, un autre épisode du même type de ventilation artificielle invasive est requis, calculez la durée de chaque méthode séparément. N'additionnez pas la durée totale de tous les épisodes de ventilation, car chaque période d'utilisation se termine avec l'extubation.
- Lorsque la ventilation artificielle par approche invasive se poursuit au-delà de la sortie du patient de la salle d'opération, calculez la durée à partir de l'intubation dans la salle d'opération jusqu'au moment où le tube a été retiré.

Exemple : M^{me} T a été admise en raison d'une pneumonie et d'une exacerbation aiguë de sa maladie pulmonaire obstructive chronique. Sa respiration était gravement atteinte. Un tube endotrachéal a été inséré et elle a été branchée à un appareil de VACI ou VOIS (communément appelé SIMV). Elle a été extubée à la troisième journée.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par
Étendue : « CN » voie naturelle, par intubation endotrachéale, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP)

Justification : Il est obligatoire de codifier toute ventilation artificielle par approche invasive peu importe la durée de l'utilisation (étendue). La patiente a été extubée avec succès avant que la durée ne totalise 96 heures de ventilation artificielle continue. Il convient alors de choisir l'attribut d'étendue « CN » *Continue mais moins que 96 heures de ventilation invasive.*

Exemple : M^{me} W. a subi des blessures graves et des fractures multiples au visage dans un accident de véhicule à moteur. Au moment où elle est arrivée à l'hôpital, elle prenait 6 respirations peu profondes par minute. Une intubation a été tentée sans succès. De l'oxygène sous pression lui a été administré à l'aide d'une aiguille de gros calibre insérée dans la membrane crico-thyroïdienne. Peu après, une intubation endotrachéale a pu être pratiquée et la patiente a été branchée à un appareil de VC. Elle respirait de façon artificielle jusqu'à ce qu'elle soit stabilisée en prévision d'un transfert au centre provincial de traumatologie. Elle a été transportée par avion 8 jours après son accident de la route.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par
Étendue : « EX » voie naturelle, par intubation endotrachéale, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP)

1.GZ.31.GP-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche transluminale
Étendue : « CN » percutanée invasive (par exemple, VTTJ) à l'aide d'une aiguille, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP)

Justification : Lorsque plus d'une méthode de ventilation artificielle invasive a été utilisée, inscrivez un code distinct de la rubrique 1.GZ.31.^*Ventilation, système respiratoire NCA* pour décrire chaque méthode et calculez la durée de chacune séparément.

Exemple : M. J a été transporté en salle d'opération en raison d'une hernie abdominale incisionnelle. Il a subi une anesthésie générale. Après avoir été intubé, la ventilation a débuté. Le patient a été extubé lorsque l'intervention a été complétée et il a été transféré en salle de réveil avant d'être transféré à nouveau à l'unité de soins infirmiers.

Justification : L'intubation et la ventilation font partie intégrante de l'anesthésie générale et sont comprises dans la saisie de l'information sur la technique anesthésique de l'abrégié. Il ne faut pas utiliser le code 1.GZ.31.^*Ventilation, système respiratoire NCA.*

Exemple : M. A a été admis pour subir un pontage aorto-coronarien. Une anesthésie générale est administrée et le patient est intubé, puis ventilé. Il a été transféré en salle de réveil, puis à l'unité de soins intensifs chirurgicaux. Le jour suivant, il a été extubé et transféré à l'unité de soins infirmiers pour poursuivre sa récupération.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par
Étendue : « CN » voie naturelle, par intubation endotrachéale, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP)

Justification : Il est obligatoire de codifier la ventilation artificielle invasive peu importe la durée de l'utilisation (étendue). Lorsque la ventilation artificielle invasive fait partie intégrante de l'anesthésie générale, elle n'est pas codifiée. Cependant, lorsque la ventilation artificielle invasive se poursuit au-delà de la salle d'opération, il faut la codifier. Dans cet exemple, la durée de ventilation du patient, entre le moment de l'intubation dans la salle d'opération jusqu'au moment de l'extubation), était de moins de 96 heures. Il convient alors de choisir l'attribut d'étendue « CN » *Continue mais moins que 96 heures de ventilation invasive.*

Exemple : Un patient est placé sous ventilation artificielle par intubation endotrachéale pendant 10 jours, après quoi on lui retire son tube. Deux jours plus tard, le patient développe des complications et est donc intubé et placé de nouveau sous ventilation artificielle. La même journée, le patient est transféré dans un autre établissement.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par
Étendue : « EX » voie naturelle, par intubation endotrachéale, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP)

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par
Étendue : « CN » voie naturelle, par intubation endotrachéale, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP) (facultatif)

Justification : Lorsqu'un patient est intubé plusieurs fois, il est nécessaire d'inscrire seulement l'épisode de ventilation artificielle le plus long (étendue). L'inscription du même code de la CCI pour décrire tout autre épisode de ventilation artificielle plus court, est optionel. La durée de chaque épisode est calculée séparément (ne faites donc pas la somme de tous les épisodes s'ils ne sont codifiés qu'une seule fois).

Exemple : Un patient est placé sous ventilation artificielle par intubation endotrachéale pendant deux jours. À la suite de complications, le patient est transporté en salle d'opération où il subit une trachéostomie qui lui permettra d'être placé sous ventilation à long terme. Le patient reste à l'hôpital pendant 10 jours supplémentaires.

1.GZ.31.CR-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive
Étendue : « EX » par voie naturelle avec incision pour intubation par trachéostomie, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP)

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par
Étendue : « CN » voie naturelle, par intubation endotrachéale, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP)

Justification : Lorsqu'il y a plus d'une méthode de ventilation artificielle invasive, inscrivez un code distinct de la rubrique 1.GZ.31.^[^] *Ventilation, système respiratoire NCA* pour décrire chaque méthode et calculez la durée de chacune séparément.

Chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif

Sélection des attributs pour les réparations d'hernie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008

BS Lorsque le diagnostic ne représente pas une hernie pouvant être codifiée sous les catégories K40 à K43 et K45 à K46, vous devez choisir l'attribut de lieu « 0 » (*Non applicable*) au code 1.SY.80.^[^] *Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen*.

L'attribut de lieu du code 1.SY.80.^[^] *Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen* est obligatoire car, d'une part, il constitue le seul moyen de préciser que l'intervention est la réparation d'une hernie et, d'autre part, l'attribution d'un GMA+ (groupes de maladies analogues) dépend de ce champ. L'attribut de lieu des hernies ventrales et incisionnelles varie en fonction de l'emplacement de l'hernie.

Exemple : M. Untel est admis par l'équipe de traumatologie. Il a subi une plaie pénétrante à la paroi abdominale au cours d'une bagarre dans une maison de jeunes. La victime a été attaquée avec un couteau. Ses organes internes ne sont pas atteints. Le patient est conduit en salle d'opération où la blessure à la paroi abdominale est suturée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
S31.190	(M)	Plaie ouverte d'une région non précisée de la paroi abdominale, sans complication
X99	(9)	Agression par objet tranchant
U98.2	(9)	Lieu de l'événement, école, autre institution et lieu d'administration publique
1.SY.80.LA Situation : « 0 » Lieu : « 0 »		Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, sans tissu (p. ex. points de suture ou agrafes), approche ouverte

Justification : Il ne s'agit pas de la réparation d'une hernie, car le diagnostic principal est un code de lésion traumatique. Par conséquent, l'attribut de lieu est « 0 ».

Exemple : M. Smith est admis pour la réparation par sutures d'une hernie incisionnelle au site de cholécystectomie antérieure.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K43.9	(M)	PP	Autres hernies de la paroi abdominale antérieure, sans occlusion ni gangrène
1.SY.80.LA Situation : « 0 » Lieu : « UP »			Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, sans tissu (p. ex. points de suture ou agrafes), approche ouverte

Justification : L'attribut de lieu est obligatoire avec un diagnostic de hernie pouvant être codifiée sous les catégories K40 à K43 et K45 à K46. L'incision de cholécystectomie est située dans la partie supérieure de l'abdomen.

Interventions connexes



Il est recommandé de codifier toute exploration controlatérale (2.OT.70.^) effectuée en même temps que la réparation d'une hernie unilatérale.

L'exploration controlatérale est une inspection effectuée sur le côté opposé à la réparation en cours. Cela signifie que, si une hernie inguinale gauche est en cours de réparation, le chirurgien effectue une vérification ou une inspection rapide du côté droit afin de repérer de petites hernies et de les réparer simultanément.

Gastroentérite et diarrhée

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006



Vous devez considérer une gastroentérite comme non infectieuse, à moins d'indication contraire du médecin responsable.



Codifier la gastroentérite comme le diagnostic principal/problème principal dans le cas d'admissions pour le traitement d'une gastroentérite et de déshydratation.



Codifier toute déshydratation connexe comme comorbidité significative avant l'admission ou autre problème uniquement si le déséquilibre électrolytique est suffisamment important pour justifier un traitement par solution intraveineuse et que le médecin indique clairement que ces liquides sont destinés à traiter la déshydratation.

Les codes de gastroentérite et de diarrhée K52.0 à K52.9, A02.0, A05.9, A07.2, A08.0 à A08.5 et A09 doivent être classés avant le code de déshydratation. Cette même directive s'applique aussi aux codes J10.8, J11.8 et A18.3† lorsqu'il est associé au code K93.0*.

Reportez-vous également à la norme de codification *Déshydratation*.

Exemple : Une enfant de quatre ans est examinée en raison d'une gastroentérite infectieuse et de déshydratation. Toute la famille en est atteinte : la mère, le père et les trois frères et sœurs plus âgés. Un monitoring des ingesta/excreta est nécessaire et une augmentation de liquides par voie orale est prescrite. Aucun liquide intraveineux ne lui est administré.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
A09	(M)	PP	Diarrhée et gastroentérite d'origine présumée infectieuse
E86.0	(3)	AP	Déshydratation (facultatif)

Exemple : Une femme de 74 ans est admise à l'hôpital depuis un centre de soins infirmiers trois jours après le début d'une gastroentérite. À son admission, elle est très déshydratée et reçoit des liquides en I.V. pendant deux jours, avec une surveillance étroite des mesures des ingesta/excreta. La culture de selles ne met en évidence aucun micro-organisme.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K52.9	(M)	Gastroentérite et colite non infectieuses, sans précision
E86.0	(1)	Déshydratation

Justification : Si la déshydratation est légère, qu'elle est traitée par l'administration de liquides par voie orale et un monitoring étroit des ingesta/excreta, cette déshydratation n'est pas considérée comme une comorbidité significative. Elle serait inscrite comme code supplémentaire avec un diagnostic de type (3).

Varices œsophagiennes hémorragiques

En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006



Respectez la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque lorsque vous codifiez des varices œsophagiennes hémorragiques associées à des troubles hépatiques classés sous K70.– *Maladie alcoolique du foie*, K71.– *Maladie toxique du foie* et K74.– *Fibrose et cirrhose du foie*.

Exemple : Un patient connu pour une cirrhose alcoolique du foie est admis en raison d'une hématomérose. L'endoscopie révèle un saignement de varices œsophagiennes. Le patient reçoit un traitement de sclérothérapie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K70.3†	(M)	Cirrhose alcoolique du foie
I98.20*	(6)	Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs avec saignement

1.NA.13.BA-X7 Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent chimique (p. ex. éthanolamine, murrhate sodique, polidocanol, sclérosants, sulfate de tétradécyl)

Exemple : M^{me} J. souffre d'une fibrose du foie résultant d'une hépatite chronique persistante. Elle se présente avec une hémorragie des voies gastro-intestinales supérieures. L'endoscopie a révélé le saignement de varices œsophagiennes.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K74.0†	(M)	PP	Fibrose hépatique
I98.20*	(6)	AP	Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs avec saignement
K73.0	(1)	AP	Hépatite chronique persistante, non classée ailleurs

Justification : Dans le cas présent, bien que l'hépatite chronique persistante (K73.0) ait entraîné une fibrose du foie (K74.0), causant ainsi des varices œsophagiennes hémorragiques (I98.20*), seuls les codes des catégories K70, K71 et K74 sont accompagnés du symbole de la dague lorsqu'ils sont associés au code I98.20*. Par conséquent, la combinaison des codes K74.0† et I98.20* apparaît en premier et le code K73.0 est inscrit séparément.



Choisissez le code à astérisque I98.20* *Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs avec saignement* lorsque le médecin qualifie le diagnostic de varices œsophagiennes hémorragiques en « préopératoire » et que l'endoscopie ne révèle aucun saignement.

Exemple : M. J. connu pour une cirrhose alcoolique du foie se présente pour subir une endoscopie urgente et un cerclage de varices à la suite d'une hémorragie des voies gastro-intestinales supérieures. Le médecin inscrit au dossier « varices œsophagiennes hémorragiques ». L'endoscopie révèle des varices œsophagiennes, mais aucun saignement actif. Plusieurs varices ont été cerclées.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K70.3†	(M)	PP	Cirrhose alcoolique du foie
I98.20*	(6)	AP	Varices œsophagiennes au cours de maladies classées ailleurs avec saignement

1.NA.13.BA-FA Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et cerclage (varices)

Interventions connexes

Dans le cadre d'une thérapie endoscopique, le dispensateur de soins peut injecter un agent de coagulation directement dans les varices ou placer une bande élastique autour des veines hémorragiques (cerclage). Cette intervention est utilisée lors des épisodes d'hémorragie aiguë et en tant que traitement prophylactique (préventif).

La sclérothérapie endoscopique prophylactique (injection d'un produit sclérosant dans les varices) est administrée à intervalles réguliers, en général toutes les une à trois semaines, jusqu'à ce que les varices soient oblitérées, puis tous les trois à six mois afin de maintenir l'oblitération.

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-X7 *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent chimique (p. ex. éthanolamine, murrhate sodique, polidocanol, sclérosants, sulfate de tétradécyl).*

La sclérothérapie endoscopique (injection d'un produit sclérosant dans les varices) est également utilisée pour contrôler les hémorragies aiguës des varices œsophagiennes.

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-X7 *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent chimique (p. ex. éthanolamine, murrhate sodique, polidocanol, sclérosants, sulfate de tétradécyl).*

Le cerclage (ligature par bandes élastiques) des varices œsophagiennes contrôle le saignement actif et élimine les varices de manière aussi efficace que le traitement sclérosant.

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-FA *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et cerclage (varices).*

Le tamponnement par sonde de Sengstaken-Blakemore à double ballonnet ou par sonde de Linton-Nachlas à ballonnet unique

La pose d'une sonde gastrique à ballonnet requiert une confirmation par radiographie. Les saignements aigus peuvent être traités par tamponnement par sonde à ballonnet (tube inséré via le nez dans l'estomac et gonflé à l'air pour appliquer une pression sur les veines hémorragiques).

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-BD *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et tamponnement par sonde à ballonnet (ou sonde de Blakemore).*

Le shunt intrahépatique portosystémique par voie transjugulaire (TIPS) ou le shunt spléno-rénal distal, consiste à l'insertion d'un cathéter dans une veine, qui est ensuite dirigé dans la veine hépatique jusqu'au foie où il relie le système veineux central au système veineux porte et diminue ainsi la pression veineuse à l'intérieur du système veineux porte.

Sélectionnez le code 1.KQ.76.^ ^ *Pontage, veines abdominales NCA.*

Hémorragie digestive

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008

BS Attribuez à la cause sous-jacente l'un des codes ci-dessous comme code supplémentaire lorsque l'hémorragie ou le saignement n'est pas clairement désigné dans le titre du code :

- K92.0 *Hématémèse;*
- K92.1 *Mélaena OU*
- K92.2 *Hémorragie gastro-intestinale, sans précision.*

Exemple : Le diagnostic principal inscrit au dossier du patient est « Gastrite aiguë avec hémorragie ».

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K29.0	(M)	PP	Gastrite hémorragique aiguë

Exemple : M^{me} J. reçoit un diagnostic de mélaena causé par une diverticulite du gros intestin. Une coloscopie est pratiquée et la patiente est traitée aux antibiotiques et au D-gluconate de fer.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K57.9	(M)	PP	Diverticulose de l'intestin, siège non précisé, sans perforation ni abcès
K92.1	(3)	AP	Mélaena

BS Lorsqu'un patient se présente pour des examens à la suite d'une d'hémorragie gastro-intestinale et que l'endoscopie ne révèle aucun saignement, sélectionnez une combinaison de codes de la CIM-10-CA dont le titre contient les termes « avec saignement » ou « avec hémorragie ».

BS

Par contre, si une telle combinaison de codes n'existe pas, codifiez l'affection sous-jacente et inscrivez un code supplémentaire pour signaler la présence d'un saignement (c.-à-d. le code K92.0, K92.1 ou K92.2).

Exemple : M. UC se présente pour une coloscopie urgente à la suite d'une hémorragie des voies gastro-intestinales inférieures. Le médecin inscrit au dossier « colite ulcéreuse ». Le rapport d'endoscopie ne signale pas de saignement, mais plutôt des lésions ulcéreuses sur des vaisseaux proéminents.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K51.9	(M)	PP	Rectocolite hémorragique, sans précision
K92.2	(3)	AP	Hémorragie gastro-intestinale, sans précision

B Lorsqu'un patient est admis pour l'examen ou le traitement d'une hémorragie et que, selon la documentation, il a eu d'autres hémorragies gastro-intestinales pendant son séjour à l'hôpital, n'attribuez pas le type de diagnostic (2) au code CIM-10-CA faisant mention de l'hémorragie gastro-intestinale.

Exemple : M. M. W. est admis par l'urgence à la suite d'une hématomèse. Sa femme affirme qu'il a vomi environ une demi-tasse de sang rouge vif. Au cours de son séjour, il a eu un autre épisode d'hématomèse. Plusieurs tests et examens diagnostiques sont effectués et le diagnostic principal inscrit au dossier est le syndrome de Mallory Weiss.

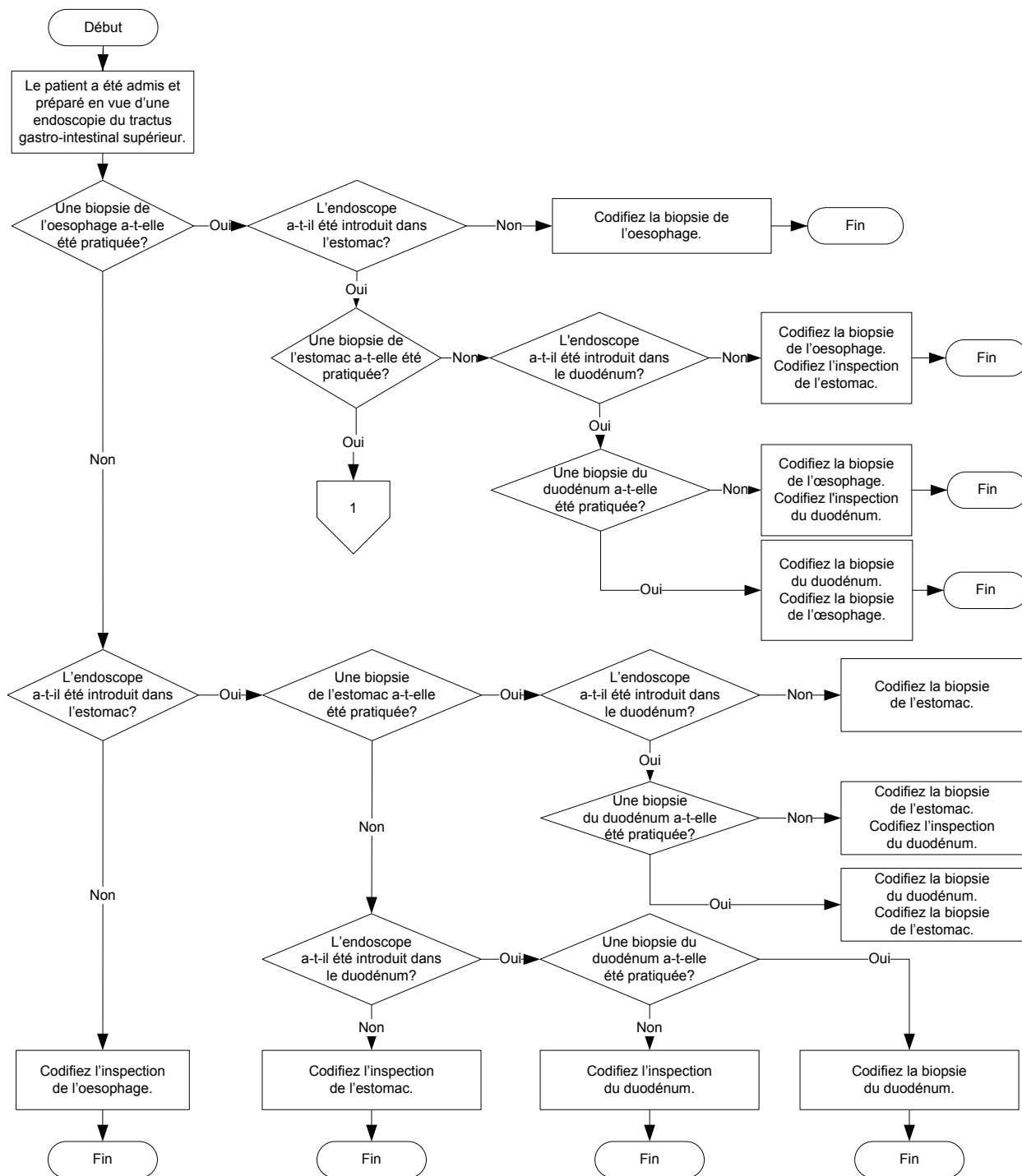
B

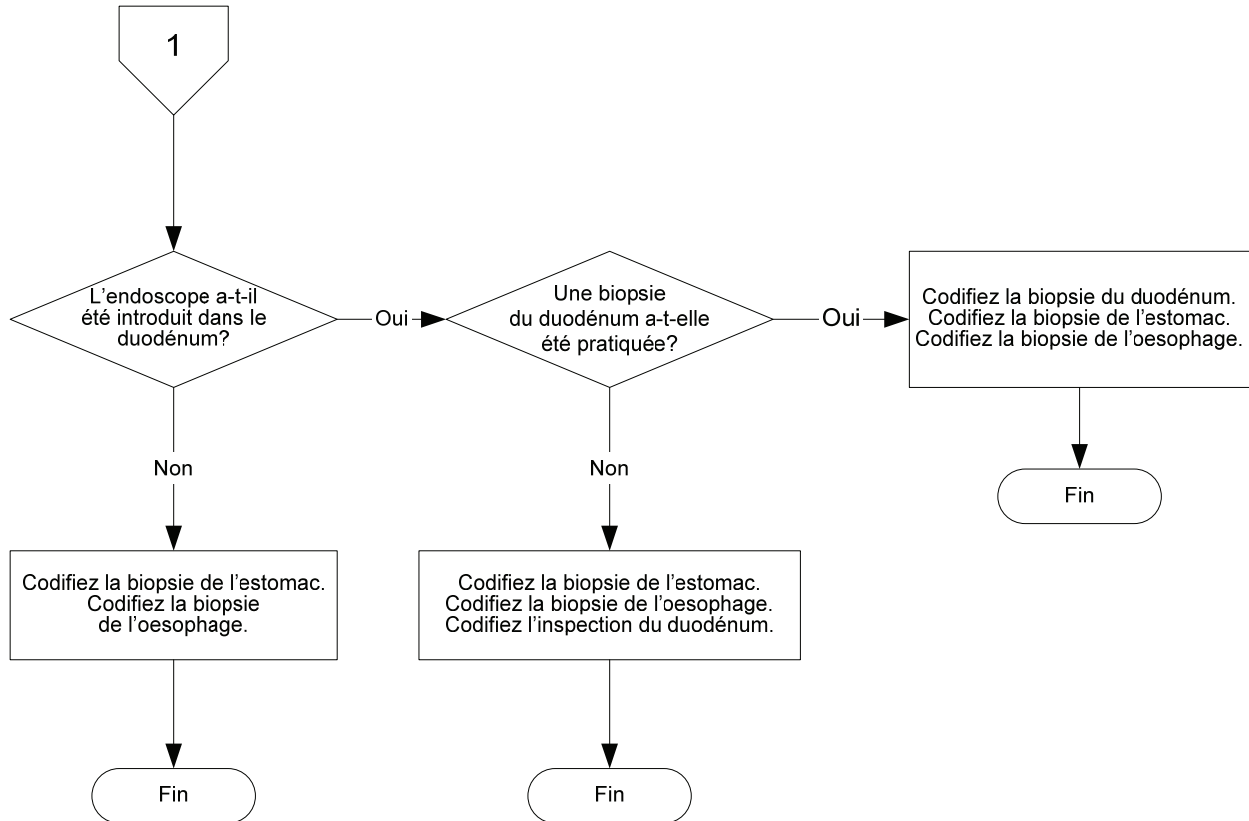
<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K22.6	(M)	Syndrome de dilacération hémorragique gastroœsophagienne

Oesophago-gastro-duodénoscopie diagnostique

En vigueur depuis 2003, modifié en 2008

BS Lorsque deux sites anatomiques distincts font l'objet d'une biopsie au cours d'un même épisode opératoire, codifiez les deux, en commençant par la biopsie du site le plus profond. Consultez également la norme de codification *Interventions endoscopiques*.





Rubriques de la CCI à utiliser avec ce schéma fonctionnel :

2.NA.70 Inspection, œsophage

2.NA.71 Biopsie, œsophage

2.NF.70 Inspection, estomac

2.NF.71 Biopsie, estomac

2.NK.70 Inspection, intestin grêle (duodénum)

2.NK.71 Biopsie, intestin grêle (duodénum)

Interventions diagnostiques par coloscopie

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007, 2008

Reportez-vous également aux normes de codification *Interventions endoscopiques* et *Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées*.



Sous les codes 2.NM.70.^ ^ Inspection, gros intestin et 2.NM.71.^ ^ Biopsie, gros intestin, choisissez l'attribut de lieu obligatoire :

- « SG Sigmoides seul » afin de préciser qu'il y a eu sigmoïdoscopie;
- « Z Autres sites du gros intestin incluant le sigmoïde » afin de préciser qu'il y a eu coloscopie.

La coloscopie consiste en l'examen endoscopique de *l'ensemble du gros intestin*, depuis le rectum distal jusqu'au cæcum, le but étant d'atteindre le cæcum. La visualisation de l'orifice de l'appendice et de la valvule iléocæcale indique au médecin que l'intervention est réussie.

La sigmoïdoscopie est l'examen endoscopique de la *partie inférieure du gros intestin*, au cours duquel on examine le rectum, le côlon sigmoïde et le côlon descendant jusqu'à l'angle splénique du côlon. Très rarement le côlon transverse est visualisé.

Sous les codes 2.NM.70.^ ^ Inspection, gros intestin et 2.NM.71.^ ^ Biopsie, gros intestin, les attributs de lieu obligatoires « SG Sigmoides seul » et « Z Autres sites du gros intestin incluant le sigmoïde » servent à différencier la coloscopie de la sigmoïdoscopie.

L'attribut de lieu est obligatoire pour les codes suivants :

- 2.NK.70.^ ^ Inspection, intestin grêle
- 2.NK.71.^ ^ Biopsie, intestin grêle
- 2.NM.70.^ ^ Inspection, gros intestin
- 2.NM.71.^ ^ Biopsie, gros intestin

Exemple : M^{me} X se présente pour subir une sigmoïdoscopie flexible. L'inspection est réalisée jusqu'au côlon descendant et aucune biopsie n'est pratiquée.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NM.70.BA	Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
Lieu : « SG »	

Justification : L'attribut de lieu « SG Sigmoides seul » est choisi, car la sigmoïdoscopie est le but de l'intervention.

Exemple : Le patient se présente pour subir une coloscopie. La coloscopie est complétée avec succès jusqu'au cæcum et une biopsie du côlon sigmoïde est pratiquée.

<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NM.71.BA	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
Lieu : « Z »	

Justification : Comme l'intervention planifiée est la coloscopie, l'attribut de lieu = **Z est choisit**. Au code 2.NM.71.^, l'attribut de lieu permet de différencier les biopsies pratiquées par coloscopie de celles pratiquées par sigmoïdoscopie. Cet attribut de lieu obligatoire **ne doit pas** servir à décrire le site anatomique de la biopsie.

Exemple : Le patient se présente pour subir une coloscopie. Au moment de l'inspection, le médecin ne peut introduire l'endoscope au-delà du côlon sigmoïde en raison d'une obstruction. Une biopsie est pratiquée et l'endoscope est retiré.

<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NM.71.BA	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
Lieu : « Z »	

Justification : L'intervention n'est **pas réussie** parce que son objectif n'a pas été complètement atteint. Classifiez les interventions manquées de la même façon que les interventions réussies. Comme l'intervention planifiée est la coloscopie, l'attribut de lieu = **Z est choisit**.

Exemple : Le patient a un rendez-vous pour subir une coloscopie. L'endoscope est introduit dans le côlon. La valvule iléocæcale est examinée et l'endoscope est retiré.

<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NM.70.BA	Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
Lieu : « Z »	

Justification : Dans le cas présent, la coloscopie est l'intervention visée. L'endoscope est introduit jusqu'à la valvule iléocæcale, mais l'iléon terminal n'est pas intubé. La visualisation de la valvule iléocæcale indique au médecin qu'il a atteint la fin du côlon et que la coloscopie est complétée.



Lorsque, selon le dossier, le coloscope a été introduit dans l'iléon terminal, inscrivez :

➤ 2.NK.70.^ Inspection, intestin grêle et l'attribut de lieu « I ».

Lorsqu'une biopsie de l'iléon terminal a été pratiquée, inscrivez :

➤ 2.NK.71.^ Biopsie, intestin grêle et l'attribut de lieu obligatoire « I ».

L'iléoscopie est l'examen endoscopique de l'iléon terminal (site anatomique 2.NK.^) réalisé à l'aide d'un coloscope. La pointe de l'instrument est d'abord introduite dans le rectum, puis dans le côlon, et enfin à l'endroit où le cæcum (gros intestin) et l'iléon terminal (intestin grêle) se rencontrent. La valvule iléocæcale sépare l'intestin grêle du gros intestin. Elle doit être intubée pour permettre l'examen de l'iléon terminal. Si, au cours d'une endoscopie, l'iléon terminal est intubé, c'est signe qu'on veut examiner l'intestin grêle.

Exemple : Le patient a un rendez-vous pour subir une coloscopie. Selon le rapport d'endoscopie, l'insertion d'un coloscope a permis de déceler une lésion suspecte dans le côlon ascendant; une biopsie est pratiquée. Le dossier indique également qu'on a intubé l'iléon terminal et retiré le coloscope.

<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NM.71.BA Lieu : « Z »	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
2.NK.70.BA Lieu : « I »	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
Justification :	Lorsqu'une inspection va au-delà du site de la biopsie, codifiez la biopsie et l'inspection, et placez la biopsie en première position.

Exemple : Le médecin écrit au dossier que le coloscope a été introduit dans le côlon et que l'iléon terminal a été intubé.

<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NK.70.BA Lieu : « I »	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
Justification :	Le code supplémentaire de la catégorie 2.NM.70.^^ <i>Inspection, gros intestin</i> n'est pas obligatoire parce que seul le code du site visualisé le plus profond (c.-à-d. l'intestin grêle dans le cas présent) est nécessaire. Cette norme de codification repose sur la supposition que le gros intestin est inspecté depuis son début jusqu'au site le plus profond. L'attribut de lieu « I » indique que l'intervention a été pratiquée à l'aide d'un coloscope. Reportez-vous également à la norme de codification Interventions endoscopiques .

Exemple : Un coloscope est introduit et avancé dans le côlon jusqu'à l'iléon terminal par le côlon. Des biopsies sont effectuées dans le rectum, le côlon et l'iléon.

2.NK.71.BA Lieu : « I »	Biopsie, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
2.NM.71.BA Lieu : « Z »	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
2.NQ.71.BA	Biopsie, rectum, approche endoscopique par voie naturelle
Justification :	Lorsque des sites anatomiques distincts font l'objet d'une biopsie, chaque site doit être codifié; la biopsie du site le plus profond est classée en premier.

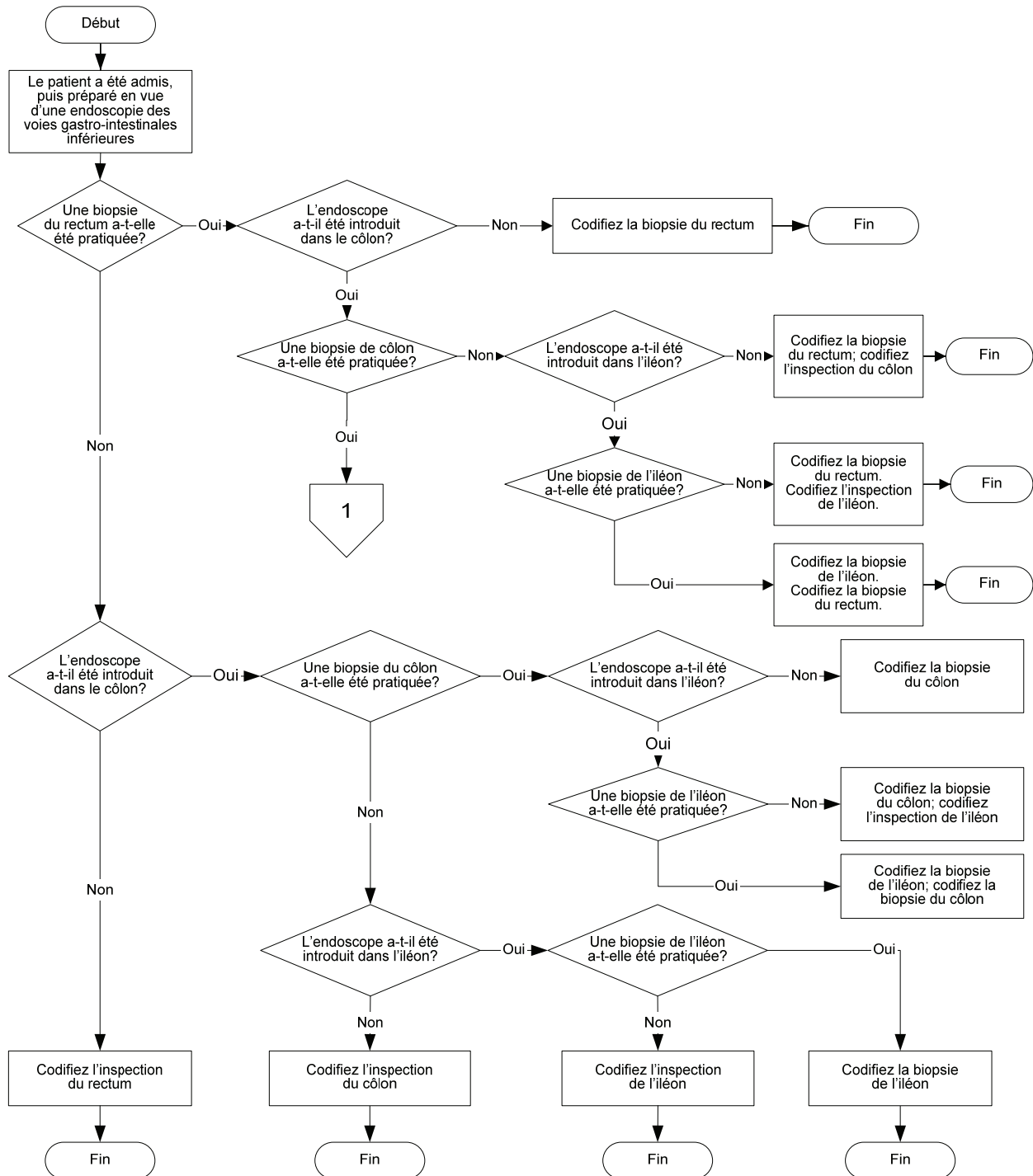
Exemple : Un patient subit une oeso-gastro-duodéno-scopie et une coloscopie. Le gastroscopie est introduit dans le duodénum. Un coloscope est ensuite introduit jusqu'à l'iléon terminal et le médecin inscrit au dossier la présence d'une iléite dans l'iléon terminal.

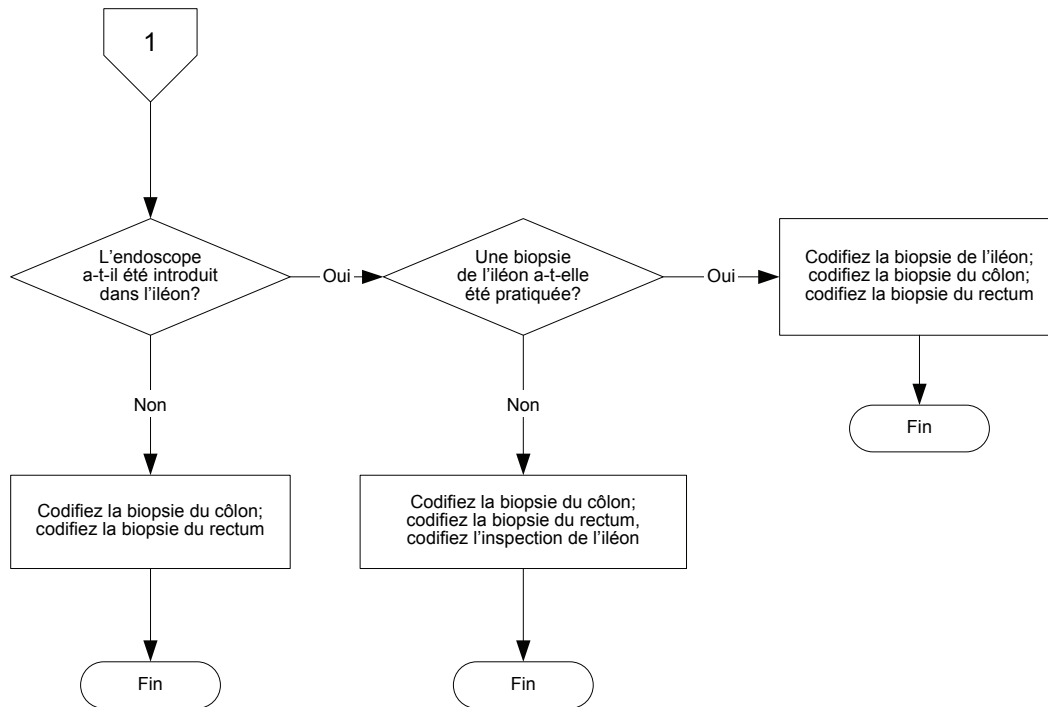
2.NK.70.BA Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle
Lieu : « I » (ou via un abouchement)

2.NK.70.BA Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle
Lieu : « D » (ou via un abouchement)

Justification : Bien que deux codes de la même rubrique ne soient pas utilisés en temps normal, il est possible de le faire dans ce cas-ci parce que deux interventions distinctes sont pratiquées.

Interventions endoscopiques diagnostiques réalisées sur les voies gastro-intestinales inférieures





Rubriques à utiliser avec ce schéma fonctionnel :

2.NQ.70 Inspection, rectum

2.NQ.71 Biopsie, rectum

2.NM.70 Inspection, gros intestin (côlon)

2.NM.71 Biopsie, gros intestin (côlon)

2.NK.70 Inspection, intestin grêle (iléon)

2.NK.71 Biopsie, intestin grêle (iléon)

Chapitre XII – Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

Cellulite

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2007

- BS** Lorsqu'une plaie ouverte avec cellulite associée doit être codifiée, ceci doit être considéré comme une plaie ouverte avec « complication ».
- BS** Lorsque le traitement comprend l'administration d'*antibiotiques par voie intraveineuse*, le phlegmon est considéré comme le diagnostic principal/problème principal et la lésion des tissus mous est enregistrée en tant que diagnostic secondaire/ autre problème.
- BS** Si le traitement comprend seulement la prise d'*antibiotiques oraux*, la lésion des tissus mous est considérée comme le diagnostic principal/problème principal tandis que le phlegmon est désigné comme une condition de comorbidité/autre problème.
- BS** Un code supplémentaire de la rubrique B95 à B97 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres* peut être utilisé comme type de diagnostic (3)/autre problème pour identifier l'agent pathogène, lorsque précisé dans la documentation.

L'information clinique se trouve à la section *Cellulite* de l'*annexe A*.

Exemple : M^{me} C. s'est coupé l'index gauche avec un couteau de cuisine environ trois jours avant sa visite à l'hôpital. Elle se présente à l'urgence avec un phlegmon. On lui prescrit une antibiothérapie orale.



Code	SNISA	Description
S61.01	PP	Plaie ouverte de doigts sans lésion de l'ongle, avec complication
L03.00	AP	Phlegmon des doigts
W26	AP	Contact avec un couteau, une épée ou un poignard
U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile

Exemple : Lors d'une promenade dans le parc avec son chien, environ 36 heures plus tôt, une femme s'est fait mordre à la main droite en tentant de mettre fin à une bagarre entre deux chiens. Elle présente maintenant un phlegmon qui s'étend vers le haut de son bras et est admise à l'hôpital pour une antibiothérapie par voie intraveineuse. La morsure en elle-même est superficielle.



Code	BDCP	Description
L03.10	(M)	Phlegmon d'un membre supérieur
S61.91	(3)	Plaie ouverte du poignet et de la main, partie non précisée, avec complication
W54	(9)	Morsure ou coup donné par un chien
U98.9	(9)	Lieu de l'événement, sans précision

Exemple : Lors d'une randonnée dans les bois il y a deux jours, un jeune homme est tombé dans un ravin et a subi des lacérations mineures de la partie inférieure de sa jambe. Il se présente à l'urgence avec un phlegmon et est traité par parage de la plaie, pose d'un pansement local et antibiothérapie par voie orale.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S81.91	PP	Plaie ouverte de la jambe, zone non précisée, avec complication
L03.11	AP	Phlegmon d'un membre inférieur
W17	AP	Autre chute d'un niveau à un autre
U98.8	AP	Autre lieu d'événement précisé

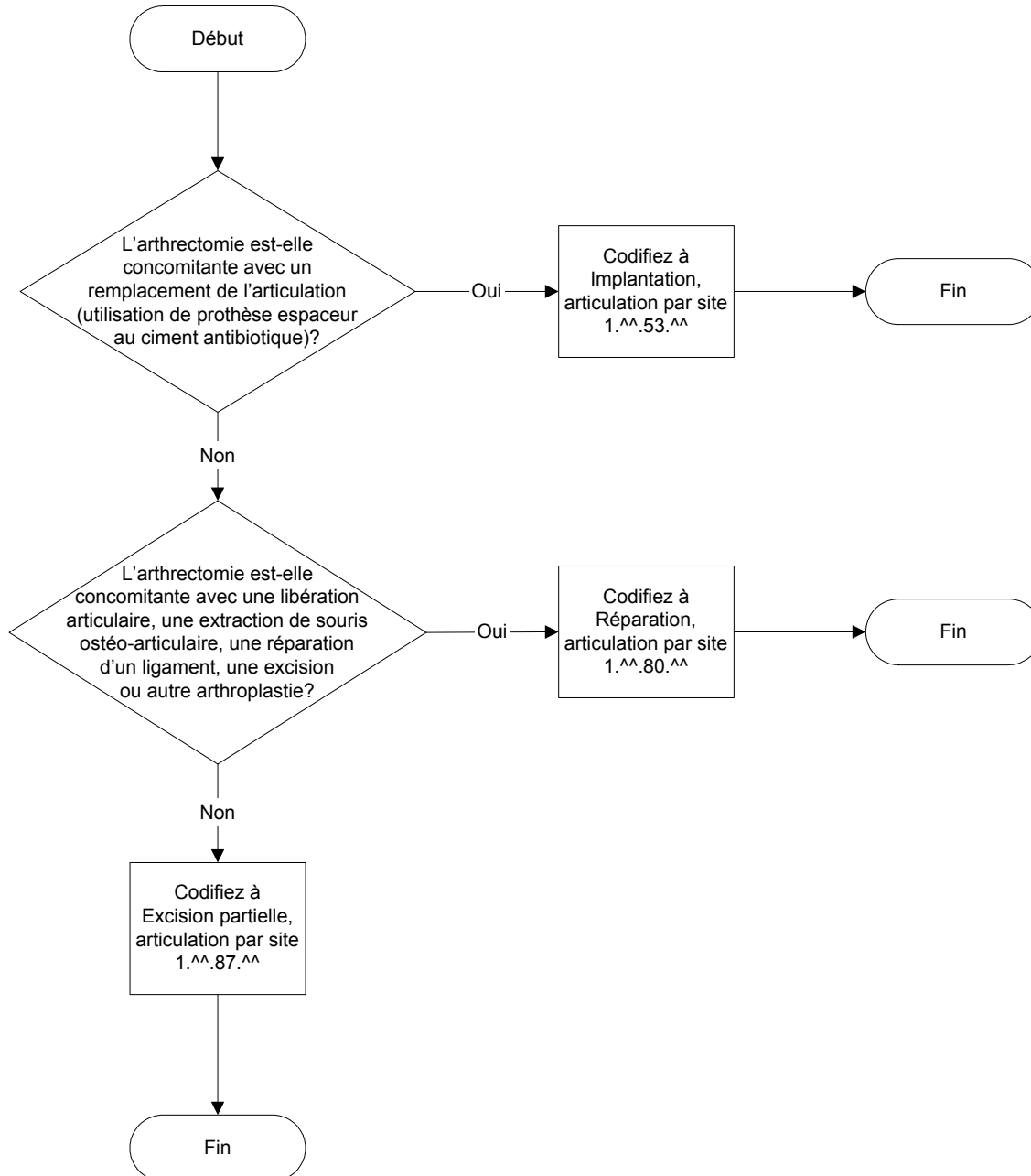
Chapitre XIII – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

Arthrectomie et arthroplastie

En vigueur depuis 2001



Codifiez l'arthrectomie comme une intervention distincte seulement lorsqu'elle ne fait pas partie d'une arthroplastie ou de la réparation d'une articulation.



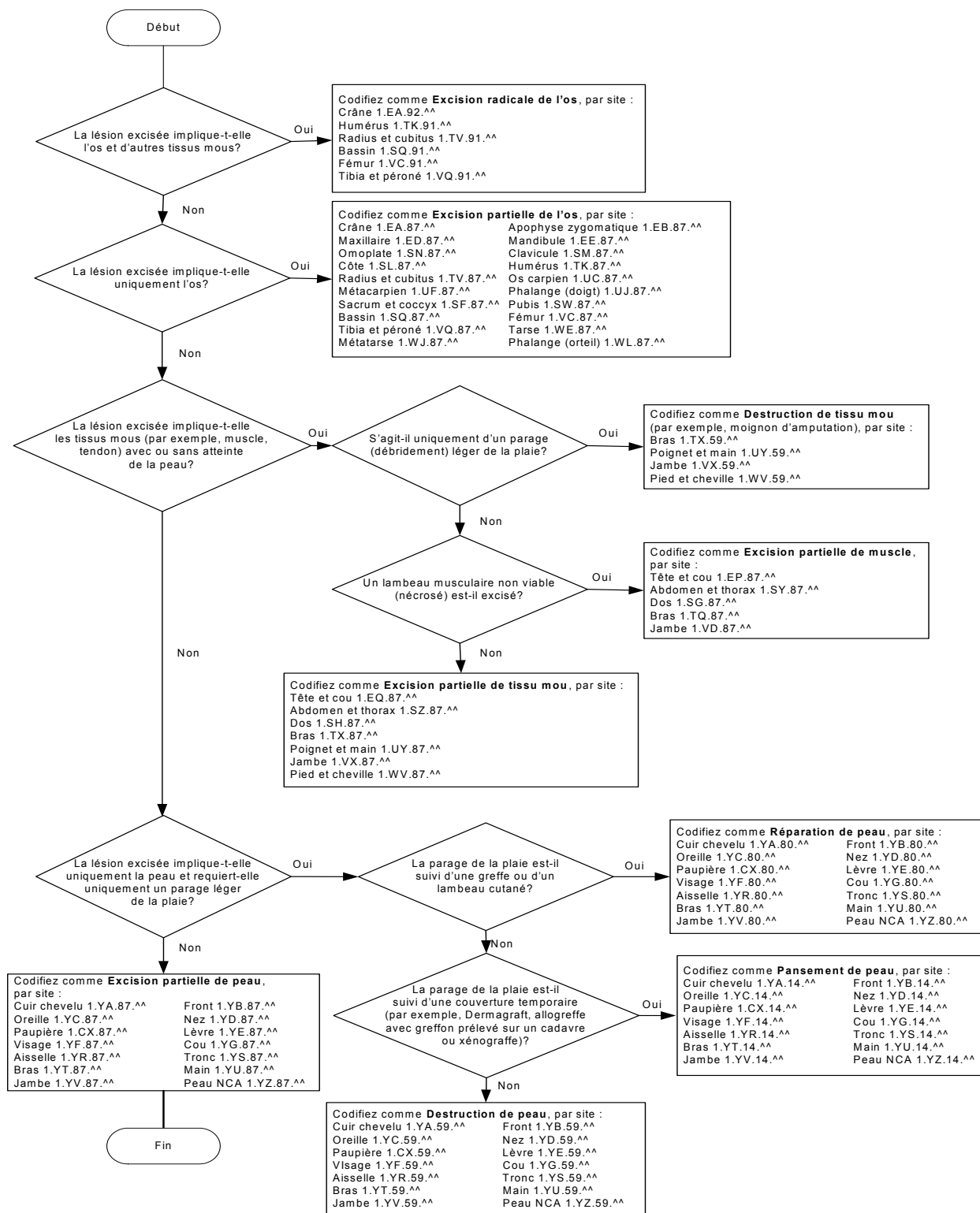
Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

- BS** Lorsque l'excision d'une lésion comprend le retrait de tissus mous et d'os, choisissez un code de la CCI avec une intervention générique se rapportant à l'excision radicale de l'os.
- BS** Lorsqu'une intervention touche la peau et des tissus mous, choisissez un code de la CCI faisant référence au site anatomique des tissus mous.
- BS** Lorsque l'excision des tissus mous d'une lésion a pour objectif un parage (débridement) mineur seulement, choisissez un code de la CCI avec une intervention générique se rapportant à la destruction des tissus mous.
- BS** Lorsque l'excision des tissus mous vise à retirer une lésion, choisissez un code de la CCI avec une intervention générique faisant référence à l'excision partielle des tissus mous.

Dans la CCI, une excision limitée à un muscle est considérée comme le retrait d'un lambeau musculaire non viable placé auparavant et est classifiée sous « excision partielle d'un muscle, selon le site ». Tout autre type d'excision de lésion d'un muscle est présumée inclure d'autres tissus mous (p. ex. peau, tissu sous-cutané, aponévrose et tendon); ces excisions sont donc classifiées en conséquence.

Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau

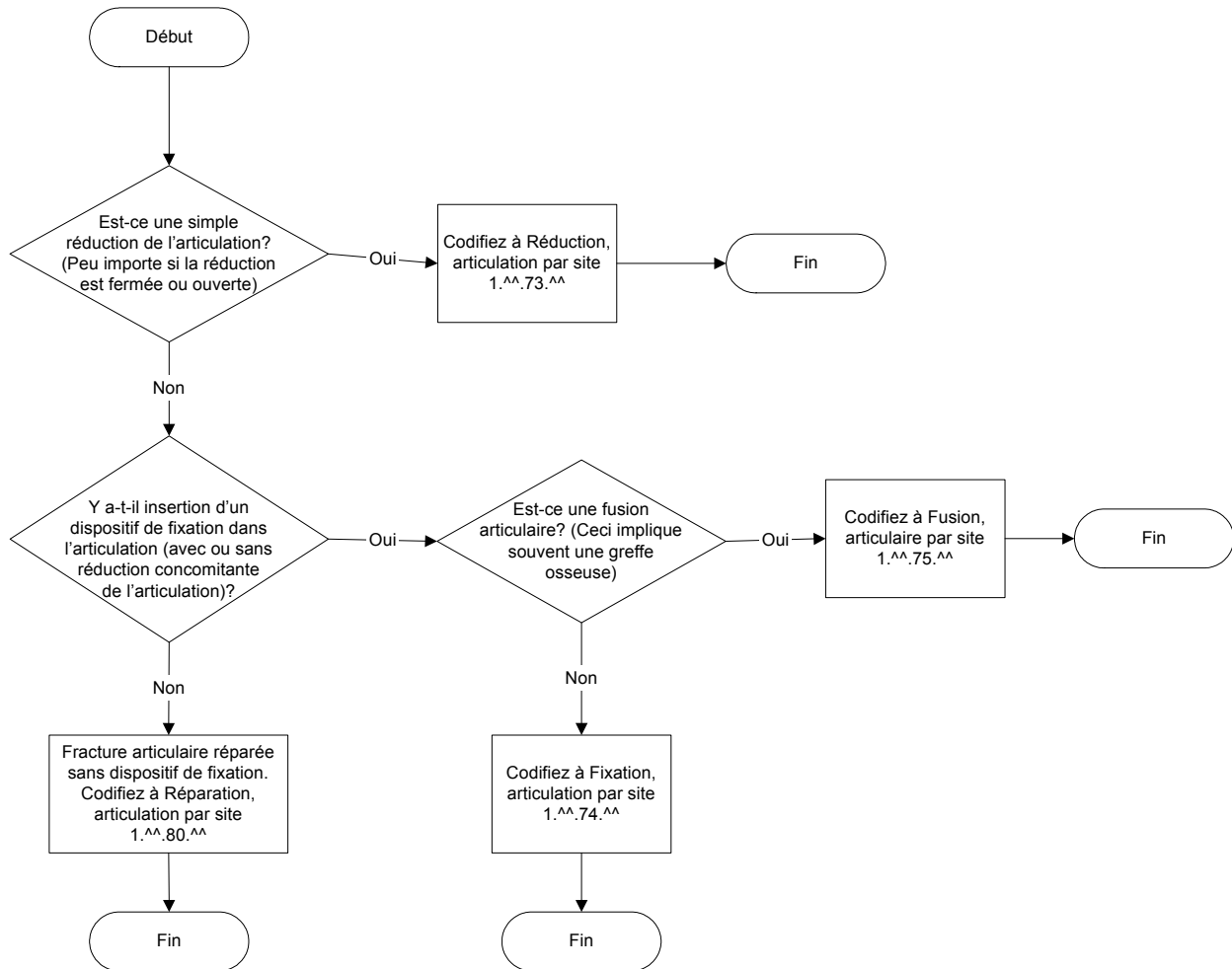


Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002



Lorsqu'une intervention est pratiquée pour corriger une fracture et que celle-ci touche une partie de l'os qui forme l'articulation, choisissez un code de la CCI dans lequel le site anatomique fait référence à une articulation.



Remarque : La présente norme de codification s'applique à toutes les articulations, y compris les vertèbres.

Fractures

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Fractures pathologiques

Les fractures pathologiques sont également appelées « fractures par tassement » ou « fractures spontanées »; elles touchent les os et les articulations affaiblis par une maladie préexistante.

BS Lorsqu'il n'existe pas de lésion traumatique connue permettant d'expliquer la fracture ou si le médecin établit clairement que la fracture est le résultat d'une maladie sous-jacente (comme une tumeur, l'ostéoporose, la maladie de Paget ou un trouble endocrinien), classifiez la fracture comme pathologique.

BS Lorsqu'une catégorie combinée n'est pas disponible ou que la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique pas, inscrivez un code pour la fracture pathologique et un autre pour la maladie sous-jacente à l'origine de la fracture. Saisissez d'abord le code correspondant à la fracture pathologique, puis le code de la maladie sous-jacente comme diagnostic de type (3)/autre problème (obligatoire).

Exemple : M. A reçoit un diagnostic de fracture pathologique du fémur causée par la maladie de Paget.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M84.45	(M)	PP	Fracture pathologique, non classée ailleurs, région pelvienne et cuisse
M88.8	(3)	AA	Maladie de Paget d'autres os

BS Appliquez la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque lorsque vous codifiez une fracture dans le cadre d'une maladie tumorale. Consultez également la norme de codification *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*.

Exemple : On a diagnostiqué un ostéosarcome à la jambe de M. B. il y a deux ans. Le patient est maintenant admis pour une fracture pathologique du tibia gauche, que l'on traite par une fixation interne du tibia.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C40.2†	(M)	Tumeur maligne des os longs du membre inférieur
M90.7*	(6)	Fracture osseuse au cours de maladies tumorales

Exemple : M^{me} W. est transportée à l'hôpital en détresse aiguë en raison d'un tassement vertébral. Elle est connue pour métastases osseuses. Elle a été atteinte d'un cancer au sein gauche, traité par mastectomie il y a trois ans.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C79.5†	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
M49.5*	(6)	AP	Tassement vertébral au cours de maladies classées ailleurs
Z85.3	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

BS Sélectionnez un code de la catégorie combinée M80.– *Ostéoporose avec fracture pathologique* pour les fractures attribuables à l’ostéoporose.

BS Lorsqu’une fracture est documentée comme étant traumatique chez un patient souffrant d’ostéoporose, assignez un code du chapitre XIX ainsi qu’un code supplémentaire de la catégorie M81.– *Ostéoporose sans fracture pathologique*, qui permet de désigner l’ostéoporose existante.

La fracture pathologique ostéoporotique est désignée par un code unique de la catégorie M80.– *Ostéoporose avec fracture pathologique*. Les codes de cette catégorie établissent clairement la relation de causalité entre la maladie et la fracture.

Exemple : Un homme de 80 ans se présente avec une fracture à la hanche attribuable à l’ostéoporose. Il ne souffre d’aucun traumatisme important connu.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M80.95	(M)	PP	Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision, région pelvienne et cuisse

Exemple : Une femme de 70 ans souffrant d’ostéoporose a glissé et a fait une chute de plusieurs marches à son domicile. Les radiographies révèlent une fracture de la vertèbre lombaire L1.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S32.000	(M)	PP	Fracture d’une vertèbre lombaire, niveau L1, fermée
W10	(9)	AP	Chute dans et d’un escalier et de marches
U98.0	(9)	AP	Lieu de l’événement, domicile
M81.0	(3)	AP	Ostéoporose post-ménopausique

Justification : Même si la patiente souffre d’ostéoporose, il y a eu un événement traumatique important qui a été documenté au dossier.

Fractures de stress

Les fractures de stress sont également appelées fractures « de fatigue » ou « de marche »; elles surviennent le plus souvent au niveau des métatarses, des hanches, des talons, et du péroné ou du tibia. Les coureurs de fond, le personnel militaire, les personnes qui ont les pieds creux, ainsi que celles qui portent des chaussures sans semelles adéquates permettant d’absorber les chocs, sont les plus exposés à ce type de fracture. Les fractures de stress sont dues à une sollicitation excessive qui provoque la fissure d’un os sain. Ce problème n’est souvent diagnostiqué qu’après la formation d’un cal osseux sur le site de la fracture.

BS Lorsqu’une fracture de stress se produit au niveau des vertèbres, assignez le code M48.4– *Fracture vertébrale de fatigue*. Pour tous les autres sites, utilisez le code M84.3– *Fracture par sollicitation excessive, non classée ailleurs*.

Exemple : Une femme de 45 ans a été admise lorsque des radiographies ont révélé une fracture de stress à une vertèbre de la région lombaire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M48.46	(M)	PP	Fracture vertébrale de fatigue, région lombaire

Exemple : Un coureur de fond de 25 ans a été admis à l'hôpital lorsqu'une radiographie a révélé une fracture de stress du péroné droit.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M84.36	(M)	PP	Fracture par sollicitation excessive, non classée ailleurs, jambe



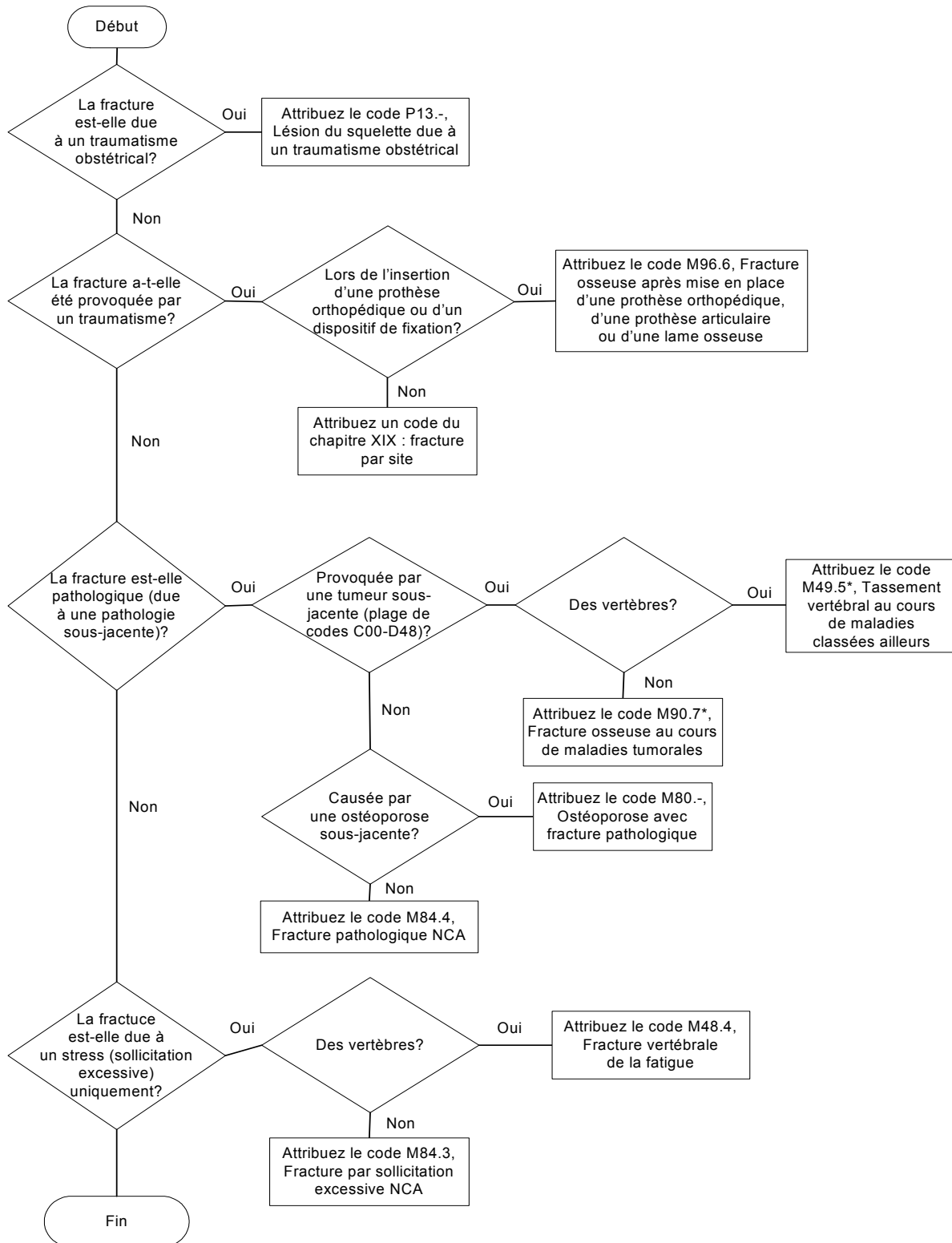
Classifiez les fractures de stress ostéoporotiques sous la catégorie M80.– *Ostéoporose avec fracture pathologique* (n'inscrivez pas M84.3– *Fracture par sollicitation excessive, non classée ailleurs*).

Exemple : Des fractures de stress des vertèbres D11 et D12 sont mises en évidence par radiographie chez une dame de 65 ans souffrant d'ostéoporose vertébrale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M80.98	(M)	PP	Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision, autre site

Fractures



* Codes de manifestation devant être associés à un code supplémentaire désignant la maladie sous-jacente (code à dague).

Arthrose

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

- BS** L'arthrose doit être classée comme « primaire » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal inscrit au dossier :
- l'arthrose est idiopathique;
 - aucune cause sous-jacente connue;
 - maladie bilatérale au même site anatomique, si elle n'est pas dite secondaire ou post-traumatique.
- BS** L'arthrose doit être classée comme « secondaire » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal :
- précise la condition causée par l'arthrose ou celle secondaire à l'arthrose.
- BS** L'arthrose doit être classée comme « post-traumatique » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal :
- indique qu'il existe un lien entre l'arthrose et une blessure précédente.
- BS** L'arthrose doit être classée comme « sans précision » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal :
- ne précise pas si la condition est bilatérale, primaire, secondaire ou post-traumatique (c.-à-d. il y a seulement une mention d'arthrose dans le dossier, sans autre précision).

Exemple : M. R., un homme de 53 ans souffrant d'arthrose idiopathique au genou gauche, est admis pour subir une arthroplastie totale du genou non urgente.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M17.1	(M)	Autres gonarthroses primaires

Exemple : M. M., un homme de 22 ans souffrant d'arthrose secondaire dans le genou gauche due au syndrome d'Ehlers-Danlos, est admis pour subir une arthroplastie totale du genou non urgente.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M17.5	(M)	Autres gonarthroses secondaires
Q79.6	(3)	Syndrome d'Ehlers-Danlos

Exemple : M. N., un homme de 75 ans souffrant d'arthrose secondaire dans le genou gauche en raison d'une blessure sportive subie il y a longtemps, est admis pour subir une arthroplastie totale du genou non urgente.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M17.3	(M)	Autres gonarthroses post-traumatiques
T93.9	(3)	Séquelles de lésion traumatique du membre inférieur, sans précision (facultatif)
Y86	(9)	Séquelles d'autres accidents (facultatif)

Exemple : M^{me} E., une femme de 75 ans, est admise pour subir une arthroplastie totale du genou non urgente. Le diagnostic consigné au dossier est « arthrose dans le genou droit ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M17.9	(M)	Gonarthrose, sans précision

Justification : Le manque de documentation sur une cause inconnue n'est pas la même chose que la mention spécifique « cause inconnue ». Lorsqu'il y a seulement « arthrose » inscrit au dossier, assignez le code M17.9.

Exemple : M^{me} K., une femme de 75 ans souffrant d'arthrose dans les deux hanches, est admise afin de subir une arthroplastie de la hanche droite. La hanche gauche sera remplacée dans six mois.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M16.0	(M)	Coxarthrose primaire, bilatérale

Justification : On présume que la maladie bilatérale est primaire lorsque rien dans le dossier n'indique qu'elle est attribuable à une autre cause.

BS Lorsqu'un patient ayant subi une arthroplastie unilatérale dans le passé en raison d'un problème d'arthrose est admis pour le traitement d'une articulation arthrosique contralatérale, inscrivez le code approprié (arthrose primaire, secondaire ou post-traumatique) afin de préciser qu'il s'agit d'une maladie bilatérale.

La littérature clinique mentionne que même si une articulation a été remplacée, le remplacement de l'articulation n'est pas une solution curative et le patient est toujours considéré comme souffrant d'une maladie bilatérale. Les maladies bilatérales qui ne sont pas spécifiées comme étant dues à une autre cause sont présumées être primaires.

Exemple : M. G. N., un homme de 53 ans souffrant d'arthrose primaire dans les deux genoux, est admis pour subir un parage (débridement) arthroscopique non urgent du genou gauche. L'arthrose dans le genou droit a été traitée il y a cinq ans au moyen d'une arthroplastie totale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M17.0	(M)	Gonarthrose primaire, bilatérale
Z96.61	(3)	Présence d'une prothèse de genou (facultatif)

Exemple : M. C. X., un homme de 64 ans souffrant d'arthrose primaire dans les deux hanches, a eu un remplacement de la hanche gauche il y a un an. Cette fois-ci, il est admis pour subir une arthroplastie non urgente de la hanche droite.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M16.0	(M)	Coxarthrose primaire, bilatérale
Z96.60	(3)	Présence d'une prothèse de hanche (facultatif)

L'information clinique se trouve à la section *Arthrose* de l'*annexe A*.

Interventions connexes

Les **injections de cortisone**, un stéroïde, servent à soulager l'inflammation et à réduire le gonflement.

Sélectionnez le code 1.^^.35.^^ *Pharmacothérapie (locale)*.

La **viscosuppléance** est une procédure qui consiste à injecter un gel transparent dans le genou. Cette substance lubrifie le cartilage (un peu comme le fait l'huile dans un moteur), soulage la douleur et favorise une plus grande mobilité du genou.

Sélectionnez le code 1.^^.35.^^ *Pharmacothérapie (locale)*.

Les **traitements chirurgicaux** de l'arthrose varient du parage (débridement) (sélectionnez le code 1.^^.87.^^ *Excision partielle*) au remplacement d'une articulation par une prothèse.

Sélectionnez le code 1.^^.53.^^ *Implantation*¹.

Rétrécissement du canal médullaire

En vigueur depuis 2008

- BS** Lorsque le diagnostic inscrit au dossier est « rétrécissement du canal médullaire » ou « sténose foraminale » et que la cause sous-jacente est précisée, attribuez un code à la cause sous-jacente, mais n'inscrivez pas le code M48.0- *Rétrécissement du canal médullaire*.
- BS** Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier est « rétrécissement du canal médullaire » ou « sténose foraminale » et que la cause sous-jacente n'est pas précisée, inscrivez le code M48.0- *Rétrécissement du canal médullaire*.
- BS** Inscrivez un code supplémentaire de la catégorie G55.-* *Compression des racines et des plexus nerveux au cours de maladies classées ailleurs* pour toute forme de radiculopathie précisée au dossier, ce qui comprend les termes suivants :
- Névrite;
 - Radiculite;
 - Sciatique;
 - Compression des racines nerveuses.
- BS** Inscrivez un code supplémentaire G99.2* *Myélopathies au cours de maladies classées ailleurs* pour toute forme de myélopathie précisée au dossier.
- BS** N'utilisez pas les codes de la catégorie M99.- *Lésions biomécaniques, non classées ailleurs* sur les abrégés soumis à la BDCP ou au SNISA. Voir la remarque sous la catégorie M99.- dans la CIM-10-CA.

L'information clinique se trouve à la section *Rétrécissement du canal médullaire* de l'*annexe A*.

i. Internet : <<http://www.arthritis.ca>>, mars 2005.

Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de rétrécissement du canal médullaire résultant d'une dégénérescence des facettes articulaires lombaires. Il démontre aussi des signes de radiculopathie dans ses membres inférieurs.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M47.26	(M)	PP	Autres spondylarthroses avec radiculopathie, région lombaire
G55.2*	(3)	AP	Compression des racines et des plexus nerveux au cours de spondylarthroses

Justification : La dégénérescence des facettes articulaires lombaires (spondylarthrose) est dite responsable du rétrécissement du canal médullaire. Comme la cause sous-jacente est précisée au dossier, le code M48.0- *Rétrécissement du canal médullaire* n'est pas requis.

Exemple : Le patient est admis pour subir une foraminotomie pour décompresser un rétrécissement du canal médullaire dans la région lombo-sacrée. Selon son dossier, il souffre également de sciatique. Le diagnostic final est une sténose foraminale avec sciatique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M48.07	(M)	Rétrécissement du canal médullaire, région lombo-sacrée
G55.3*	(3)	Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies

Justification : Le médecin n'a pas inscrit au dossier la cause sous-jacente de la sténose foraminale. En présence de rétrécissement du canal médullaire, la sciatique est classée sous la radiculopathie.

Remarque : Lorsqu'aucune cause sous-jacente n'est précisée au dossier, on recommande de communiquer avec le médecin traitant afin d'avoir plus d'information concernant le rétrécissement du canal médullaire.

Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire

Reportez-vous également à la norme de codification *Hypertension et conditions associées*.

L'information clinique se trouve à la section *Relâchement du plancher pelvien* de l'annexe A.

Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2006

BS Lorsqu'il existe une relation de cause à effet entre une péritonite et une infection du cathéter de dialyse, et que ceci est documenté par le médecin, classez la péritonite sous le code T85.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes*.

BS Assignez un code supplémentaire (facultatif) de la rubrique B95 à B97 comme diagnostic de type (3)/autre problème, lorsqu'un agent étiologique est précisé.

Une infection du point d'émergence cutané d'un cathéter de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) ne peut être présumée être la cause d'une péritonite et ne résulte pas toujours en une péritonite. Le médecin doit avoir précisé au dossier qu'il existe une relation de cause à effet entre les deux affections pour que la codification des deux soit justifiée. La péritonite peut être liée à l'introduction de bactéries dans le péritoine au cours de la procédure de dialyse, mais elle n'est pas toujours associée à une infection du site d'emplacement du cathéter. Ce problème est généralement lié au non-respect de la méthode de stérilisation du patient. Cependant, si le patient souffre d'une infection chronique du point d'émergence, il est plus à risque de développer une péritonite causée par le même organisme. Les organismes infectieux les plus fréquents sont le pneumocoque et le staphylocoque.

Exemple : Péritonite aiguë chez un patient sous dialyse péritonéale (péritonite de DPCA).

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	K65.0	(M)	PP	Péritonite aiguë

Exemple : Un patient souffre d'une péritonite due à une infection du point d'émergence cutané du cathéter de dialyse péritonéale. Le médecin a demandé à ce que l'on procède à des cultures de la peau et du liquide péritonéal (culture positive pour le staphylocoque) afin de confirmer la cause de la péritonite.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	T85.7	(M)	PP	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes
	K65.9	(3)	AP	Péritonite, sans précision
	B95.7	(3)	AP	Autres staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
	Y84.1	(9)	AP	Autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention : dialyse rénale

Exemple : Dialyse péritonéale, infection du point d'émergence cutané du cathéter, pas de péritonite.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T85.7	(M)	PP	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes
Y84.1	(9)	AP	Autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention : dialyse rénale

Ménorragie comme diagnostic principal

En vigueur depuis 2006

La ménorragie (saignement de l'utérus) peut être attribuable à une variété de causes (p. ex. hormonales) et, dans la grande majorité des cas, la cause est inconnue ou n'est pas complètement expliquée. Il peut s'agir de la principale raison pour laquelle une hystérectomie est pratiquée.

Même lorsqu'ils sont gros, les léiomyomes peuvent être asymptomatiques. Les symptômes dépendent du nombre de léiomyomes, de leur taille, de leur emplacement dans l'utérus et de leur état (c.-à-d. s'ils grossissent ou dégénèrent). Les symptômes possibles peuvent être des saignements menstruels importants ou prolongés ou des saignements entre les menstruations, de la douleur, de la pression ou un sentiment de lourdeur dans la région pelvienne pendant ou entre les menstruations, un besoin plus fréquent d'uriner et une tuméfaction dans l'abdomen.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a indiqué que les léiomyomes en soi ne sont pas une raison pour procéder à une hystérectomie ou à une embolisation. Le pourcentage de léiomyomes symptomatiques est très faible et les léiomyomes ne correspondent souvent qu'à des découvertes fortuites sur le rapport de pathologie. Lorsqu'il est documenté au dossier, que le léiomyome est la cause de la douleur ou du saignement utérin excessif, il devient le diagnostic principal.



Lorsqu'une patiente se présente pour subir une hystérectomie en raison d'une ménorragie, choisissez le diagnostic principal en fonction du diagnostic principal posé par le médecin traitant. Il ne faut pas supposer que les diagnostics figurant sur le rapport de pathologie sont la cause sous-jacente de la ménorragie, car ils peuvent simplement être des découvertes fortuites.

Exemple : Une patiente souffrant d'un épisode de ménorragie subit une hystérectomie. Le rapport de pathologie révèle la présence de léiomyomes de l'utérus. Le médecin inscrit un diagnostic principal de ménorragie sur la feuille sommaire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
N92.0	(M)	Menstruation trop abondante et trop fréquente avec cycle menstruel régulier
D25.9	(3)	Léiomyome de l'utérus, sans précision

Justification : Les léiomyomes sont signalés uniquement sur le rapport de pathologie et ne sont pas inclus dans le diagnostic principal posé par le médecin. Vous pouvez tout de même les codifier et leur attribuer le type (3) au diagnostic (facultatif).

Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité

L'information clinique se trouve aux sections *Âge gestationnel* et *Trimestres* de l'*annexe A*.

Consultez également la norme de codification *Diabète sucré* lors de la grossesse.

Comme les naissances ont habituellement lieu en milieu hospitalier, tous les énoncés et exemples se rapportent aux abrégés de la BDCP. Les cas d'obstétrique se terminant par un avortement s'appliquent tant à la BDCP qu'au SNISA.

Mort intra-utérine

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

B À partir de la 20^e semaine complète de grossesse, codifiez les morts fœtales intra-utérines tardives à l'aide du code O36.4– *Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus*.

BS Avant la 20^e semaine complète de grossesse, codifiez les morts fœtales intra-utérines précoces, avec rétention du fœtus, à l'aide du code O02.1 *Rétention d'un fœtus mort in utero*.

Exemple : Une patiente a constaté une diminution des mouvements du fœtus à 23 semaines de gestation. Au cours d'un examen, aucune fréquence cardiaque fœtale n'a pu être détectée. La patiente est à 25 semaines de gestation lorsque le travail se déclenche. Elle donne accouche d'un fœtus mâle décédé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O36.421		Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus, deuxième trimestre, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.1	(3)	Naissance unique, enfant mort-né

Exemple : Une échographie permet de diagnostiquer la mort du fœtus de M^{me} Q. à 19 semaines de gestation. La patiente est retournée chez elle en attendant le début du travail. Les contractions commencent 10 jours plus tard et la patiente accouche d'un fœtus mâle macéré pesant 150 grammes.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O02.1		Rétention d'un fœtus mort in utero

Justification : L'âge gestationnel du fœtus est déterminé au moment de son décès.

Grossesse se terminant par un avortement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2004, 2006

Consultez également la norme de codification *Poursuite de la grossesse après avortement/Réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples*.

003-008 Grossesse se terminant par un avortement

Les grossesses se terminant par un avortement sont classées sous un code de la plage 003 à 008. La première partie du code indique le type d'avortement, tandis que le quatrième caractère indique la ou les complications connexes.

Exemple : Avortement spontané incomplet sans complication, qui est traité au moyen d'une dilatation et d'un curetage.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
003.4	(M)	PP	Avortement spontané, incomplet, sans complication
5.PC.91.GA			Dilatation et curetage (après l'accouchement ou un avortement)

004 Avortement médical

Cette vaste catégorie couvre les codes de diagnostic des avortements chirurgicaux et ceux provoqués par des moyens pharmacologiques; le code de diagnostic n'indique pas la méthode utilisée pour interrompre la grossesse.



Classifiez tous les avortements médicaux ou toutes les interruptions volontaires de grossesse, quel que soit l'âge gestationnel ou le poids du fœtus, à l'aide de la catégorie 004. – *Avortement médical*, sur l'abrégié de la mère.



Lorsqu'il y a lieu, inscrivez un code supplémentaire de la catégorie 035 *Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées* à titre de diagnostic significatif de type (1)/ autre problème, afin de signaler, sur l'abrégié de la mère, toute raison reliée au fœtus ayant causé l'interruption de la grossesse (p. ex. anencéphalie fœtale).

Exemple : Avortement médical par curetage, par succion à 10 semaines de gestation pour une grossesse non-désirée .



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
004.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
5.CA.89.GC			Interruption de grossesse par chirurgie, aspiration et curetage, voie vaginale

Exemple : M^{me} W. se présente à l'hôpital à 26 semaines de gestation. Au cours de sa dernière visite prénatale, une échographie et une amniocentèse sont demandées. Les résultats de l'amniocentèse ont démontré que le fœtus souffrait de trisomie 21. M^{me} W. décide de ne pas mener la grossesse à terme. Elle est admise pour subir un avortement médical par l'insertion vaginale de prostaglandine.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
004.9	(M)	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
035.109	(1)	Soins maternels pour anomalie chromosomique (présumée) du fœtus, épisode de soins non précisé ou sans objet
5.CA.88.CK-I2		Interruption pharmacologique de grossesse, ocytocines, approche par voie naturelle

Lorsque les interruptions de grossesse sont réalisées plus tard durant la grossesse, certains établissements peuvent produire un abrégé pour les mortinaissances. Dans ce cas, vous devez utiliser le code P96.4 *Interruption de grossesse, fœtus et nouveau-né* pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégé.



Lorsque l'interruption d'une grossesse aboutit à une naissance vivante, peu importe l'âge gestationnel, sélectionnez un code de la catégorie 004.– *Avortement médical*, pour l'abrégé de la mère, et le code Z37.0 *Naissance unique, enfant vivant* pour indiquer que l'avortement s'est terminé par une naissance vivante.

Exemple : À 20 semaines de gestation, M^{me} T. demande à subir un avortement thérapeutique. Elle reçoit donc du misoprostol par voie intraveineuse, intervention qui résulte en l'expulsion du fœtus. Le rythme cardiaque et la respiration du bébé sont détectés à sa naissance.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
004.9	(M)	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.CA.88.HA-A2		Interruption pharmacologique de grossesse, traitement antiacide, approche percutanée (p. ex. voie intraveineuse, injection intra-amniotique ou extra-amniotique)

Exemple : Une patiente subit un avortement médical à 23 semaines de grossesse pour anencéphalie fœtale. Le travail est déclenché avec des oxytocines administrés par voie intraveineuse. Le fœtus naît vivant et survit pendant une heure.



Abrégé de la mère :

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
004.9	(M)	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
035.009	(1)	Soins maternels pour anencéphalie fœtale (suspectée), épisode de soins non précisé ou sans objet
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.CA.88.HA-I2		Interruption pharmacologique de grossesse, oxytocines, approche percutanée (p. ex. voie intraveineuse, injection intra-amniotique ou extra-amniotique)



Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une naissance vivante, l'établissement peut enregistrer le fœtus comme un nouveau-né. Dans ce cas choisissez le code P96.4 *Interruption de grossesse, fœtus et nouveau-né* pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégié du nouveau-né.



Utilisez un ou plusieurs codes pour décrire toute anomalie congénitale connexe comme comorbidité supplémentaire.



Inscrivez un code de la catégorie Z38.– comme diagnostic de type (0).

Exemple : Une patiente accouche d'un fœtus vivant souffrant d'anencéphalie.



Abrégé du nouveau-né :

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P96.4	(M)	Interruption de grossesse, fœtus et nouveau-né
Q00.0	(1)	Anencéphalie
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale



Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une mortinaissance (c.-à-d. à ≥ 20 semaines de gestation), le fœtus peut-être enregistré comme un enfant mort-né par l'établissement. Dans ce cas, choisissez le code P96.4 *Interruption de grossesse, fœtus et nouveau-né* pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégié de la mortinaissance. Assignez un ou plusieurs codes pour décrire toute anomalie congénitale connexe comme diagnostic de type (3).

Exemple : Le résultat de l'accouchement est un fœtus mort-né atteint d'anencéphalie.



Abrégé de la mortinaissance :

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P96.4	(M)	Interruption de grossesse, fœtus et nouveau-né
Q00.0	(3)	Anencéphalie

Justification : Les mortinaissances n'ayant aucune incidence sur la durée de séjour, les codes supplémentaires enregistrés sur l'abrégié de l'enfant mort-né (différents de ceux inscrits sur l'abrégié du nouveau-né) doivent être jumelés à un type de diagnostic (3).

005 Autres formes d'avortement



Attribuez un code de la catégorie 005.– *Autres formes d'avortement aux auto-avortements ou aux avortements qui surviennent à la suite d'une amniocentèse ou d'un traumatisme.*

Exemple : M^{me} B. en est à sa 18^e semaine de grossesse. À son retour à la maison après le travail, sa voiture est frappée de plein fouet par un homme qui n'a pas respecté un panneau d'arrêt. Elle se fracture un os du bassin (l'ischion) et donne ensuite naissance spontanément à un fœtus mort-né.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S32.800	(M)	PP	Fracture fermée de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin
V43.5	(9)	AP	Occupant d'une automobile blessé dans une collision avec une automobile ou une camionnette, conducteur d'une automobile, accident de la circulation
005.9	(1)	AP	Autres formes d'avortement complet ou sans précision, sans complication

007 Échec d'une tentative d'avortement



Lorsqu'une intervention visant à mettre fin à une grossesse ne produit pas les résultats voulus, inscrivez un code de la catégorie 007.– *Échec d'une tentative d'avortement.* Pour que cette catégorie soit valide, un fœtus viable doit toujours se trouver dans l'utérus suite à l'intervention.

Exemple : Une patiente est admise à 19 semaines de grossesse en vue d'un avortement médical. Du gel Prostin est inséré pour déclencher le travail mais sans succès. La patiente refuse que toute autre intervention soit pratiquée et retourne chez elle.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
007.4	(M)	Échec d'une tentative d'avortement, sans complication
5.CA.88.CK-I2		Interruption pharmacologique de grossesse, ocytocines, approche par voie naturelle

Poursuite de la grossesse après avortement/Réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008

Lorsqu'un ou plusieurs fœtus est perdu, qu'il s'agisse d'un avortement spontané ou résultant d'une intervention, le cas est classé sous la catégorie O31.– *Complications spécifiques à une grossesse multiple* et pas sous la plage O00 à O08 *Grossesse se terminant par un avortement*.

- BS** Lorsqu'une grossesse multiple n'est pas complètement interrompue après l'avortement ou la réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus (toute condition classée sous la plage O00 à O08), inscrivez un code de la catégorie O31.1– *Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus*.
- BS** Lorsqu'une réduction sélective est pratiquée en raison d'une anomalie fœtale ou d'une autre condition, attribuez un autre code comme diagnostic de comorbidité/autre problème à l'anomalie ou à l'autre condition sur l'abrégé de la réduction sélective ainsi que sur l'abrégé de l'accouchement.
- BS** Vous devez également inscrire un code supplémentaire de la catégorie O30.– *Grossesse multiple* comme diagnostic de comorbidité :
- pour préciser le nombre de fœtus présent avant l'avortement d'un ou de plusieurs fœtus;
 - pour préciser le nombre de fœtus vivants présent au cours de la grossesse, s'il y a lieu (c.-à-d. lorsqu'il y a plus d'un fœtus vivant au moment de l'accouchement).

Consultez également la norme de codification [Grossesses multiples](#).

Exemple : M^{me} A., enceinte de jumeaux, s'est présentée à l'hôpital à sa 18^e semaine de grossesse en se plaignant de légères crampes et de saignements intermittents. Malgré un repos complet au lit, elle avorte un des deux fœtus.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O31.103	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus, troubles ou complications antepartum
O30.003	(1)	Jumeaux, troubles ou complications antepartum

Justification : La poursuite d'une grossesse après l'avortement spontané d'un ou de plusieurs fœtus est classée sous la catégorie O31.1– et non O03.–*Avortement spontané*. Comme la patiente est encore enceinte, il s'agit d'une complication antepartum et non d'un avortement.

Exemple : La même patiente se présente en travail à 37 semaines et 2 jours de gestation; elle donne naissance à une petite fille en santé à 5 h 45.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O31.101	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : Aucun code de la catégorie O30.- *Grossesse multiple* n'est inscrit parce que seul un fœtus a survécu.

Exemple : Une patiente, enceinte de quadruplets, se présente à 12 semaines de gestation pour subir une réduction sélective de deux fœtus via la ligature des cordons ombilicaux. L'intervention se déroule bien et la patiente obtient son congé. Elle garde en son ventre les fœtus réduits.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
O31.103	(M)	PP	Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus, troubles ou complications antepartum
O30.203	(1)	AP	Quadruplés, troubles ou complications antepartum
5.CA.90.FM Étendue : « 2 »			Réduction sélective de fœtus, occlusion vasculaire

Justification : La réduction sélective des fœtus est classée sous la catégorie O31.1– et non O04.– *Avortement médical*. Comme la patiente est enceinte de quadruplés, un code de la catégorie O30.- *Avortement médical* doit être utilisé pour préciser le type de grossesse. Le quatrième caractère sert à indiquer le nombre de fœtus présents avant la réduction sélective.

Exemple : La même patiente se présente à 38 semaines de gestation en raison d'une prééclampsie grave nécessitant une césarienne d'urgence. Elle donne naissance à des jumeaux en santé. Elle accouche également des fœtus réduits et retenus in utero.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O14.001	(M)	Hypertension gestationnelle [induite par la grossesse] avec protéinurie importante, accouchement réussi, avec ou sans mention de trouble antepartum
O31.101	(1)	Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.2	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants
5.MD.60.AA		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Justification : Comme les fœtus sont décédés avant les 20 premières semaines de gestation, il ne s'agit ni de mortinaissances ni de produits de conception retenus. Le code O31.1- *Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus* couvre l'avortement des deux fœtus. Lorsqu'une autre condition correspond au diagnostic principal, le code O31.1- n'est pas nécessairement attribué au diagnostic principal.

Exemple : M^{me} M., enceinte de jumeaux, est admise à 19 semaines de gestation pour subir la réduction sélective d'un fœtus en raison d'un syndrome de transfusion de fœtus à fœtus. Pour ce faire, on procède à la ligature du cordon ombilical.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O31.103	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus, troubles ou complications antepartum
O43.013	(1)	Syndromes de transfusion de fœtus à fœtus, troubles ou complications ante partum
O30.003	(1)	Jumeaux, troubles ou complications antepartum
5.CA.90.FM Étendue : « 1 »		Réduction sélective de fœtus, occlusion vasculaire

Justification : La réduction sélective du fœtus est classée sous la catégorie O31.1- et non O04.- *Avortement médical*.

Exemple : M^{me} M. est admise en phase de travail à 38 semaines de gestation. Elle donne naissance à une petite fille en santé et à un fœtus décédé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O31.101	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O43.011	(1)	Syndromes de transfusion de fœtus à fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : L'accouchement du fœtus décédé est classé sous un code de la catégorie O31.1-. Il ne s'agit ni d'une mortinaissance ni de produits de conception retenus.

Complications consécutives à un avortement et à une grossesse extra-utérine ou molaire

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003

La CIM-10-CA fait une distinction entre un épisode de soins au cours duquel l'avortement ou la grossesse extra-utérine ou molaire ainsi que les complications qui en résultent sont **traités ensemble** (le code de la plage 000 à 007 correspond au diagnostic principal/problème principal et un épisode de soins visant une complication d'un avortement ou d'une grossesse extra-utérine ou molaire **précédemment traitée** (la catégorie 008 correspond au diagnostic principal/problème principal). Reportez-vous aux termes inclus fournis dans les sous-catégories de 008 lorsque vous choisissez le quatrième caractère des codes de la rubrique 003 à 007.



Lorsque l'épisode de soins vise seulement à traiter une complication et que l'avortement lui-même a été pratiqué au cours d'un épisode antérieur, choisissez un code de la catégorie 008.– *Complications consécutives à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou molaire* comme diagnostic principal/problème principal.

Exemple : À la suite d'un avortement spontané, M^{me} S. a subi une D&C au cours du premier épisode de soins. Elle est amenée à l'urgence avec de la fièvre deux jours suivant sa sortie de l'hôpital. Elle a été traitée avec des antibiotiques pour une endométrite.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
O08.0	PP	Infection de l'appareil génital et des organes pelviens, consécutive à un avortement ou à une grossesse extra-utérine ou molaire

Justification : Aucun autre code n'est requis puisque l'avortement a été pratiqué au cours d'un épisode de soins antérieur.



Lorsqu'une complication et un avortement se produisent au cours du même épisode de soins, choisissez un code de la plage 000 à 007 comme diagnostic principal/problème principal. Inscrivez un code supplémentaire de la catégorie 008.– *Complications consécutives à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou molaire* en combinaison avec un code de la plage 000 à 002 pour désigner les complications connexes ou en combinaison avec un code de la plage 003 à 007 pour fournir plus détails.

Exemple : Rupture de grossesse tubaire avec choc (épisode de soins initial).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
000.1	(M)	PP	Grossesse tubaire
008.3	(1)	AP	Choc consécutif à un avortement, et grossesse extra-utérine et molaire

Justification : La complication est survenue au cours du même épisode de soins. Le code 008.3 est ajouté pour démontrer la complication.

Exemple : Avortement spontané incomplet avec perforation de l'utérus (épisode de soins initial).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
003.3	(M)	PP	Avortement spontané, incomplet, avec complications autres et non précisées
008.6	(3)	AP	Lésions des organes et des tissus pelviens consécutives à un avortement, et grossesse extra-utérine et molaire

Justification : La complication est survenue au cours du même épisode de soins. Le code 008.6 est ajouté pour donner plus de détails sur la complication dont fait référence le code 003.3 (complication autre et non précisée).

Infection par les streptocoques du groupe B/sujet porteur au cours de la grossesse

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2008

Les infections dues aux streptocoques du groupe B (SGB) chez les femmes enceintes, sont assez rares. Souvent, un prélèvement vaginal permet d'identifier le SGB, cependant, la femme ne présente aucun symptôme et est simplement porteuse de la bactérie. Un traitement antibiotique prophylactique peut être administré à la suite d'une rupture prématurée des membranes ou au cours du travail, pour s'assurer que l'organisme n'est pas transmis au bébé lors de l'accouchement.



Sélectionnez le code **O23.90** – *Infections de l'appareil génito-urinaire au cours de la grossesse, autres et sans précision* seulement lorsqu'il y a évidence d'une infection active documentée au dossier. Lorsqu'il y a une infection active, attribuez le code **B95.1** *Streptocoques, groupe B, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*, comme diagnostic de type (3), pour identifier l'organisme (facultatif).



Attribuez le code **Z22.38** *Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées* (facultatif) comme diagnostic de type (3), afin d'indiquer que la patiente est porteuse de SGB.



Lorsque des antibiotiques sont administrés de façon prophylactique chez une patiente porteuse du SGB, attribuez le code **Z29.2** *Autres mesures de chimiothérapie prophylactique* comme diagnostic de type (3) (facultatif).

Exemple : Une patiente a eu un prélèvement vaginal qui révèle la présence de streptocoques du groupe B. À son arrivée, elle ne présentait aucun symptôme. Par conséquent, il a été décidé qu'aucun traitement prophylactique n'était nécessaire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z22.38	(3)	Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées

Exemple : Un prélèvement vaginal fait à M^{me} C. révèle la présence de streptocoques du groupe B. Son dossier n'indique pas qu'elle souffre d'une infection active. Elle reçoit une dose d'antibiotiques comme mesure prophylactique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z22.38	(3)	Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées
Z29.2	(3)	Autres mesures de chimiothérapie prophylactique

Exemple : Une patiente se présente avec une infection de l'appareil génito-urinaire causée par un streptocoque du groupe B. Elle donne naissance à une petite fille par césarienne. Le dossier ne fait mention d'aucune autre complication survenue lors de la grossesse ou de l'accouchement.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O23.901	(M)	Infections de l'appareil génito-urinaire au cours de la grossesse, autres et sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
B95.1	(3)	Streptocoques, groupe B, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Accouchement complètement normal

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007



Vous devez attribuer un code de la catégorie Z37.– *Résultat de l'accouchement* à tous les accouchements.

- **Sélectionnez le code Z37.0– *Naissance unique, enfant vivant* comme diagnostic principal lorsqu'il s'agit de l'accouchement spontané par voie vaginale d'un enfant unique et qu'aucune complication n'est survenue au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité.**
- **Lorsque tout autre code du chapitre XV s'applique à la situation, inscrivez un code approprié dans la catégorie Z37.– comme diagnostic de type (3) (obligatoire).**

Lorsque les termes suivants sont utilisés, et qu'il n'y a aucune autre inscription au dossier suggérant le contraire, ils sont des indicateurs d'un accouchement spontané sans complication :

- Accouchement spontané par présentation du sommet;
- Occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA);
- Occipito-iliaque droite antérieure (OIDA);
- Enfant vivant unique à terme;
- Mère en bonne santé ayant accouché;
- Position occipito-iliaque transverse au cours du travail qui se tourne spontanément en position occipito-antérieure à l'accouchement;

- Position occipito-iliaque postérieure au cours du travail qui se tourne spontanément en position occipito-antérieure à l'accouchement;
- Absence de manipulation fœtale ou d'utilisation d'instruments (p. ex. forceps).

Les présentations suivantes sont considérées comme anormales et ne font pas partie des cas d'accouchements complètement normaux. Codifiez la condition suivante lorsqu'elle entraîne une prestation de soins au cours de la grossesse ou lorsqu'elle se produit au cours du travail ou à l'accouchement :

- Présentation par le siège
- Présentation du front
- Présentation composée (main ou bras derrière la nuque)
- Présentation du cordon
- Arrêt en profondeur en position transverse
- Présentation de la face
- Présentation occipito-postérieure persistante (Face vers le pubis, position occipitopostérieure directe)
- Présentation occipito-transverse persistante
- Procidence d'un bras
- Présentation transverse/oblique
- Position instable

Reportez-vous également aux normes de codification *Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement*, *Dystocie* et *Interventions associées à l'accouchement*.

Exemple : M^{me} G. a donné naissance à un petit garçon en santé par voie vaginale sans complication, par présentation occipito-iliaque gauche postérieur.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z37.0	(M)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.50.AA		Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie

Justification : Le dossier ne présente aucune mention de la présentation occipito-postérieure persistante (face vers le pubis), de manipulation fœtale, ni d'utilisation d'instruments. Il convient alors de dire que la rotation spontanée de la tête du fœtus en position occipito-antérieure s'est produite avant l'accouchement.

Exemple : M^{me} H. a donné naissance à une petite fille en santé par voie vaginale. Le bébé s'est présenté par le siège. Un obstétricien était présent à l'accouchement.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O32.101	(M)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.56.AA		Accouchement par le siège spontané, sans épisiotomie, avec dégagement spontané de la tête

Justification : La présentation par le siège est anormale et n'est jamais considérée comme un cas d'accouchement complètement normal. Aucune mention de manoeuvres particulières, ni d'utilisation d'instruments ne précise qu'il s'agit d'une dystocie. Il convient donc d'inscrire le code O32.101.

Remarque : Certaines interventions obstétricales n'écartent pas la possibilité d'utiliser le code Z37.0 comme diagnostic principal (p. ex. déclenchement du travail pour raisons pratiques, rupture artificielle des membranes et/ou épisiotomie). Dans le cas où une césarienne est demandée par une mère n'ayant jamais subi de césarienne auparavant et pratiquée en l'absence de toute indication, le code Z37.0 *Naissance unique, enfant vivant* peut tout de même être utilisé comme diagnostic principal.

Exemple : M^{me} W. une primipare ne veut pas accoucher par voie vaginale et a demandé à subir une césarienne non urgente. Aucune complication n'est survenue au cours de la grossesse et de l'accouchement. L'obstétricien a pratiqué une césarienne du segment inférieur sans forceps.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z37.0	(M)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.60.AA		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Exemple : M^{me} F. a donné naissance à son premier enfant par césarienne. L'obstétricien note que la patiente est une candidate pour un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC). Toutefois, la patiente ne souhaite pas accoucher par voie vaginale et demande à subir une césarienne non urgente. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans complications. L'obstétricien a pratiqué une césarienne du segment inférieur sans forceps.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O34.201	(M)	Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.60.AA		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Grossesses multiples

En vigueur depuis 2008

B En cas de grossesse multiple, même en l'absence de problème lié à la grossesse ou à l'accouchement, vous devez inscrire un code de la catégorie O30.– *Grossesse multiple*.

Exception : L'utilisation d'un code de la catégorie O30.– *Grossesse multiple* est facultative lorsque le cas peut être classé sous un code de la plage O00 à O08 *Grossesse se terminant par un avortement*.

Exemple : Accouchement spontané normal par voie vaginale de jumeaux à 38 semaines de gestation.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O30.001	(M)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.2	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

Justification : Les grossesses multiples sont toujours considérées comme des grossesses à risque élevé ou ayant le potentiel de compliquer la grossesse et l'accouchement. Les accouchements multiples ne sont donc pas considérés normaux.

Exemple : Une femme primigeste de 19 ans présentant une grossesse gémellaire connue est admise pour césarienne non urgente en raison de la présentation par le siège décomplété de l'un des jumeaux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O32.501	(M)	Soins maternels pour grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
O32.101	(1)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
Z37.2	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

Justification : Même lorsque la complication d'une grossesse multiple a été codifiée, un autre code de la catégorie O30.– est inscrit.

Sélection du sixième caractère pour la codification de l'obstétrique

En vigueur depuis 2001, modifiée en 2006, 2007

Le sixième caractère apparaissant dans tous les codes de la plage O10 à O99 permet de préciser la période (prénatale, perinatale ou postnatale) au cours de laquelle la patiente reçoit des soins, et si l'accouchement a eu lieu ou non au cours de cet épisode de soins.

B Sélectionnez le sixième caractère « 1 » – **accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum** » lorsque l'accouchement s'est produit au cours de l'épisode de soins en question et que le trouble est survenu avant ou pendant l'accouchement.

Exemple : Une patiente atteinte de diabète gestationnel est admise à 38 semaines de gestation. Elle donne naissance à un garçon en santé et obtient son congé.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O24.801	(M)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

B Sélectionnez le sixième caractère « 2 » – **accouchement, avec mention de complications post-partum** » lorsque l'accouchement s'est produit au cours de l'épisode de soins en question et que le trouble est survenu après l'accouchement.

Exemple : Une patiente est admise à 39 semaines de gestation. Elle donne naissance à un garçon en santé par accouchement spontané par voie vaginale. Elle subit une hémorragie post-partum en raison d'une rétention du placenta. Elle obtient son congé quatre jours plus tard.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O72.002	(M)	Hémorragie de la délivrance (troisième période), accouchement, avec mention de complications post-partum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

B Sélectionnez le sixième caractère « 3 » – **troubles ou complications antepartum** » lorsque la patiente est admise pour traitement d'une condition antepartum. La patiente n'accouche pas au cours de l'épisode de soins et est toujours enceinte au moment de sa sortie.

Exemple : M^{me} C., qui en est à sa 14^e semaine de grossesse, se présente à l'hôpital pour hyperémèse gravidique. Elle obtient son congé sans avoir accouché.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O21.003	(M)	Hyperémèse gravidique bénigne, troubles ou complications antepartum

B Sélectionnez le sixième caractère « 4 » – **troubles ou complications post-partum** » lorsque la patiente est admise pour le traitement d'un trouble ou d'une complication post-partum survenu à la suite de l'accouchement. L'accouchement a eu lieu au cours d'un épisode antérieur ou à l'extérieur de l'hôpital et la mère est admise après l'accouchement pour être mise sous observation ou pour recevoir des soins.

La période post-partum s'étend sur six semaines après l'accouchement, à moins d'indication contraire dans la documentation. En d'autres mots, si le médecin qualifie un problème de « trouble post-partum », mais que la période post-partum est terminée, le problème doit tout de même être enregistré comme un trouble post-partum.

Exemple : À 38 semaines de grossesse, une patiente a donné naissance à un garçon en santé par accouchement spontané par voie vaginale, avec épisiotomie. Elle a obtenu son congé le deuxième jour de la période post-partum. Elle est maintenant réadmise en raison d'une déhiscence de plaie après épisiotomie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O90.104	(M)	Rupture d'une suture obstétricale du périnée, troubles ou complications post-partum



Sélectionnez le sixième caractère « 9 » – épisode de soins non précisé ou sans objet » seulement lorsque la grossesse se termine par un avortement. Si tel est le cas inscrivez un code supplémentaire de la plage O10 à O99 pour décrire tout trouble obstétrical présent au moment de l'avortement.

Exemple : M^{me} A. demande à subir un avortement médical en raison d'anomalies fœtales connues. Une échographie a permis de déterminer que le fœtus est atteint de spina bifida avec hydrocéphalie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O04.9	(M)	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
O35.039	(1)	Soins maternels pour spina bifida (présumé) du fœtus, épisode de soins non précisé ou sans objet

Combinaisons de sixièmes caractères permis

L'utilisation de plusieurs codes est fréquente en obstétrique, dans la mesure où la patiente présente souvent plus d'un trouble pouvant influencer sur l'épisode obstétrical. Des sixièmes caractères différents peuvent être utilisés dans les codes obstétricaux lorsqu'une patiente accouche et qu'elle présente des troubles à la fois prénataux, perinataux ou postnataux. Cependant, en toute logique, certaines combinaisons de sixièmes caractères ne sont pas possibles pour un même épisode de soins.



N'approuvez que les combinaisons de sixièmes caractères qui suivent sur les abrégés.

<u>Sixième caractère</u>	<u>Utiliser</u>	<u>Ne jamais utiliser</u>
1	- seul ou avec « 2 »	- avec « 3 », « 4 » ou « 9 »
2	- seul ou avec « 1 »	- avec « 3 », « 4 » ou « 9 »
3	- seul	- avec tout autre 6 ^e caractère
4	- seul	- avec tout autre 6 ^e caractère
9	- seul	- avec tout autre 6 ^e caractère

Remarque : Certaines conditions obstétricales ne surviennent qu'à un seul moment au cours de la période obstétricale. Par exemple, le placenta prævia ne peut survenir qu'au cours de la période prénatale (seuls les sixièmes caractères 1, 3 et 9 s'appliquent). D'autres conditions obstétricales, comme l'hypertension, peuvent par contre se déclarer à n'importe quel moment au cours de la grossesse et persister après l'accouchement (n'importe quel sixième caractère s'applique).

N'oubliez pas de lire attentivement toutes les inclusions et exclusions. Dans certaines circonstances, la CIM-10-CA offre des catégories distinctes pour des conditions pouvant survenir avant ou après la naissance (p. ex. la phlébothrombose).

Les exemples qui suivent illustrent comment utiliser correctement les sixièmes caractères « 1 » et « 2 ».

Exemple : Une patiente est admise en travail pour une naissance gémellaire. Deux jours après l'accouchement, la patiente développe une hémorragie post-partum, suivie d'une phlébothrombose profonde.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O30.001	(M)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O72.202	(2)	Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire, accouchement, avec mention de complications post-partum
O87.102	(2)	Phlébothrombose profonde au cours de la puerpéralité, accouchement, avec mention de complications post-partum
Z37.2	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

Exemple : La patiente a accouché par césarienne en raison d'une dystocie attribuable à une présentation du siège. Avant la sortie de la patiente, on constate une déhiscence de la plaie de la césarienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O90.002	(2)	Rupture d'une suture de césarienne, accouchement, avec mention de complications post-partum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Le sixième caractère « 3 » — condition ou complication antepartum » doit être utilisé seul.

Exemple : M^{me} Y. en est à sa 30^e semaine de grossesse. Elle est admise avec du diabète gestationnel. Son état est surveillé pendant trois jours, puis elle obtient son congé dans un état satisfaisant, sans toutefois avoir accouché.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O24.803	(M)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), troubles ou complications antepartum

Le sixième caractère « 4 » – condition ou complication post-partum» doit être utilisé seul.

Exemple : Une patiente a donné naissance à un garçon en santé il y a deux semaines. Elle a obtenu son congé à sa deuxième journée post-partum. Elle allaite son bébé et développe un abcès au sein droit.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
091.104	(M)	Abcès du sein associé à l'accouchement, troubles ou complications post-partum

Le sixième caractère « 9 » – épisode de soins non précisé ou sans objet » doit être utilisé seul.

Exemple : M^{me} V. a été diagnostiquée avec un cancer des ovaires lors de sa 8^e semaine de grossesse. Elle a subi une série de séances de radiothérapie visant à réduire le volume de la tumeur. À la suite d'une discussion avec son radio-oncologue concernant les risques possibles de la radiothérapie pour le fœtus, M^{me} V. décide d'interrompre sa grossesse. Elle se présente maintenant pour subir un avortement médical.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
004.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
035.609	(1)	AP	Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation, épisode de soins non précisé ou sans objet

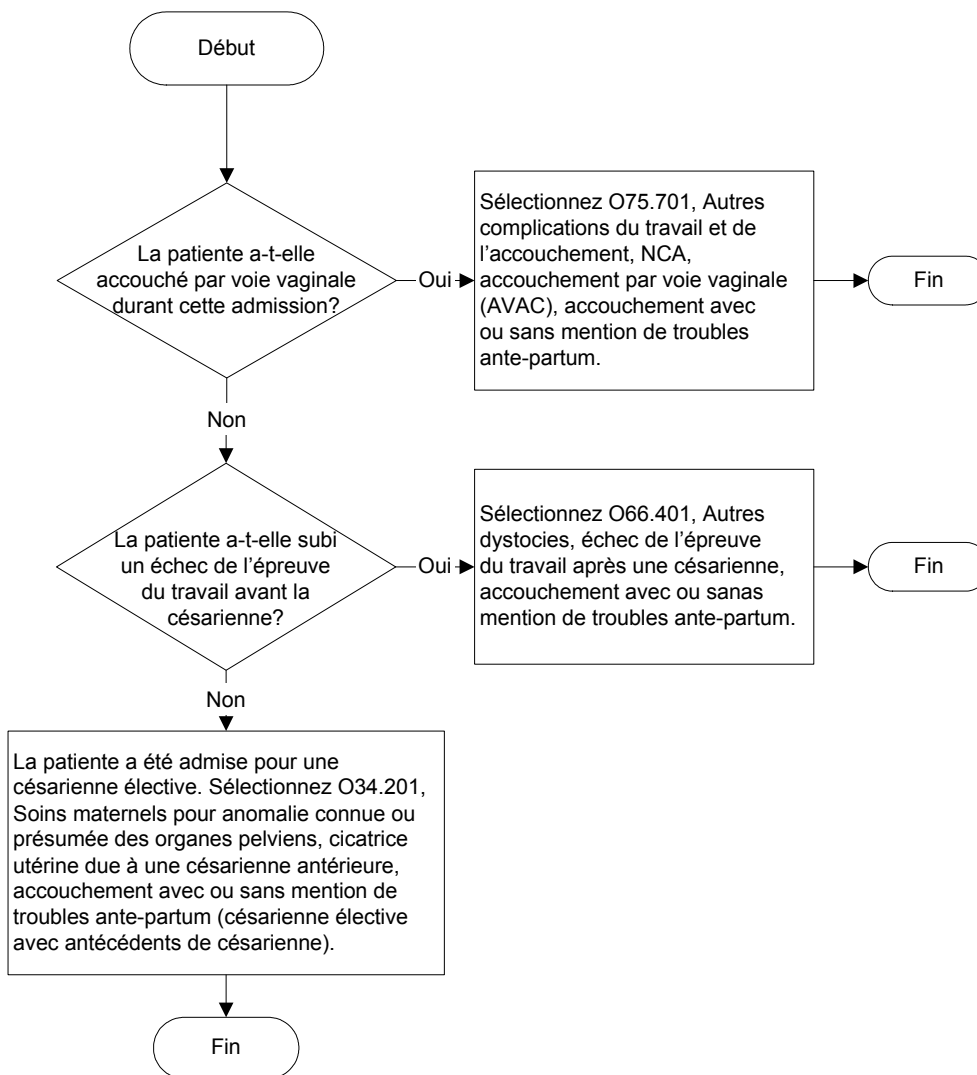
Accouchement avec antécédents de césarienne antérieure

En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006



Assurez-vous que les codes suivants n'apparaissent jamais sur le même abrégé, car ils s'excluent mutuellement :

- **O75.701** *Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum;*
- **O66.401** *Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum;*
- **O34.201** *Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum.*



B Lorsqu'une patiente *ayant* un rendez-vous pour une césarienne itérative non urgente est admise en début de travail et que l'on procède immédiatement à la césarienne, assignez le code O34.201 *Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum.*

Exemple : La patiente a déjà subi une césarienne. Au cours de la présente grossesse, le fœtus est en présentation par le siège. La mère obtient donc un rendez-vous en prévision d'une césarienne itérative élective. La mère se présente en travail à l'hôpital avant la date prévue et subit immédiatement la césarienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O34.201	(M)	Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O32.101	(1)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : La cicatrice utérine et la présentation par le siège sont deux indications pour la césarienne itérative prévue. Elles peuvent donc toutes deux être inscrites à titre de diagnostic principal.

Séquence des codes de diagnostic en obstétrique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

Lorsque vous déterminez le diagnostic principal dans les cas de soins obstétricaux, la définition du typage de diagnostic s'applique (voir aussi la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*). Les directives ci-dessous visent à aider le codificateur à mettre en application la définition de diagnostic principal dans certains cas de soins obstétriques.

B Lorsqu'un épisode de soins inclut un accouchement vaginal spontané sans utilisation d'instruments, mais que la mère avait été admise pour un trouble antepartum qui a nécessité un traitement de plus de cinq jours avant la naissance, considérez ce trouble comme le diagnostic principal.

Un trouble antepartum qui prolonge la durée du séjour avant l'accouchement d'au moins cinq jours est considéré comme utilisant plus de ressources que l'accouchement lui-même, lorsqu'il s'agit d'un accouchement de routine par voie vaginale.

Exemple : Une patiente admise avec de l’hypertension gestationnelle et traitée par repos complet au lit, a accouché d’un garçon au sixième jour suivant son admission, avec assistance manuelle et sans épisiotomie. La patiente a eu une déchirure obstétricale du périnée au premier degré, qui a été réparée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
013.001	(M)	Hypertension gestationnelle (induite par la grossesse) sans protéinurie importante, accouchement réussi, avec ou sans mention de troubles antepartum
070.001	(1)	Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.50.AA		Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie
5.PC.80.JP		Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, du vagin ou de la vulve

Justification : Le code O13.001 devient le diagnostic principal de la patiente.

Exemple : Une patiente est admise avec une grossesse à terme et souffre d’hypertension gestationnelle. Le travail est déclenché au moyen d’une injection intraveineuse d’ocytocine. Elle accouche d’un garçon avec assistance manuelle, sans épisiotomie. Une déchirure obstétricale du périnée au premier degré est réparée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
013.001	(M)	Hypertension gestationnelle (induite par la grossesse) sans protéinurie importante, accouchement réussi, avec ou sans mention de troubles antepartum
070.001	(1)	Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.50.AA		Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie
5.PC.80.JP		Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, du vagin ou de la vulve
5.AC.30.HA-I2		Déclenchement du travail, injection percutanée d’un agent ocytocique

Justification : Même si le trouble antepartum n’a pas entraîné un séjour > 5 jours, il peut quand même être codifié comme le diagnostic principal. Dans ce cas, c’est la condition pour laquelle un déclenchement du travail a été requis. La déchirure du périnée est minime et n’exige que peu de ressources.


- B** Dans les cas d'hospitalisation où le séjour n'a pas dépassé la durée prévue, si l'accouchement a été effectué par césarienne ou à l'aide d'instruments (forceps ou ventouse), sélectionnez le diagnostic expliquant le motif de l'intervention comme diagnostic principal.
- B** Dans les cas où l'échec des forceps ou de la ventouse mène à une césarienne, inscrivez à titre de diagnostic principal la condition sous-jacente liée à la mère ou au fœtus qui était l'indication pour utiliser les forceps ou la ventouse.

Lorsqu'un cas est à l'intérieur de la durée prévue du séjour pour un accouchement avec instrumentation, il est présumé qu'aucune autre condition n'a contribué à une plus grande utilisation de ressources que celle qui a motivée le choix de la méthode d'accouchement.

Exemple : Une patiente est admise avec un diabète gestationnel. Le travail se déclenche pendant sa première journée d'admission. Après sept heures de travail, on détermine que la patiente ne peut pas accoucher par voie vaginale en raison d'une disproportion céphalopelvienne. Elle est conduite en salle d'opération et donne naissance à une fille en santé par césarienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O65.401	(M)	Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O24.801	(1)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Exemple : Une patiente souffrant d’hypertension gestationnelle est admise et traitée par repos complet au lit. Le septième jour, le travail s’est déclenché de façon spontanée.  Après huit heures de travail, on constate que la patiente ne peut pas accoucher par voie vaginale en raison d’une disproportion céphalopelvienne. Des signes de détresse fœtale (anomalie du rythme cardiaque) sont observés et la tension artérielle de la mère continue de s’élever. Elle est conduite en salle d’opération et donne naissance à une fille en santé par césarienne.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O13.001		Hypertension gestationnelle (induite par la grossesse) sans protéinurie importante, accouchement réussi, avec ou sans mention de troubles antepartum
O65.401		Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O68.001		Travail et accouchement compliqués d’une anomalie du rythme cardiaque du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.60.AA		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Justification : Comme dans de nombreux cas de soins obstétricaux, les circonstances entourant la situation de la patiente sont uniques et les directives mentionnées plus haut ne s’appliquent pas. Le choix du diagnostic principal est déterminé en fonction de la documentation. Lorsqu’il n’y a aucune indication claire pour déterminer quel diagnostic est le principal, choisissez la première condition inscrite par le médecin. Consultez également la norme de codification *Diagnosics d’importance équivalente*.

Exemple : Le col est complètement dilaté et le fœtus se trouve en position occipito-iliaque transverse gauche et au niveau de présentation + 1. On tente, à l'aide des forceps, de faire tourner la tête du fœtus et de la dégager. Après la troisième contraction, puisque la descente du fœtus ne s'est pas poursuivie, on décide d'abandonner les forceps et de procéder à une césarienne du segment inférieur.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.001	(M)	Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
O66.501	(1)	Échec de l'application d'une ventouse et d'un forceps, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.60.JW Étendue : « 01 »		Césarienne, avec forceps, incision transversale du segment inférieur (transversale basse)

Justification : La césarienne est pratiquée afin de soulager la dystocie liée à une position anormale. Il convient donc d'inscrire le code O64.001 à titre de diagnostic principal. L'échec de l'application de la ventouse ou des forceps ne devient pas l'indication de la césarienne. L'accouchement par traction à l'aide de forceps n'est pas inscrit séparément. Il s'agit d'un qualificateur de la césarienne.

Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2007

- B** Utilisez un code de la plage O32 à O34 lorsque :
- L'état est documenté avant le début du travail, puis une césarienne électorale est réalisée;
 - Les interventions visant à régler un problème potentiel de dystocie (p. ex. une rotation, une version) sont réalisées avant le début du travail;
 - L'accouchement spontané d'une présentation ou d'une position anormale par voie vaginale se produit (p. ex. sans manipulation du fœtus, ni utilisation d'instruments), même si la présentation ou la position anormale n'est remarquée qu'après le travail commencé.
- B** Lorsque le travail a commencé, mais qu'une intervention médicale est nécessaire en raison d'une position ou d'une présentation anormale, d'une disproportion ou d'une anomalie foeto-pelviennes, utilisez un code de la plage O64 à O66 *Dystocie*.

Reportez-vous également aux normes de codification *Accouchement complètement normal* et *Dystocie*.

Exemple : Une primigeste de 26 ans présentant une grossesse gémellaire connue est admise pour césarienne en raison d'une présentation par le siège de l'un des jumeaux. La patiente a subi une césarienne du segment inférieur et les jumeaux sont nés sans problème.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O32.501	(M)	Soins maternels pour grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O32.101	(1)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.2	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

Justification : La mère est admise en vue d'une césarienne planifiée. Elle n'a pas été en travail, donc la sélection du code se fait dans la plage O32-O34, et non dans la plage O64-O66.

Exemple : Une primigeste de 26 ans présentant une grossesse gémellaire connue est admise en début de travail. Le travail évolue favorablement, le col étant presque complètement dilaté, jusqu'à ce qu'il devienne apparent que le jumeau A se présente par le siège. La patiente a subi une césarienne du segment inférieur et les jumeaux sont nés sans problème.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.2	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

Exemple : Une multigeste de 27 ans est admise pour une césarienne électorive en raison d'antécédents de deux césariennes. Elle donne naissance à un garçon.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O34.201	(M)	Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Exemple : Une femme de 27 ans (para 1, gravida 2) est admise en travail actif avec une dilatation du col de 6 cm. Cette patiente a des antécédents de césarienne, mais souhaitait une épreuve de travail dans l'espoir d'un accouchement par voie vaginale. Après plusieurs heures de travail, elle reçoit un diagnostic de présentation occipito-postérieure persistante et une césarienne est pratiquée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.001	(M)	Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O66.401	(1)	Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Exemple : Une multigeste de 27 ans est admise en phase de travail actif avec une dilatation du col de 6 cm. Cette patiente a des antécédents de césarienne, mais souhaitait une épreuve de travail. Après deux autres heures de travail, elle accouche par voie vaginale d'une fille.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O75.701	(M)	Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital en début de travail. Le foetus est en position occipito-postérieure droite. Au moment où la dilatation est complète, le foetus est en position occipito-postérieure directe. Les jambes de la mère sont placées dans les étriers en position de lithotomie. On l'encourage à pousser. L'accouchement spontané par voie vaginale se produit à partir de la position occipito-postérieure directe.



Diagnostic principal : Position occipito-postérieure persistente, prolongation des premier et deuxième stade du travail.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O32.801	(M)	Soins maternels pour d'autres présentations anormales du foetus, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
O63.001	(1)	Prolongation de la première période (dilatation), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O63.101	(1)	Prolongation de la deuxième période (expulsion), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : Il est possible qu'un accouchement spontané par voie vaginale se produise à partir de la position occipito-postérieure directe. Toutefois, il ne s'agit pas d'un accouchement normal. Aucune manipulation du foetus, ni utilisation d'instruments n'indique la dystocie donc le bon code à inscrire est donc O32.801.

Rupture prématurée des membranes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006

B Sélectionnez un code de la catégorie O42.– *Rupture prématurée des membranes* lorsqu'il y a rupture spontanée du sac amniotique plus d'une heure avant le début des contractions. Optez pour un code de la catégorie O42.– en fonction de l'intervalle entre la rupture des membranes et le début du travail, avec un deuxième axe pour l'âge gestationnel (à terme ou avant terme) au moment de la rupture.

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital à 35 semaines de gestation avec une rupture spontanée des membranes. Elle ne ressentait aucune contraction. Le travail a commencé six heures après la rupture prématurée des membranes. La patiente donne naissance à un garçon en santé deux heures après le début du travail.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O42.011	(M)	Rupture prématurée des membranes avant terme, avec début du travail dans les 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O60.101	(1)	Travail avant terme avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum
O62.301	(1)	Travail trop rapide, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

B Lorsque l'accouchement se produit plus de 24 heures après la rupture prématurée des membranes, inscrivez le code supplémentaire O75.601 *Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum.*

Exemple : Une primigeste de 24 ans, à 39 semaines de gestation, est admise à 2 h du matin avec une rupture des membranes survenue à 19 h au cours de la soirée précédant son admission. La patiente a été mise en observation pendant plusieurs heures et en raison d'un manque de personnel disponible, une induction du travail n'a pas pu être effectuée avant 18 h. Les contractions ont débutées à 19 h 30 et un garçon en bonne santé est né à 22 h. Les membranes ont été rupturées pendant 24,5 heures avant le déclenchement du travail.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O42.121	(M)	Rupture prématurée des membranes à terme, avec début du travail au-delà de 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O75.601	(1)	Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O62.301	(1)	Travail trop rapide, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Travail avant terme

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

B Sélectionnez un code de la catégorie O60.– *Travail avant terme* lorsque le travail débute avant la fin de la 37^e semaine de grossesse. Le travail peut être spontané ou déclenché et être suivi d'un accouchement chirurgical ou par voie vaginale.

Reportez-vous également aux normes de codification *Grossesse se terminant par un avortement* et *Rupture prématurée des membranes*.

Exemple : Une patiente se présente en travail spontané. Elle donne naissance à une fille en santé à 36 semaines de grossesse.



Code	BDCP	Description
O60.101	(M)	Travail avant terme avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Travail prolongé

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

B Choisissez un code de la catégorie O63.– *Travail prolongé* lorsque la durée des stades de travail répond aux critères ci-dessous :

O63.0– <i>Prolongation du premier stade (dilatation)</i>	➤	> 18 heures pour les primipares
	➤	> 12 heures pour les multipares
O63.1– <i>Prolongation du deuxième stade (expulsion)</i>	➤	> 2 heures pour les primipares
	➤	> 3 heures pour les primipares sous épidurale
	➤	> 1 heure pour les multipares
	➤	> 2 heures pour les multipares sous épidurale
O63.2– <i>Accouchement retardé du deuxième jumeau, triplé, etc.</i>	➤	plus de 15 minutes entre chaque naissance

Exemple : M^{me} J. est primipare. Elle se présente à l'hôpital en travail. Après 20 heures de travail, comme le col de la patiente demeure à 6 cm de dilatation, son obstétricien recommande de procéder à une césarienne. Elle donne naissance à une fille en santé par césarienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O63.001	(M)	Prolongation de la première période (dilatation), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O62.101	(1)	Inertie utérine secondaire, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : La phase active du travail s'est interrompue (la dilation a atteint 6 cm, puis elle s'est arrêtée). Il convient donc de codifier l'inertie utérine secondaire. Les deux conditions étant présentes, les deux codes sont inscrits. La séquence des codes n'a pas d'importance dans ce cas-ci; les deux peuvent être considérés comme le diagnostic principal.

Exemple : M^{me} B. une patiente gravida 3 et para 2, se présente à l'hôpital en travail actif. Elle se plaint des contractions et le D^r C. lui administre une anesthésie épidurale. Un examen du col révèle que celui-ci est dilaté à 10 cm et complètement effacé. Elle pousse pendant deux heures et cinq minutes. Son obstétricien décide d'utiliser une ventouse. La mère accouche d'une fille en santé, née par voie vaginale assistée avec extraction basse par ventouse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O63.101	(M)	Prolongation de la deuxième période (expulsion), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : Une fois le col de la patiente dilaté à 10 cm, le travail entre dans la deuxième période.

Exemple : M^{me} N., une primipare, se présente en travail à 38 semaines de gestation; elle est enceinte de jumeaux. Après avoir poussé pendant une heure, elle donne naissance à un garçon en santé (jumeau A). Elle continue de pousser et, 18 minutes plus tard, son obstétricien utilise une ventouse pour faciliter l'extraction du deuxième bébé, une fille également en santé (jumeau B).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O63.201	(M)	Accouchement retardé du deuxième jumeau, triplé, etc., accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.2	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants

Travail trop rapide

En vigueur depuis 2007

B Sélectionnez le code O62.3- *Travail trop rapide* lorsque la durée totale du travail est ≤ 3 heures ou lorsque le médecin précise que l'accouchement ou la deuxième période étaient rapides.

Exemple : Puisque son travail ne s'est pas déclenché naturellement, une femme de 26 ans (G 4) dont la grossesse avait atteint 41 semaines + 2 jours a été admise à l'hôpital pour un déclenchement. Le jour de l'admission, à 13 h 15, on lui a administré une dose de syntocinon en IV. Le travail s'est déclenché à 14 heures. À 15 h 32, le col était complètement dilaté. Elle a commencé à pousser à 15 h 39, puis elle a accouché d'un garçon vivant à 16 h 13.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O48.001	(M)	Grossesse prolongée, accouchement avec ou sans mention de trouble antepartum
O62.301	(1)	Travail trop rapide, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Dystocie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2007

B Classifiez le travail sous un code de dystocie lorsque des anomalies font obstacle à un accouchement spontané par voie vaginale.

- Assurez-vous que la patiente était en phase de travail avant d'inscrire un code de la plage O64 à O66.
- Utilisez un code de dystocie si le médecin fait état d'une dystocie ou si l'index alphabétique conduit à un code de dystocie (p. ex. dystocie des épaules, position occipito-transverse persistante).
- Recherchez des observations indiquant une dystocie dans la documentation lorsqu'une césarienne est pratiquée en urgence en raison de risques pour la mère.

Remarque : La notion de *travail difficile SAI* n'est pas nécessairement une indication de dystocie. Il s'agit d'un terme inclus dans la sous-catégorie O62.2- *Anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col, autres formes d'inertie utérine*.

Reportez-vous également aux normes de codification *Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement* et *Accouchement complètement normal*.

Exemple : Grossesse à terme, accouchement, avec dystocie due à une présentation transverse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.801	(M)	Dystocie due à d'autres positions et présentations anormales, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Exemple : Une mère accouche d'une petite fille par voie vaginale. Il s'agit d'un cas de dystocie des épaules qui a duré plus d'une minute. L'indice d'Apgar était de 7 et de 9. La documentation ne précise aucune utilisation de manoeuvre spécifique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O66.001	(M)	Dystocie due à une dystocie des épaules, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.50.AA		Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie

Justification : Dans le cas de la dystocie des épaules, la recherche dans l'index alphabétique mène uniquement à un code de dystocie. Le bon code à inscrire est O66.001, même si la documentation ne précise aucune manoeuvre particulière (p. ex. les manoeuvres de McRobert, Rubin ou Wood).

Exemple : Grossesse à terme, accouchement avec dystocie due à une présentation du siège. Une césarienne (non prévue) est pratiquée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Exemple : La patiente obtient un rendez-vous pour une césarienne électorale en raison de la présentation par le siège, Elle se présente à l'hôpital avant la date prévue car son travail s'est déclenché de façon spontanée. Elle subit immédiatement la césarienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O32.101	(M)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : La césarienne avait été prévue avant le commencement du travail. Ainsi, il convient de choisir le code des soins maternels pour la présentation par le siège connue ou présumée.

Exemple : Grossesse prolongée chez une patiente admise pour un déclenchement. On lui administre de l'ocytocine en IV, puis le travail commence. Peu après le commencement du travail, on remarque que le fœtus se présente par le siège. Le médecin donne à la mère le choix de poursuivre le travail ou de subir une césarienne. La mère opte pour la césarienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
O48.001	(1)	Grossesse prolongée, accouchement avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Justification : La présentation par le siège n'était pas connue avant le début du travail et la césarienne n'était pas prévue. Il convient donc de choisir la dystocie en raison de la présentation par le siège.

B Lorsque des soins maternels sont prodigués avant le début du travail en raison de la possibilité de dystocie, sélectionnez un code de la catégorie appropriée de la plage O31 à O34.

Exemple : Une présentation du siège a été diagnostiquée lors de l'échographie d'une patiente. Cette dernière est admise en vue d'une césarienne non urgente (prévue). Elle n'a jamais été en travail.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O32.101	(M)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Remarque : Une dystocie peut parfois se terminer par un accouchement par voie vaginale.

B Lorsque le facteur obstructif est éliminé par version et/ou par rotation au moment de l'accouchement ou par certaines autres manœuvres, résultant en un accouchement normal par voie vaginale, utilisez un code de O64 à O66 et un code d'intervention pour la procédure qui a mené à la résolution de la dystocie.

Exemple : Une patiente est admise en travail actif à 37 semaines de gestation. Le travail était compliqué par une dystocie due à une présentation du siège. Le médecin effectue avec succès une version céphalique externe et l'enfant naît par voie vaginale avec une présentation céphalique.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.50.AA		Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie
5.LD.40.JA		Version au cours du travail, par version céphalique externe (facultatif)

Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Les codes de la catégorie O68.– *Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale* permettent de signaler la présence de risques pour le fœtus de souffrir d'asphyxie. Les interventions lors de l'accouchement peuvent trouver leur sens dans la présence de ces indicateurs. Heureusement, malgré les préoccupations précédant l'accouchement, les patientes donnent le plus souvent naissance à un enfant complètement normal. Vous pouvez enregistrer les codes de la rubrique O68.0 à O68.2 sur l'abrégé de la mère même si le fœtus naît sans évidence d'asphyxie. Toutefois, il n'est pas possible d'utiliser le code O68.3– *Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine* sans résultats de laboratoire confirmant la présence de cette condition.

B Lorsqu'un diagnostic d'asphyxie intra-utérine a été confirmé par une anomalie de l'équilibre acido-basique déterminée par une cordocentèse, un prélèvement du cuir chevelu fœtal, une évaluation du pH du sang ombilical, la pCO₂, et d'autres examens, inscrivez le code O68.3– *Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine*.

Remarque : Lorsque des signes d'asphyxie intra-utérine sont présents avant le début du travail, sélectionnez un code O36.3– *Soins maternels pour signes de mort apparente du fœtus (hypoxie fœtale)*.

Remarque : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a déterminé les critères suivants pour le diagnostic d'asphyxie intra-utérine :

- pH artériel du cordon ombilical $\leq 7,0$;
- déficit basal artériel du cordon ombilical ≥ 16 mmol/l.

Pour de plus amples renseignements, consultez la norme de codification *Asphyxie fœtale et obstétricale*.

Exemple : Une patiente est admise en travail actif à 37 semaines de gestation. Au cours du travail, le rythme cardiaque du fœtus est inquiétant. Un prélèvement du cuir chevelu du fœtus révèle un pH artériel de 6,7. L'obstétricien recommande de procéder à une césarienne d'urgence en raison d'une détresse fœtale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O68.301	(M)	Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant

Hémorragie du post-partum

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

- B** Choisissez le code **O72 Hémorragie post-partum** lorsque :
- La perte de sang est excessive;
 - Le médecin indique son inquiétude par rapport à la quantité de sang perdu, peu importe la quantité (p. ex. atonie utérine).
- B** Utilisez les critères suivants pour déterminer s'il s'agit d'une perte de sang excessive :
- Un accouchement par voie vaginale avec perte de sang ≥ 500 cc au cours de la troisième période de travail, dans le post-partum immédiat ou après les 24 premières heures;
 - Une césarienne avec perte de sang ≥ 1000 cc.
- B** Codifiez une perte de sang excessive à l'aide des codes suivants :
- **O72.0 Hémorragie de la délivrance (troisième stade)**, lorsque l'hémorragie se produit au cours du troisième stade du travail en raison de la rétention ou de l'incarcération du placenta;
 - **O72.1 Autres hémorragies immédiates du post-partum**, lorsque l'hémorragie en raison d'autres causes (atonie utérine, par exemple) se produit au cours des 24 premières heures qui suivent l'accouchement;
 - **O72.2 Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire**, lorsque l'hémorragie est liée, peu importe le moment, à l'incarcération de parties, membranes ou autres produits du placenta, ou aux autres types d'hémorragie qui se produisent après les 24 premières heures et avant la sixième semaine après l'accouchement.

Exemple : Une hémorragie se déclenche chez une patiente pendant le troisième stade du travail à la suite de l'incarcération du placenta. Elle est conduite en salle d'opération où une extraction manuelle du placenta est effectuée sous anesthésie générale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O72.002		Hémorragie de la délivrance (troisième période), accouchement, avec mention de complications post-partum

Exemple : Une patiente donne naissance par césarienne à un garçon en santé. L'obstétricien inscrit au dossier que la patiente a saigné abondamment et que l'utérus semble atonique. Le médecin pratique une compression bimanuelle, puis la patiente reçoit deux doses de 40 unités de syntocinon dans 1 litre de soluté lactate Ringer ainsi qu'une dose intramusculaire d'Hemabate. La perte de sang est estimée à 900 cc.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O72.102		Autres hémorragies immédiates du post-partum, accouchement, avec mention de complications post-partum

Justification : L'atonie utérine est la cause la plus fréquente d'hémorragie post-partum et elle est classée parmi les autres hémorragies immédiates du post-partum. L'intervention est pratiquée pour interrompre le saignement. Elle est donc codifiée à titre d'hémorragie du post-partum, même si la perte de sang est inférieure à 1000 cc.

Exemple : Environ 4 heures suite à un accouchement par voie vaginale, une patiente commence à saigner abondamment par le vagin. Elle est transportée en salle d'opération pour une exploration manuelle de l'utérus. Des parties du placenta et des membranes déciduales sont trouvées et retirées.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
072.202		Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire, accouchement, avec mention de complications post-partum

Justification : On se sert du code d'hémorragies tardives ou secondaires du post-partum pour codifier le saignement en raison de la rétention de parties du placenta, peu importe le moment de l'hémorragie.

Exemple : M^{me} D. a donné naissance à un garçon en santé il y a deux semaines. Elle se présente aujourd'hui à l'hôpital avec un saignement vaginal. Elle est conduite en salle d'opération et y subit une dilatation et curetage. Des produits de conception retenus dans l'utérus sont retirés.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
072.204	(M)	Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire, troubles ou complications post-partum

Complications de l'anesthésie au cours du travail et de l'accouchement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006



Choisissez un code permettant de désigner les complications maternelles dues à l'administration d'un anesthésique général ou local, d'un analgésique ou d'un autre sédatif au cours de la grossesse ou de la puerpéralité en fonction du stade de la grossesse au moment de l'administration de l'agent.

Exemple : Une patiente reçoit une anesthésie épidurale pendant le travail et l'accouchement. Dans les 24 heures suivant l'accouchement, elle se plaint de maux de tête. Un diagnostic de céphalée après épidurale est posé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
074.502		Céphalée provoquée par une rachianesthésie et une anesthésie épidurale au cours du travail et de l'accouchement, accouchement, avec mention de complications post-partum

Dilatation et curetage

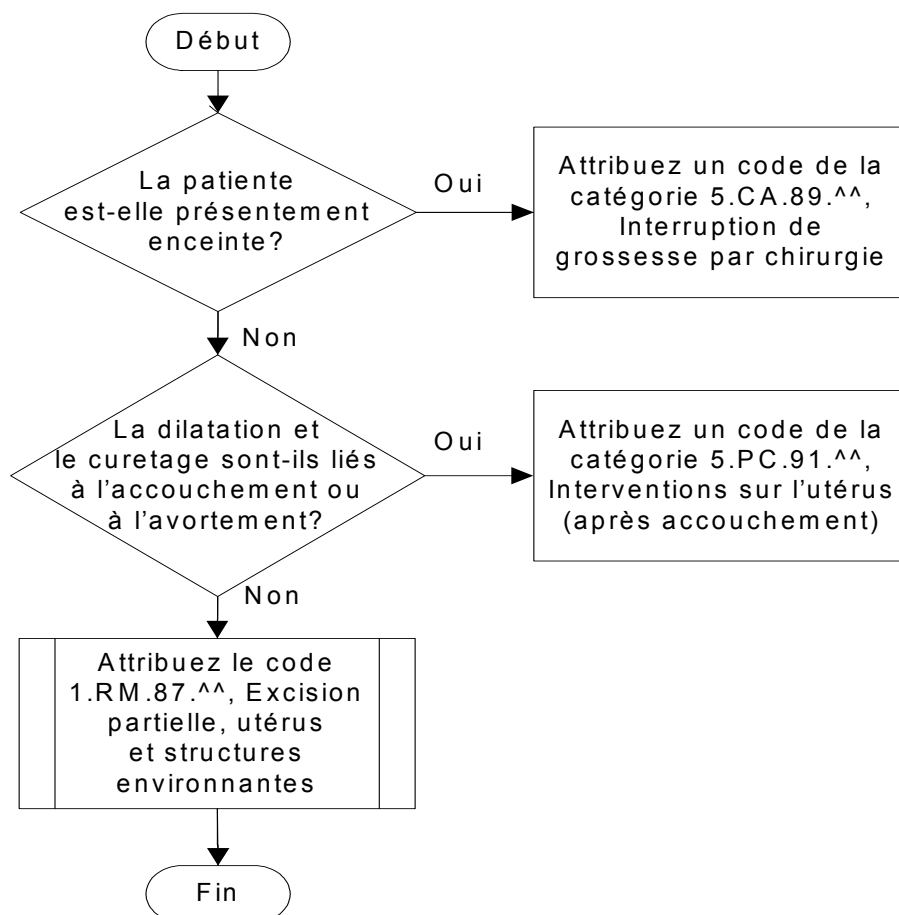
En vigueur depuis 2001

La procédure de dilatation et curetage est la seule intervention de la CCI à être présente dans plusieurs sections et dans plusieurs rubriques de la section 5.



Sélectionnez le code de la CCI faisant référence à la dilatation et au curetage de l'utérus en fonction de l'état gravide de l'utérus.

Reportez-vous également à la section sur les interventions post-partum de la norme de codification *Interventions associées à l'accouchement*.



Interventions associées à l'accouchement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007



Assignez une code d'intervention de la rubrique 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ pour chaque accouchement, incluant chaque accouchement dans une grossesse multiple.

Exception : Lorsque, dans le cas d'une grossesse multiple, l'accouchement de chaque fœtus nécessite l'utilisation du même code de la CCI, inscrivez le code une seule fois.

Exemple : M^{me} E. accouche de façon spontanée d'une fille en santé à 4 h 15. Le médecin n'était pas encore arrivé, cependant, le personnel infirmier était présent.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z37.0	(M)	Naissance unique, enfant vivant

5.MD.50.AA		Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie
------------	--	--

Exemple : Une mère de 24 ans a accouché avant terme d'un fœtus de très petite taille, dans son lit en l'absence de tout personnel soignant.

5.MD.51.ZZ		Accouchement spontané, par voie vaginale et sans assistance, approche/technique SAI
------------	--	---

Exemple : Grossesse gémellaire à 36 semaines de gestation, accouchement par césarienne du segment inférieur.

5.MD.60.AA		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation
------------	--	---

Exemple : Grossesse gémellaire, mère admise avec dilatation complète. Accouchement réussi du premier jumeau en présentation du sommet, avec utilisation de forceps inférieur associé à une épisiotomie médiolatérale. Le deuxième jumeau en présentation par le siège, a nécessité une extraction partielle par le siège.

5.MD.53.KL		Forceps traction et rotation, forceps inférieur (p. ex. manoeuvre de Pajot), avec épisiotomie (médiane ou médiolatérale)
------------	--	--

5.MD.56.PA		Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction partielle par le siège (accouchement par le siège assisté), avec dégagement spontané de la tête
------------	--	---

Justification : L'épisiotomie n'est pratiquée qu'une seule fois. Cependant, étant donné qu'elle a été effectuée avant la naissance du premier jumeau, les deux codes d'intervention sélectionnés doivent inclure l'épisiotomie. Ce principe permet de prendre en compte tous les accouchements avec épisiotomie, qu'ils concernent ou non des naissances multiples.

Déclenchement et stimulation du travail

- B** Lorsque le travail ne commence pas de façon spontanée et doit être déclenché à l'aide de méthodes artificielles, vous devez inscrire un code de la rubrique 5.AC.30.^ ^ *Déclenchement du travail* (obligatoire). Codifiez toutes les méthodes utilisées.
- B** Lorsque le travail débute de façon spontanée ou qu'il a été déclenché, et qu'une intervention est nécessaire pour s'assurer que le travail continue de progresser, vous pouvez inscrire un code de la rubrique 5.LD.31.^ ^ *Stimulation du travail* (facultatif).

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital à 42 semaines de gestation mais ne montre aucun signe de travail. On décide de déclencher le travail par rupture artificielle des membranes. Le travail commence et la patiente donne naissance à une fille en santé.

5.AC.30.AP Déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes

- B** Lorsqu'une induction de travail est effectuée, sans succès, et que la patiente obtient son congé ou subit une césarienne, inscrivez un code de la catégorie O61.– *Échec du déclenchement du travail*.
- B** Dans un cas d'échec du déclenchement du travail où la patiente subit une césarienne, inscrivez le code de l'indication pour le déclenchement du travail avant le code O61.0– *Échec du déclenchement médical du travail*.

Plusieurs tentatives d'induction au cours d'une même admission, qui résultent en un déclenchement du travail suivi d'un accouchement par voie vaginale, ne sont pas classifiées comme un échec du déclenchement du travail.

Exemple : Une patiente souffrant d'hypertension gestationnelle et d'une protéinurie importante est admise pour le déclenchement du travail. Un gel de prostaglandine est inséré par voie intravaginale et la patiente reçoit une injection intraveineuse d'ocytocine. Cinq heures plus tard, le travail n'est toujours pas commencé et, en raison de l'inquiétude causée par l'augmentation de sa tension artérielle, la mère est conduite en salle d'opération pour subir une césarienne. Elle n'avait pas d'antécédents d'hypertension.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O14.001	(M)	Hypertension gestationnelle (induite par la grossesse) avec protéinurie importante, accouchement réussi, avec ou sans mention de troubles antepartum
O61.001	(1)	Échec du déclenchement médical du travail, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.60.AA		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation
5.AC.30.AL-I2		Déclenchement du travail, utilisation d'un agent ocytocique avec plusieurs voies d'administration associées (p. ex. voie orale avec voie vaginale)

Justification : La patiente subit une césarienne, car son hypertension est de plus en plus inquiétante. Ainsi, l'hypertension gestationnelle est le diagnostic principal. L'échec du déclenchement du travail n'est pas l'indication de la césarienne.

Exemple : Une patiente souffrant d’hypertension gestationnelle et d’une protéinurie importante est admise pour une induction du travail. Un gel de prostaglandine est inséré par voie intravaginale et la patiente reçoit une injection intraveineuse d’ocytocine. Le travail commence mais, huit heures plus tard, son col n’est toujours pas complètement dilaté et sa tension artérielle continue de s’élever. Elle est conduite en salle d’opération pour subir une césarienne d’urgence. La patiente n’avait pas d’antécédents d’hypertension.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O14.001	(M)	Hypertension gestationnelle (induite par la grossesse) avec protéinurie importante, accouchement réussi, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.0	(3)	Naissance unique, enfant vivant
5.MD.60.AA		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation
5.AC.30.AL-I2		Déclenchement du travail, utilisation d’un agent ocytocique avec plusieurs voies d’administration associées (p. ex. voie orale avec voie vaginale)

Justification : Même si la patiente a accouché par césarienne, la tentative de déclenchement a réussi et ne peut donc être considérée comme un échec.

Un travail qui a été déclenché à l’aide de médicaments ou d’une chirurgie, peut quelquefois nécessiter une plus grande stimulation — la même stimulation que dans les cas de déclenchement spontané. Lorsque ceci est le cas, des codes de déclenchement et de stimulation du travail peuvent apparaître sur le même abrégé.

Exemple : Une patiente se présente à l’hôpital à 42 semaines de gestation sans signe de travail. On décide de déclencher le travail par rupture artificielle des membranes. Lorsque son col est dilaté à 5 cm, les contractions ralentissent. La patiente reçoit alors des oxytocines par intraveineuse.

5.AC.30.AP	Déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes
5.LD.31.HA-I2	Stimulation du travail, par injection d’un agent ocytocique (facultatif)

Interventions post-partum



Utilisez un code de la rubrique 5.PB.^ à 5.PD.^ *Interventions post-partum* lorsqu'une intervention propre à l'obstétrique est pratiquée au cours du troisième stade du travail et jusqu'à 42 jours après l'accouchement.

Le troisième stade du travail comprend l'intervalle entre l'expulsion du fœtus et celle du placenta. La période post-partum s'étend du troisième stade du travail jusqu'à 42 jours suivant l'accouchement. Les réparations de déchirures obstétricales sont incluses dans les interventions post-partum, tout comme les procédures de dilatation et curetage.

Exemple : Au cours de l'accouchement d'un garçon en santé, une patiente subit une déchirure périnéale au troisième degré. Le médecin en charge répare la déchirure dans la salle de travail et d'accouchement avant le transfert de la patiente à l'unité de soins obstétricaux.

5.PC.80.JQ Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure obstétricale récente du rectum et du sphincter externe de l'anus

Chapitre XVI – Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

Comme les naissances ont habituellement lieu en milieu hospitalier, tous les énoncés et exemples se rapportent aux abrégés de la BDCP.

Faible poids à la naissance

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006

- B** Lorsque le poids à la naissance est inférieur à 2 500 g, vous devez obligatoirement inscrire l'un des codes suivants comme diagnostic de type significatif :
 - P07.0 *Poids extrêmement faible à la naissance, poids à la naissance de 999 g ou moins;*
 - P07.1 *Autres poids faibles à la naissance, de 1 000 à 2 499 g.*
- B** Assignez tout code additionnel afin de préciser que le nouveau-né est « léger » ou « petit » pour l'âge gestationnel (P05.9 *Croissance lente du fœtus, sans précision*) et prématuré (P07.2 *Immaturité extrême* ou P07.3 *Autres enfants nés avant terme*).
- B** Saisissez d'abord le code de faible poids à la naissance, puis le code de croissance insuffisante du fœtus.

Enfants de faible poids à la naissance

Troubles connexes	Poids compris entre 1 000 et 2 499 grammes	Poids ≤ 999 grammes
Enfant né à terme (≥ 37 semaines de gestation)		
Malnutrition du fœtus	P07.1 P05.2	---
Restriction de croissance intra-utérine	P07.1 P05.9–	---
Faible poids à la naissance NCA	P07.1	---
Enfant né avant terme (≥ 28 semaines, mais < 37 semaines de gestation)		
Malnutrition du fœtus	P07.1 P05.2 P07.3	P07.0 P05.2 P07.3
Restriction de croissance intra-utérine	P07.1 P05.9– P07.3	P07.0 P05.9– P07.3
Faible poids à la naissance NCA	P07.1 P07.3	P07.0 P07.3
Enfant né bien avant terme (< 28 semaines de gestation)		
Malnutrition du fœtus	P07.1 P05.2 P07.2	P07.0 P05.2 P07.2
Restriction de croissance intra-utérine	P07.1 P05.9– P07.2	P07.0 P05.9– P07.2
Faible poids à la naissance NCA	P07.1 P07.2	P07.0 P07.2

Exemple : Un enfant naît par voie vaginale à 38 semaines de gestation. Le nouveau-né présente des signes évidents de restriction de croissance symétrique. Il pèse 2 400 grammes.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P05.90	(1)	Retard de croissance symétrique intra-utérine (RCIU)
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Exemple : Un enfant de 1 700 grammes naît par césarienne à 28 semaines de gestation.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Z38.01	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par césarienne

Exemple : Un enfant de 950 grammes naît par césarienne à 28 semaines de gestation. Outre la prématurité, l'enfant présente des signes de restriction de croissance fœtale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P07.0	(M)	Poids extrêmement faible à la naissance
P05.99	(1)	Retard de croissance intra-utérine (RCIU), sans précision
P07.3	(0)	Autres enfants nés avant terme
Z38.01	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par césarienne

Remarque : Cette norme ne signifie pas que le faible poids à la naissance doit être sélectionné en tant que diagnostic principal. Lorsqu'une affection grave autre qu'un faible poids à la naissance ou une naissance prématurée réunit les conditions prescrites du diagnostic principal, elle devrait être désignée ainsi sur l'abrégié.

Asphyxie fœtale et obstétricale

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, en 2007

L'information clinique se trouve à la section *Asphyxie fœtale et obstétricale* de l'*annexe A*.



Lorsque des valeurs d'asphyxie établies par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) figurent au dossier du patient, inscrivez un code de l'une des catégories suivantes :

- P20.– *Asphyxie fœtale; ou*
- P21.– *Asphyxie obstétricale.*



Lorsque ces critères ne sont pas satisfaits, codifiez le diagnostic d'asphyxie comme une asphyxie « suspectée ».



Inscrivez un ou plusieurs codes supplémentaires pour indiquer toute mention suggérant que le nouveau-né ait subi un traumatisme, comme une encéphalopathie ischémique hypoxique, et/ou une insuffisance organique.

Remarque : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) propose les critères suivants pour le diagnostic d'asphyxie intra-utérine :

- pH artériel du cordon ombilical $\leq 7,0$; ou
- déficit basal artériel du cordon ombilical ≥ 16 mmol/l.

Les taux anormaux de gaz sanguins peuvent être déclarés comme des valeurs négatives (base excédentaire) ou comme des valeurs positives (déficit basal). Les valeurs réelles demeurent inchangées.

Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic d'asphyxie fœtale et que les critères ci-dessus ne sont pas respectés, il est fortement recommandé de retourner le dossier au médecin afin qu'il confirme le diagnostic. Si le médecin souhaite que le diagnostic soit l'asphyxie fœtale, il faut qu'elle soit codifiée à titre d'asphyxie fœtale « possible ».

P20 Asphyxie fœtale

L'asphyxie fœtale est définie comme se produisant avant ou pendant le processus d'accouchement. Bien qu'il soit parfois possible de prédire cette affection pendant le travail, les cas d'asphyxie sont souvent diagnostiqués seulement après la naissance du bébé.

Des informations supplémentaires sont incluses avec les codes pour décrire quand l'asphyxie a été notée la première fois, c'est-à-dire :

- Avant le déclenchement du travail (diagnostic principal établi grâce à la gazométrie sanguine du cordon ombilical obtenue par une cordocentèse ou pendant une césarienne effectuée avant le déclenchement du travail);
- Pendant le travail ou l'accouchement (diagnostic principal établi grâce à la gazométrie sanguine obtenue au moyen d'un prélèvement du cuir chevelu fœtal pendant le travail ou de l'échantillonnage sanguin du cordon effectué au moment de l'accouchement);
- Moment non précisé.

Même si ces nourrissons présentent un indice d'Apgar à 5 minutes compris entre 0 et 5, des preuves cliniques d'asphyxie (pH artériel $\leq 7,0$) sont nécessaires.

P21 Asphyxie obstétricale

L'asphyxie obstétricale est définie comme survenant au cours de la période néonatale (c'est-à-dire après la naissance). Ces nourrissons ne présentent aucun signe d'asphyxie intra-utérine avant ou au cours de l'accouchement dont la gazométrie sanguine du cordon ombilical et l'indice d'Apgar peuvent être normaux, mais subissent un accident asphyxique après leur naissance. Le code P21.9 est rarement utilisé. L'indice d'Apgar seul, ne permet pas de poser un diagnostic d'asphyxie chez le nouveau-né. Il peut s'appuyer sur divers indicateurs cliniques non diagnostiqués ou évidents au moment de la naissance. Le diagnostic principal se fait grâce à la gazométrie sanguine du sang artériel ou capillaire prélevé chez le nouveau-né.

Exemple : La surveillance cardiaque fœtale électronique au cours du travail actif montre que le rythme cardiaque du fœtus est inquiétant. Le prélèvement de sang du cuir chevelu du fœtus révèle un pH de 6,5. Une césarienne est donc pratiquée d'urgence. Un diagnostic d'asphyxie est posé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P20.1	(M)	Asphyxie du fœtus constatée pour la première fois au cours du travail et de l'accouchement
Z38.01	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par césarienne

Exemple : Un bébé est né par césarienne pratiquée d'urgence en raison d'un épisode de bradycardie fœtale prolongée noté au cours de la première période du travail. À sa naissance, le bébé n'a pas respiré de façon spontanée et a dû être réanimé à l'aide d'un ballon et d'un masque. Les indices d'Apgar s'élevaient à 3 à 1 minute, et à 8 à 5 minutes. La gazométrie sanguine du cordon ombilical indique un pH de 6,74. Le bébé ne montre aucun signe de séquelles neurologiques au cours de son séjour. Un diagnostic principal de bradycardie prolongée du fœtus et d'une gazométrie sanguine du cordon ombilical de faible valeur est posé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P20.1	(M)	Asphyxie du fœtus constatée pour la première fois au cours du travail et de l'accouchement
Z38.01	(O)	Naissance unique, à l'hôpital, par césarienne

Justification : Les valeurs du pH du sang du cordon ombilical rencontrent les critères d'asphyxie établis par le SOGC. Par conséquent, le code P20.1 s'applique. La sélection de ce code permet simplement de saisir le fait que le nouveau-né a souffert d'asphyxie, comme le montre la faible valeur du sang du cordon. Cependant, cela ne signifie pas nécessairement que celui-ci a subi quelque dommage suite à cet épisode.

Exemple : Une mère se présente en travail et le rythme cardiaque du fœtus est rassurant. Toutefois, plusieurs heures après le début du travail, il démontre une instabilité et des décélérations. Une césarienne est alors pratiquée d'urgence. Dès sa naissance, le nouveau-né a de la difficulté à respirer et doit être réanimé par l'équipe de néonatalogie. Des indices d'Apgar de 2 et de 5 sont enregistrés à 1 et 5 minutes, respectivement. Le pH artériel du cordon ombilical est de 7,15. Un diagnostic principal d'asphyxie périnatale et d'acidose métabolique grave est posé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
(Q)P20.1	(M)	Asphyxie du fœtus constatée pour la première fois au cours du travail et de l'accouchement
Z38.01	(O)	Naissance unique, à l'hôpital, par césarienne

Justification : Le diagnostic d'asphyxie n'est pas confirmé par la valeur du pH du sang du cordon. Par conséquent, l'asphyxie ne peut être que suspectée et doit être enregistrée comme un diagnostic possible. Un diagnostic possible ou contestable est désigné par le préfixe « Q ». Remarque : Lorsque les valeurs du sang du cordon n'appuient pas le diagnostic d'asphyxie, il est fortement recommandé de retourner le dossier au médecin afin qu'il confirme le diagnostic.

Exemple : Un bébé de sexe masculin naît par voie vaginale sans rythme cardiaque. L'indice d'Apgar à 1 minute et à 5 minutes est 0. Le tracé cardiaque du fœtus est demeuré rassurant pendant toute la durée du travail. Une longue réanimation de 40 minutes est nécessaire pour ramener le bébé à la vie. Une gazométrie sanguine du cordon ombilical donne un pH de 5,0 et une base excédentaire de -21. Tout au long de la journée, l'état neurologique du bébé demeure inquiétant, et le bébé souffre de convulsions. La fonction rénale n'est également pas rassurante. Une sonde de Foley est placée et seulement 1 cm³ d'urine est recueillie au cours de la journée. Un diagnostic principal d'encéphalopathie ischémique hypoxique, anurie, est posé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P20.1	(M)	Asphyxie du fœtus constatée pour la première fois au cours du travail et de l'accouchement
P91.6	(1)	Encéphalopathie ischémique hypoxique du nouveau-né
P96.0	(1)	Insuffisance rénale congénitale
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Le diagnostic d'asphyxie est confirmé par les valeurs du pH du sang du cordon. Tous les signes néonataux connexes sont codifiés séparément. L'encéphalopathie ischémique hypoxique s'est manifestée par des convulsions. Par conséquent, ces dernières ne sont pas codifiées séparément.

Exemple : Un bébé né par voie vaginale montre des signes de dépression respiratoire, et doit être réanimé à l'aide d'un ballon et d'un masque. Il affiche des indices d'Apgar de 4 à 1 minute et de 9 à 5 minutes. Le pH artériel du cordon ombilical s'élève à 7,32.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P28.5	(M)	Insuffisance respiratoire du nouveau-né
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Le médecin n'inscrit pas au dossier un diagnostic d'asphyxie et les valeurs du pH du sang du cordon ne répondent pas aux critères d'asphyxie. Un code de la catégorie P20.- ou P21.- n'est donc pas utilisé. La respiration faible ou insuffisante du nouveau-né est classée sous le code P28.5.

Exemple : Un bébé naît par voie vaginale à 30 semaines de gestation. Le pH artériel du cordon ombilical s'élève à 7,5 à sa naissance. Le nouveau-né n'arrive pas à respirer correctement et le médecin inscrit « asphyxie » au dossier. Trente minutes après la naissance, la gazométrie de sang artériel indique un pH de 6,9.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P21.9	(M)	Asphyxie du nouveau-né, non précisée
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : La gazométrie sanguine du cordon ombilical à la naissance est normale, ce qui signifie que l'épisode d'asphyxie ne s'est pas produit pendant le travail ou l'accouchement.

Détresse respiratoire du nouveau-né

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

- B** Sélectionnez toujours le code P22.0 *Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR)* lorsqu'un agent tensioactif a été administré et que le diagnostic inscrit au dossier est soit syndrome de détresse respiratoire ou tachypnée transitoire du nouveau-né.
- B** Attribuez le code P22.0 *Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR)* aux cas documentés de syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né lorsque le patient est soit transféré dans une pouponnière de soins spécialisés ou qu'il décède avant de recevoir un agent tensioactif.
- B** Assurez-vous que les codes P22.0 *Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR)* et P22.1 *Tachypnée transitoire du nouveau-né* n'apparaissent jamais sur le même abrégé.

Exemple : Un diagnostic de syndrome de détresse respiratoire est posé chez un nouveau-né. Ce dernier reçoit un agent tensioactif.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR)

Exemple : Un diagnostic de tachypnée transitoire est posé chez un nouveau-né. Ce dernier reçoit un agent tensioactif.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR)

Justification : Dans la CIM-10-CA, les bébés à qui on a administré un agent tensioactif sont classés sous le code P22.0, que le diagnostic soit un syndrome de détresse respiratoire ou une tachypnée transitoire du nouveau-né.

Exemple : Un diagnostic de syndrome de détresse respiratoire est posé chez un nouveau-né. Aucun agent tensioactif ne lui est administré. Le nouveau-né obtient son congé trois jours plus tard.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
P22.1	Tachypnée transitoire du nouveau-né

Justification : Un diagnostic de syndrome de détresse respiratoire non accompagné de l'administration d'un agent tensioactif est codifié sous le code de la tachypnée transitoire du nouveau-né (sauf si le nouveau-né est transféré ou s'il décède).

Exemple : Un diagnostic de syndrome de détresse respiratoire est posé chez un nouveau-né. Ce dernier est transféré dans un centre de soins tertiaires pour recevoir un agent tensioactif.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
P22.0	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR)

Justification : Bien qu'un agent tensioactif ne soit pas administré au nouveau-né dans le même établissement, il est entendu au moment de son transfert que le nouveau-né recevra un agent tensioactif dans l'établissement receveur. Il n'est pas nécessaire de vérifier auprès de l'établissement receveur si le nouveau-né a bel et bien reçu l'agent tensioactif.

Ictère néonatal

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006



Codifiez l'ictère néonatal comme le diagnostic principal ou comme une comorbidité importante uniquement lorsque le dossier du nouveau-né indique clairement cette affection et/ou un taux élevé de bilirubine avec un traitement par photothérapie associé ou une exsanguinotransfusion.

Exemple : Un enfant naît à terme par voie vaginale. Le médecin inscrit « ictère » au dossier et une photothérapie est administrée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P59.9	(M)	Ictère néonatal, sans précision
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Exemple : Un enfant naît par césarienne avant terme (à 35 semaines de gestation). Il pèse 2 000 grammes à sa naissance et développe une hyperbilirubinémie traitée par photothérapie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
P59.0	(1)	Ictère néonatal associé à un accouchement avant terme
Z38.01	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par césarienne

Exemple : Un enfant naît à terme par voie vaginale. Le médecin inscrit « léger ictère » au dossier. Aucune autre anomalie n'est notée. Une photothérapie n'est pas administrée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z38.00	(M)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale
P59.9	(0)	Ictère néonatal, sans précision (facultatif)

Justification : Un ictère enregistré dans le dossier sans toutefois faire l'objet d'un traitement actif (c.-à-d. qu'aucune photothérapie n'a été administrée), est codifié seulement comme diagnostic de type (0). Dans le cas présent, la codification de l'ictère est facultative.

Intervention connexe

1.YZ.12.JA-DQ *Thérapie, peau NCA, utilisation de rayonnements (rayons) ultraviolets.*

Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né

En vigueur depuis 2006, modifiée en 2007, 2008

La septicémie néonatale correspond à une infection bactérienne invasive se produisant moins de 28 jours après la naissance. Les signes cliniques de l'apparition précoce de la septicémie néonatale se manifestent dans les six heures suivant la naissance dans plus de 50 % des cas; la grande majorité se déclarent dans les 72 premières heures de vie. L'apparition tardive de la septicémie néonatale se produit habituellement quatre jours après la naissance et comprend des infections contractées à l'hôpital.

Parmi les facteurs de risque d'une infection néonatale invasive se trouvent :

- Le travail prématuré;
- La rupture prématurée des membranes;
- Les signes d'infection chez la mère;
- Les naissances multiples avec délai de la naissance du ou des autres bébés;
- La rupture prolongée des membranes;
- La présence d'une infection due aux streptocoques du groupe B chez la mère;
- Une grossesse antérieure avec histoire d'infection due aux streptocoques du groupe B chez l'enfant.

Les nouveau-nés exposés à un ou à plusieurs de ces facteurs de risque peuvent avoir besoin de ressources supplémentaires. Ils pourraient être gardés en observation dans une pouponnière de soins spéciaux ou suivre un traitement antibiotique prophylactique (généralement d'une durée de deux à trois jours) jusqu'à ce que le diagnostic de septicémie soit complètement éliminé.

B Lorsqu'un diagnostic de septicémie est confirmé chez le nouveau-né, inscrivez un code de la catégorie P36.– *Infection bactérienne du nouveau-né*. Vous pouvez utiliser un code supplémentaire de la rubrique P00 à P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* comme diagnostic de type (0), si l'infection résulte d'une affection dont souffre la mère.

B Lorsque le diagnostic inscrit par le médecin au moment de la sortie du patient, est « septicémie probable », « septicémie suspectée », « septicémie clinique » ou « septicémie à hémoculture négative », codifiez l'affection comme une septicémie confirmée.

Exemple : Une mère ayant eu une rupture prolongée des membranes présente une chorio-amnionite. Le nouveau-né naît à terme par voie vaginale, puis il est admis à l'unité néonatale de soins intensifs pour observation. Une hémoculture est effectuée et celui-ci reçoit un traitement antibiotique. Les résultats de l'hémoculture révèlent la présence de streptocoques. Un diagnostic de septicémie à streptocoques est posé.



Code	BDCP	Description
P36.1	(M)	Infections du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P02.7	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par une chorio-amnionite
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Exemple : Une patiente accouche par voie vaginale à 37 semaines de grossesse suite à une rupture prolongée des membranes qui s'est produite plus de 24 heures avant l'accouchement. Le bébé était fébrile et a été admis à l'unité néonatale de soins intensifs pour y passer deux jours en raison d'une septicémie possible. Il a commencé à recevoir un traitement antibiotique d'une durée de 7 jours. Les résultats de l'hémoculture sont négatifs.



Diagnostic à la sortie : « Septicémie possible ».

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P36.9	(M)	Infection bactérienne du nouveau-né, sans précision
P01.1	(O)	Fœtus et nouveau-né affectés par la rupture prématurée des membranes
Z38.00	(O)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Il ne faut pas inscrire la lettre « Q » devant le code, car il s'agit d'un diagnostic de septicémie néonatale « possible », ce qui signifie que le diagnostic s'appuie uniquement sur les résultats cliniques. Les résultats de laboratoires ne permettent pas de confirmer tous les cas de septicémie néonatale.



Assurez-vous qu'un code de la catégorie P36.– *Infection bactérienne du nouveau-né* n'est pas sélectionné lorsque le diagnostic de septicémie est « éliminé ».



Lorsque le médecin traitant a utilisé l'un des termes ci-dessous dans le dossier pour décrire un cas de septicémie :

- ? Septicémie;
- Septicémie contestable;
- Septicémie discutable;
- Septicémie possible;
- Septicémie à éliminer.

Demandez-lui de clarifier ses remarques avant de choisir un code, car ces termes ne peuvent être codifiés comme une septicémie.



Appuyez votre choix de code sur la documentation du médecin et non sur les résultats de l'hémoculture. Le diagnostic de septicémie ne peut être supposé, ni éliminé uniquement en fonction des résultats de l'hémoculture.



Lorsqu'on a cru qu'il s'agissait d'une septicémie, mais qu'on a éliminé ce diagnostic, il faut classer le cas de la façon suivante :

- Si le nouveau-né est mis en observation *uniquement* et qu'aucun traitement antibiotique prophylactique n'est administré, optez pour le code Z03.8 *Mise en observation pour suspicion d'autres maladies* comme diagnostic important de type (M, 1, 2, W, X ou Y);
- Si le nouveau-né suit un traitement antibiotique prophylactique, inscrivez le code Z29.2 *Autres mesures de chimiothérapie prophylactique* comme diagnostic important de type (M, 1, 2, W, X ou Y).



N'inscrivez pas le code Z03.8 uniquement d'après les facteurs de risque. Lorsqu'aucun des codes ci-dessus ne s'applique choisissez un code de la catégorie Z38.– *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* comme diagnostic de type (O).

Remarque : L'exigence de retourner le dossier au médecin traitant à des fins de clarification (exigence mentionnée ci-dessus) est une exception à la norme de codification *Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)*. Dans les cas de septicémie néonatale, demandez des explications au médecin afin de déterminer si le cas doit être codifié comme une septicémie confirmée ou probable ou un cas de mise en observation pour affection suspectée.

Le code **Z03.8** *Mise en observation pour suspicion d'autres maladies* ne doit être utilisé que dans des circonstances limitées, c'est-à-dire dans le cas de nouveau-nés qui ne présentent aucun problème de santé mais qui sont à risque de présenter une condition anormale et qui nécessite une observation mais qu'après observation et examen, il est établi qu'aucun autre traitement ou soins médicaux ne sont nécessaires.

Exemple : Une patiente accouche par voie vaginale à 38 semaines de grossesse. Elle est porteuse de streptocoques du groupe B. Le néonatalogiste l'a précisé dans le dossier et le bébé est examiné à l'unité néonatale de soins intensifs pour déceler la septicémie possible. Les résultats de l'hémoculture sont négatifs, et le bébé obtient son congé en même temps que sa mère.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z03.8	(M)	Mise en observation pour suspicion d'autres maladies
Z38.00	(O)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Exemple : Une patiente accouche par voie vaginale à 37 semaines de grossesse suite à une rupture prématurée des membranes. Le médecin a inscrit au dossier la note « mettre en observation – septicémie ». Une prise de sang est effectuée en vue d'une hémoculture, et le bébé reçoit des antibiotiques prophylactiques. Les résultats de l'hémoculture sont négatifs, et le bébé obtient son congé en même temps que sa mère.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z29.2	(M)	Autres mesures de chimiothérapie prophylactique
Z38.00	(O)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Lorsque des antibiotiques sont administrés, inscrivez le code Z29.2.

Exemple : Une patiente accouche par voie vaginale à 39 semaines de grossesse suite à une rupture prolongée des membranes. Le bébé est transféré à la pouponnière, il ne reçoit pas de traitement antibiotique. Le dossier ne comporte aucune note de suspicion liée à la septicémie et le bébé obtient son congé le deuxième jour.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z38.00	(M)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : On ne doit pas inscrire le code Z03.8 uniquement d'après les facteurs de risque présents. Dans cet exemple, aucune ressource supplémentaire n'a été utilisée pour confirmer ou éliminer le diagnostic de septicémie.

Traumatisme à la naissance

En vigueur depuis 2007

Le processus d'accouchement est un mélange de compressions, de contractions, de forces et de traction. Lorsque la taille du fœtus, sa présentation ou son immaturité neurologique compliquent l'accouchement, les forces naturelles exercées pendant l'accouchement peuvent causer des dommages, des œdèmes, des hémorragies ou des fractures chez le nouveau-né. L'utilisation des instruments obstétricaux pourrait amplifier davantage les effets de telles forces ou même causer des blessures (*Traduction*)ⁱ.

La plupart des traumatismes à la naissance sont auto-limitatifs et ont un dénouement favorable. Les facteurs de risque comprennent :

- L'hypertrophie fœtale, précisément les bébés de plus de 4 500 grammes
- Les accouchements à l'aide d'instruments, plus particulièrement l'utilisation de forceps ou d'une ventouse à la partie moyenne
- Accouchement par le siège par voie vaginale
- Traction anormale et excessive au cours de l'accouchement

B Lorsque les blessures suivantes se produisent à la naissance, choisissez le bon code parmi ceux du groupe P10-15 *Traumatismes obstétricaux* à titre de diagnostic principal ou de type de diagnostic (1) :

- Hémorragie et lacération intracrânienne
- Œdème cérébral
- Lésion des nerfs rachidiens et crâniens
- Lésion des nerfs périphériques
- Céphalhématome infecté ou assez grave pour entraîner l'anémie; un choc; un ictère hémolytique exigeant une photothérapie; une méningite ou une ostéomyélite
- Hématome sous-galéal (hémorragie épicroânienne sous-aponévrotique)
- Lacération et abrasion superficielle exigeant des points de suture ou qui s'infectent
- Fracture du crâne, des os longs ou de la clavicule
- Luxations
- Blessure intraabdominale
- Blessure sterno-cléido-mastoïdienne

B Inscrivez à titre de type de diagnostic (0), (facultatif), un code supplémentaire de la catégorie P00-P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* afin de décrire le facteur lié à la mère ou à l'intervention qui a causé le traumatisme à la naissance.

i. Emedicine, *Birth Trauma* (en ligne). Site consulté en octobre 2006.
Internet : <<http://www.emedicine.com/ped/topic2836.htm>>.

Remarque : Les traumatismes à la naissance suivants ne sont pas considérés comme des comorbidités importantes et, si on en fait la codification, il faut leur attribuer le type de diagnostic (0) à moins que la documentation ne précise qu'il s'agisse d'états qui se sont aggravés ou de cas qui doivent être mis en observation à l'unité de soins spéciaux :

- Céphalématome SAI – rarement sujet aux complications;
- Hématome en chignon (bosse artificielle) causé par la ventouse – sans conséquence et se résorbe d'elle-même en quelques heures;
- Bosse sérosanguine – habituellement pas sujet aux complications et se résorbe d'elle-même au cours des premiers jours;
- Lacérations et abrasions superficielles – habituellement sans conséquence;
- Lésion liée à une surveillance électronique – faible incidence d'hémorragie, d'infection ou d'abcès;
- Adiponécrose sous-cutanée – sans conséquence et n'exige pas de traitement;
- Hémorragie sous-conjonctivale – sans conséquence et n'exige pas de traitement.

Exemple : Une femme dont la grossesse est à terme accouche d'un garçon par voie vaginale. Au cours de l'accouchement, le bébé souffre d'une dystocie importante des épaules qui cause une fracture de la clavicule.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P13.4	(M)	Fracture de la clavicule due à un traumatisme obstétrical
P03.1	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres présentations et positions vicieuses du fœtus et disproportions fœto-pelviennes au cours du travail et de l'accouchement
Z38.00	(0)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale

Justification : Une fracture est toujours considérée comme une blessure importante à la naissance. Il convient donc d'inscrire la fracture de la clavicule à titre de diagnostic principal.

Exemple : Une femme dont la grossesse est à terme accouche d'un enfant par voie vaginale à l'aide de forceps. Le médecin a noté un céphalématome dans le rapport d'examen physique du nouveau-né.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z38.00	(M)	Naissance unique, à l'hôpital, par voie vaginale
P12.0	(0)	Céphalématome dû à un traumatisme obstétrical
P03.2	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps

Justification : Aucune note ne précise de complications liées au céphalématome. Par conséquent, si on le code, on lui attribue le type de diagnostic (0).

Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Réactions indésirables et empoisonnements

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008

- BS** Classifiez les conditions résultant de la prise de médicaments et d'autres substances chimiques ou biologiques comme étant soit une « réaction indésirable » soit un « empoisonnement ».
- BS** Considérez un empoisonnement ou une intoxication comme étant accidentels lorsqu'il n'y aucune mention de geste intentionnel.
- BS** Classifier l'intoxication par prise de drogues illicites comme accidentelle, sauf si une intention suicidaire ou criminelle est clairement indiquée.
- BS** Lorsque plusieurs médicaments ont causé l'empoisonnement, inscrivez un code pour chaque médicament précisé au dossier.
- BS** Lorsqu'un médicament composé (comme le Tylenol 3, de l'acétaminophène, et la codéine) est responsable d'un empoisonnement, inscrivez un code pour chaque médicament.

Remarques :

- Un seul code est nécessaire pour les médicaments classés sous le même code de la CIM-10-CA.
- Lorsqu'un médicament est désigné par son nom de marque dans le dossier, utilisez un document de référence canadien sur les médicaments pour trouver son nom générique ou ses ingrédients actifs afin de le trouver dans l'index alphabétique du tableau des médicaments et autres substances chimiques.
- Si le nom générique ou les ingrédients actifs ne figurent pas dans l'index alphabétique du tableau des médicaments et autres substances chimiques, inscrivez le code de la catégorie générale à laquelle appartient le médicament (p. ex. antibiotique, diurétique, analgésique, narcotique).

Réactions indésirables	Empoisonnements
<p>Une réaction indésirable peut se produire lorsqu'une substance est prise conformément à la prescription médicale, c'est-à-dire lorsque la substance appropriée a été administrée correctement.</p> <p>La réaction indésirable peut être désignée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaction allergique à un médicament; • Effet cumulatif du médicament; • Hypersensibilité à un médicament; • Réaction iatrogène; • Réaction idiosyncrasique; • Interaction entre deux médicaments; • Réaction paradoxale; • Réaction synergique; • Toxicité. <p>Directives de codification : Inscrivez un code décrivant la réaction et/ou la manifestation. Inscrivez d'abord le code de réaction ou de manifestation, suivi d'un code de cause externe extrait de l'index alphabétique des médicaments, sous la colonne « Effet indésirable en usage thérapeutique ».</p> <p>Lorsque la réaction ou la manifestation n'est pas précisée dans le dossier, inscrivez le code T88.7 <i>Effet indésirable d'un médicament, sans précision</i>.</p>	<p>L'empoisonnement est une condition apparaissant lorsqu'une substance et/ou un médicament est pris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sans avoir été prescrit par un médecin; • sans que la posologie soit respectée; • alors qu'il s'agit d'une substance non médicamenteuse. <p>Exemples de cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automédication avec des médicaments sans ordonnance • Médicament sur ordonnance pris avec un médicament sans ordonnance • Tout médicament pris avec de l'alcool • Surdose <p>Directives de codification : Repérez les codes d'intoxication dans la première colonne de l'index alphabétique des médicaments. Placez en premier le code d'intoxication, suivi du code de manifestation, du code de cause externe, et enfin du code de lieu d'événement.</p>

Exemple : Une mère a trouvé son fils de huit ans en train de jouer avec des comprimés d'ibuprofène enrobés de sucre, à la maison. En comptant les comprimés, elle a découvert qu'il en manquait dix. Son fils a admis avoir avalé les « bonbons ». Il a été amené aux urgences, où il se plaignait principalement de maux d'estomac.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T39.3	(M)	PP	Intoxication par d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
R10.4	(3)	AP	Douleurs abdominales, autres et non précisées
X4	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Exemple : M. B est un patient nouvellement diagnostiqué avec une spondylarthrose cervicale. Son médecin lui avait prescrit un médicament contre la douleur en comprimés de 25 mg (un AINS) à prendre une fois par jour. Le patient s’est rendu aux urgences le lendemain. Il se plaignait de nausées et de vomissements, qui ont débutés 30 minutes après la prise de la première dose. Le médecin des urgences a pris note de la réaction et a changé sa médication.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R11.3	PP	Nausées avec vomissements
Y45.3	AP	Autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Exemple : Réaction toxique à la digoxine; patient a fait de la tachycardie ventriculaire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I47.2	(M)	PP	Tachycardie ventriculaire
Y52.0	(9)	AP	Glucosides cardiotoniques et médicaments d’action similaire

Justification : Bien que les médecins enregistrent souvent la « réaction toxique à la digoxine » comme un diagnostic, une documentation additionnelle indiquant la manifestation spécifique de la toxicité est habituellement présente. Classifiez le cas en fonction de la condition la plus spécifique. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Spécificité*. Lorsque la documentation plus spécifique n’est pas disponible, inscrivez le code T88.7 *Effet indésirable d’un médicament, sans précision*.

Exemple : Un patient fait une surdose d’héroïne, de Xanax, de Valium et d’acétaminophène. Il est trouvé à son domicile.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T40.1	(M)	PP	Intoxication par l’héroïne
X42	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs
T42.4	(1)	AP	Intoxication par les benzodiazépines
X41	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs
T39.1	(1)	AP	Intoxication par les dérivés du 4-aminophénol
X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
U98.0	(9)	AP	Lieu de l’événement, domicile

Justification : Lorsque plusieurs substances sont responsables de la surdose, un code doit être inscrit pour chacune d’entre elles. Selon le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS), le nom générique du Xanax est « alprazolam » et celui du Valium, « diazépam ». Ces deux médicaments sont classés sous le code T42.4 de l’index alphabétique du tableau des médicaments et autres substances chimiques.

Exemple : Une patiente fait une surdose de Pamprin. Elle est trouvée à son domicile.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	T39.1	(M)	PP	Intoxication par les dérivés du 4-aminophénol
	X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
	T45.0	(1)	AP	Intoxication par les médicaments anti-allergiques et antiémétiques
	T50.2	(1)	AP	Intoxication par les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, les benzothiadiazides et d'autres diurétiques
	X44	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
	U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Le Pamprin est un médicament composé; il contient du pamabrom, de la pyrilamine, du maléate et de l'acétaminophène. Chaque médicament doit donc être codifié séparément. Comme le pamabrom est un diurétique et que son nom générique ne figure pas dans l'index alphabétique du tableau des médicaments et autres substances chimiques, il est classé sous la catégorie générale des diurétiques.

BS **Classifiez les conditions résultant de non-observance d'un traitement à l'aide d'un code décrivant la manifestation, suivi du code Z91.1 Antécédents personnels de non-observance d'un traitement médical et d'un régime, comme diagnostic de type (3)/autre problème.**

Lorsqu'une condition est documentée comme étant due à une non-observance d'un traitement ou à l'interruption volontaire de celui-ci, il ne s'agit ni d'un empoisonnement ni d'un effet indésirable.

Exemple : Un patient âgé de 17 ans souffrant d'asthme depuis plusieurs années a développé un état de mal asthmatique en raison de la non-observance de son régime médicamenteux.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	J45.01	(M)	PP	Asthme à prédominance allergique avec état de mal asthmatique mentionné
	Z91.1	(3)	AP	Antécédents personnels de non-observance d'un traitement médical et d'un régime

Lésion traumatique intracrânienne SAI et lésion traumatique de la tête SAI

En vigueur depuis 2008

Aux fins de la classification CIM-10-CA, une lésion traumatique intracrânienne comprend une partie ou la totalité des conditions suivantes si elles figurent dans le dossier du patient :

- état de conscience altéré;
- fonctions cognitives altérées;
- notes 3 à 12 de l'échelle de Glasgow.

Une note de 13 à 15 à l'échelle de Glasgow indique qu'il n'y a pas eu de lésion traumatique intracrânienne.

BS Lorsque le dossier indique qu'il y a eu lésion traumatique de la tête et que certains des critères de lésion traumatique intracrânienne ci-dessus sont réunis, inscrivez un code de la catégorie S06. – *Lésion traumatique intracrânienne.*

BS Lorsque le dossier ne fait mention que d'une lésion traumatique de la tête sans autre précision, inscrivez le code S09.9 *Lésion traumatique de la tête, sans précision.*

Reportez-vous également à la norme de codification *Spécificité*.

Exemple : Une patiente se présente au service des urgences à la suite d'une chute de cheval. Le diagnostic final écrit au dossier est « lésion traumatique de la tête avec perte de conscience ». La patiente est demeurée inconsciente pendant les 10 minutes qui ont suivi la chute. Le dossier indique également que la patiente a obtenu la note 11 à l'échelle de Glasgow.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
S06.910	PP	Lésion traumatique intracrânienne, sans précision, avec courte perte de conscience, sans plaie intracrânienne ouverte
V80.0	AP	Personne montant un animal ou occupant un véhicule à traction animale, blessée par chute ou éjection de l'animal ou du véhicule à traction animale dans un accident sans collision

Justification : Le diagnostic final est « lésion traumatique de la tête ». Toutefois, la note obtenue à l'échelle de Glasgow et la perte de conscience permettent d'utiliser un code de la catégorie S06.- *Lésion traumatique intracrânienne.*

Exemple : Une jeune fille de 15 ans marchait sur le trottoir en parlant sur son téléphone cellulaire lorsqu'elle s'est heurtée la tête contre un poteau. Elle se plaint de maux de tête. Le médecin écrit au dossier « blessure mineure à la tête ». Aucune note de l'échelle de Glasgow n'est écrite au dossier.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S09.9	(M)	PP	Lésion traumatique de la tête, sans précision
W22.08	(9)	AP	Heurt dans la pratique d'activités autres que le sport
U98.4	(9)	AP	Lieu de l'événement, rue ou route

Justification : Lorsqu'aucune note au dossier (mention de signes neurologiques) n'indique que l'état de conscience du patient est altéré, le diagnostic ne doit pas être classé sous les lésions traumatiques intracrâniennes. En l'absence de signes signalant des troubles neurologiques, les maux de tête ne sont pas considérés comme des lésions traumatiques intracrâniennes.

Fracture du crâne et lésion intracrânienne

En vigueur depuis 2001



Pour une fracture du crâne accompagnée de lésions traumatiques intracrâniennes, vous devez d'abord codifier les lésions traumatiques intracrâniennes, suivi d'un code supplémentaire désignant la fracture.

Exemple : Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique avec fracture fermée de la base du crâne. Le patient a subi une perte de conscience de courte durée. Aucune autre lésion.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S06.610	(M)	PP	Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique avec courte perte de conscience, sans plaie intracrânienne ouverte
S02.100	(1)	AP	Fracture fermée de la base du crâne

Plaies ouvertes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Les plaies ouvertes incluent les morsures d'animaux, les coupures, les lacérations, l'arrachement de peau et de tissu sous-cutané, ainsi que les plaies perforantes avec ou sans pénétration de corps étrangers. Elles ne comprennent pas les amputations traumatiques ou l'arrachement de tissus plus profonds, tels que les tissus musculaires.

Reportez-vous également à la norme de codification *Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples*.

BS Codifiez une plaie ouverte communicante avec une fracture au code de fracture ouverte. N'utilisez pas de code supplémentaire pour la plaie ouverte.

Exemple : Un patient présente une plaie ouverte importante à la cuisse, une fracture de la diaphyse du fémur étant visible dans la plaie.

BS

<u>Code</u>	<u>Description</u>
S72.301	Fracture ouverte de la diaphyse du fémur

BS Classifiez une plaie ouverte comme étant « compliquée » lorsqu'elle présente l'un des éléments suivants :

- Retard de guérison;
- Traitement différé;
- Corps étranger;
- Infection grave (sauf si celle-ci est consécutive à un traitement).

Exemple : Un patient présente une plaie ouverte à l'avant-bras après avoir été frappé au bras par un bâton de hockey en jouant dans son entrée. Il a attendu avant de consulter pour un traitement et une infection significative s'est installée.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S51.91	(M)	PP	Plaie ouverte de l'avant-bras, partie non précisée, avec complication
W21.02	(9)	AP	Heurt contre ou par un bâton de hockey
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile Comprend : Voie carrossable d'accès au domicile privé

Justification : Ce cas présente à la fois une infection et un traitement différé.

BS Une fois qu'une plaie a été traitée définitivement (nettoyage et suture), classifiez une infection subséquente en fonction du site à l'aide du code T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs*, et ce, peu importe la cause de l'infection.

Reportez-vous également à la norme de codification *Complications précoces de traumatismes*.

Exemple : Un patient se présente pour le traitement d'une infection de plaie. Il avait subi une plaie ouverte au bras qui avait été traitée la veille, par nettoyage et suture.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.4	(M)	PP	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	Autres interventions chirurgicales

Justification : La fermeture primaire d'une plaie n'est pas réalisée si le médecin croit que le degré de contamination de la lésion entraînera probablement une infection. Ceci est un jugement qui se fonde sur plusieurs facteurs, incluant le temps écoulé entre la lésion et le traitement. Dans le cas présent, étant donné que la plaie ouverte du patient avait été définitivement traitée (nettoyée et suturée) et que le patient se présente maintenant avec une infection de plaie, ceci est classifié comme une infection suivant une procédure.

Fractures — Fermées versus ouvertes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006



Classifiez une fracture non précisée comme fermée ou ouverte comme une fracture fermée.

Exemple : Les données concernant la lésion indiquent seulement « fracture de l'humérus ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S42.390			Fracture d'une partie non précisée de l'humérus, fermée



Classifiez séparément toute plaie ouverte à proximité d'une fracture fermée.

Reportez-vous également à la norme de codification *Plaies ouvertes*.

Une fracture ouverte implique une plaie ouverte jusqu'au site de la fracture et exposant la fracture ou que l'extrémité de l'os fracturé traverse la peau. Lorsqu'une plaie ouverte se trouve à proximité d'une fracture sans que l'os soit exposé, la fracture est considérée comme fermée.

Exemple : Un patient présente une fracture fermée de la diaphyse du fémur, ainsi qu'une lacération superficielle de la cuisse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S72.300			Fracture fermée de la diaphyse du fémur
S71.10			Plaie ouverte de la cuisse, sans complication

Traitement des fractures

En vigueur depuis 2001

BS Lorsque le siège d'une fracture comprend une articulation, choisissez un code d'intervention correspondant au site de l'articulation, et non au site osseux.

Reportez-vous également à la norme de codification *Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation*.

Exemple : Fixation d'une fracture intertrochantérienne du fémur, avec clou centromédullaire (approche ouverte).

1.VC.74.LA-LQ Fixation, fémur, utilisation d'un clou centromédullaire, approche ouverte, sans utilisation de tissu

Exemple : Fixation d'une fracture du col du fémur, avec clou centromédullaire (approche ouverte).

1.VA.74.LA-LQ Fixation, articulation de la hanche, utilisation d'un clou centromédullaire, approche ouverte, dispositif de fixation uniquement

Luxations

En vigueur depuis 2001

BS Classifiez les luxations non précisées comme fermées ou ouvertes comme des luxations fermées.

BS Codifiez une « fracture avec luxation » comme une fracture.

BS Codifiez une luxation simple d'une vertèbre de la façon suivante :

- S13.1 *Luxation d'une vertèbre cervicale;*
- S23.1 *Luxation d'une vertèbre dorsale;*
- S33.1 *Luxation d'une vertèbre lombaire.*

BS Dans le cas de luxations multiples touchant une seule catégorie de vertèbres, utilisez le code seulement une fois.

Exemple : Luxation des deuxième et troisième vertèbres cervicales.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	S13.1			Luxation d'une vertèbre cervicale

Lésions des vaisseaux sanguins

En vigueur depuis 2001

BS Lorsqu'il y a une lésion aux vaisseaux sanguins à la suite d'une fracture, d'une plaie ouverte ou d'une autre blessure, utilisez un code supplémentaire pour identifier la lésion touchant le vaisseau sanguin.

Reportez-vous également à la norme de codification *Ordre de codification des lésions multiples en fonction du degré de gravité*.

Exemple : Un patient a subi une fracture fermée de la diaphyse du fémur avec rupture de l'artère fémorale commune.

BS

Code	BDCP	SNISA	Description
S72.300			Fracture fermée de la diaphyse du fémur
S75.0			Lésion traumatique de l'artère fémorale

Justification : L'ordre de codification dépend des circonstances consignées au dossier.

Lésions significatives

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

BS Aux fins de la classification, considérez les lésions traumatiques des types suivants comme étant significatives :

- fractures;
- luxations;
- amputations;
- brûlures des deuxième et troisième degrés;
- brûlures du premier degré correspondant aux critères d'un type de diagnostic significatif, du problème principal ou d'un autre problème;
- Gelure superficielle ou avec nécrose des tissus;
- lésions de nerfs, de vaisseaux sanguins, de muscles, de tendons et d'organes internes.

B Attribuez le type de diagnostic (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) aux lésions significatives.

Cette liste n'a pas pour but d'indiquer une hiérarchie de sévérité. Consultez également la norme de codification intitulée *Ordre de codification des lésions multiples en fonction du degré de gravité*.

Blessures par écrasement

En vigueur depuis 2006

- BS** Codifiez toutes les lésions significatives associées à une blessure par écrasement comme des conditions comorbides, le problème principal ou un autre problème.
- BS** Utilisez un code supplémentaire, avec le type diagnostique (3)/autre problème, pour identifier la blessure par écrasement. Lorsqu'une qu'une blessure par écrasement touche plusieurs régions corporelles, choisissez un code d'écrasement de la rubrique T04 *Écrasements de plusieurs parties du corps*.
- BS** Lorsque le syndrome d'écrasement est documenté comme ayant endommagé la fonction rénale, inscrivez le code T79.5 *Anurie traumatique*, comme diagnostic de comorbidité, le problème principal ou un autre problème.

Reportez-vous également à la norme de codification *Attribution de codes pour plusieurs types de lésions importantes touchant plusieurs régions corporelles*.

Exemple : Un patient a eu la main écrasée entre deux objets dans une cuisine d'hôtel, subissant des fractures ouvertes des deuxième et troisième métacarpes.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S62.371	(M)	PP	Fractures multiples d'autres os du métacarpe, ouvertes
S67.8	(3)	AP	Écrasement de parties autres et non précisées du poignet et de la main
W23	(9)	AP	Compression, écrasement ou blocage dans des objets ou entre des objets
U98.5	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services

Exemple : Un patient a subi une lésion fermée de grade IV au foie, en plus d'un éclatement de la rate, à la suite d'une blessure par écrasement à l'abdomen survenue lorsqu'il a été écrasé contre un mur par une camionnette en marche arrière.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S36.130	(M)	PP	Rupture parenchymateuse du foie touchant de 25 à 75 % du lobe hépatique, ou de 1 à 3 segments (grade IV), sans plaie ouverte dans la cavité
S36.040	(1)	AP	Rupture vasculaire hilaire ayant abouti à un éclatement total de la rate (grade V), sans plaie ouverte dans la cavité
S38.1	(3)	AP	Écrasement de parties autres et non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
V03.0	(9)	AP	Piéton blessé dans une collision avec une automobile ou une camionnette, accident en dehors de la circulation

Exemple : Le patient était un passager qui a été écrasé lors du déraillement du train. Il a subi une fracture ouverte de la diaphyse de l'humérus, des fractures ouvertes de trois côtes, une contusion au cœur avec plaie ouverte de la cavité thoracique, une contusion fermée du foie et de la rate, ainsi qu'une fracture fermée de l'ilion.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S26.801	(M)	PP	Contusion et hématome du cœur, avec plaie ouverte de la cavité thoracique
S42.301	(1)	AP	Fracture de la diaphyse de l'humérus SAI, ouverte
S22.401	(1)	AP	Fractures multiples de 2 à 4 côtes, ouvertes
S36.150	(1)	AP	Lésion traumatique du foie ou de la vésicule biliaire, hématome hépatique SAI, lacération SAI, lésion traumatique du foie SAI, sans plaie ouverte dans la cavité
S36.090	(1)	AP	Traumatisme de la rate, Hématome SAI, lacération SAI, lésion traumatique de la rate SAI, sans plaie ouverte dans la cavité
S32.300	(1)	AP	Fracture fermée de l'ilion
T04.7	(3)	AP	Écrasement du thorax avec écrasement de l'abdomen, des lombes, du bassin et de(s) membre(s)
T06.8	(3)	AP	Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps
V81.7	(9)	AP	Occupant d'un train ou d'un véhicule ferroviaire, blessé lors d'un déraillement sans collision préalable

Lésions bilatérales

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008



En présence de lésions corporelles significatives bilatérales et identiques des deux côtés du corps, classifiez les lésions en utilisant deux fois le même code de la CIM-10-CA.

Exception : Ne codifiez pas deux fois les brûlures corporelles identiques et bilatérales; la catégorie T31 *Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte* suffit à couvrir cet aspect.

Exemple : Un patient a subi des lacérations des muscles du quadriceps aux deux cuisses lorsqu'un sabre de cérémonie acéré exposé dans un musée est tombé sur ses genoux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S76.10	(M)	PP	Lacération de muscles et de tendons du quadriceps
S76.10	(1)	AP	Lacération de muscles et de tendons du quadriceps
W26	(9)	AP	Contact avec un couteau, une épée ou un poignard
U98.2	(9)	AP	Lieu de l'événement, école, autre institution et lieu d'administration publique

Exemple : Fracture fermée de la diaphyse du fémur, droite et gauche.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S72.300			Fracture fermée de la diaphyse du fémur
S72.300			Fracture fermée de la diaphyse du fémur

Inscrivez également :

- code de cause externe
- lieu de l'évènement



Classifiez les fractures bilatérales des os qui sont uniques dans le corps (p. ex. les maxillaires inférieur et supérieur) à l'aide d'un seul code indiquant des fractures multiples.

Exemple : Fracture d'une branche (maxillaire inférieur), côtés gauche et droit.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S02.670			Fracture du maxillaire inférieur, sites multiples, fermée

Brûlures et corrosions

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007

Le terme « brûlure » englobe les brûlures thermiques, les brûlures dues au frottement et les ébouillantage provoqués par des liquides et des vapeurs non caustiques. Ce terme inclut également les brûlures causées par les appareils de chauffage électriques, l'électricité, la flamme, les objets brûlants, la foudre et l'irradiation. Les corrosions sont des brûlures causées par des produits caustiques comme les acides ou les alcalis. Les coups de soleil sont classés dans la catégorie L55.

Dans la CIM-10-CA, les brûlures et les corrosions sont décrites en fonction de leur degré. Cette terminologie fait référence à la profondeur de la brûlure. Une brûlure du premier degré équivaut seulement à un érythème. Elle est également appelée brûlure superficielle. Une brûlure du deuxième degré implique une perte d'épiderme et l'apparition de cloques (une atteinte partielle des couches de la peau). Les brûlures du troisième degré touchent toutes les couches de la peau et/ou présentent une nécrose profonde des tissus sous-jacents.

Les brûlures et les corrosions de la surface externe du corps sont précisées selon leur localisation dans les catégories T20 à T25. Les termes inclus pour chacune des catégories permettent une sélection précise des codes. Les brûlures limitées à l'œil et aux organes internes sont classées dans les catégories T26 à T28.

La catégorie T29 regroupe les brûlures et les corrosions touchant plusieurs parties du corps, et la catégorie T30 permet de classer les brûlures et les corrosions d'une partie du corps non précisée. Les catégories T31 et T32 permettent d'indiquer l'étendue de la surface corporelle atteinte par la brûlure ou la corrosion.



Codifiez les brûlures de divers degrés pour un même site en fonction du degré le plus grave pour le site en question.

Exemple : Brûlures de la paroi thoracique aux premier, deuxième et troisième degrés.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T21.3			Brûlure du troisième degré du tronc

Inscrivez également les codes suivants :

- code de pourcentage de la surface corporelle brûlée;
- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.



Codifiez une brûlure évolutive en fonction du degré le plus élevé vers lequel elle évolue.

L'examen de la documentation montre qu'une brûlure désignée initialement comme étant du deuxième degré peut évoluer et, en quelques jours, devenir une brûlure du troisième degré (évolution indiquée par le médecin). Cette brûlure doit être codifiée en fonction du degré vers lequel elle a évolué, c'est-à-dire le troisième degré.

Exemple : Un patient se présente avec des brûlures du deuxième degré au bras gauche (10 % de la surface corporelle). Il s'était ébouillanté en faisant bouillir de l'eau dans une marmite à la maison. Les notes du dossier indiquent que la brûlure a évolué vers une brûlure du troisième degré.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T22.3	(M)	PP	Brûlure du troisième degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
T31.12	(1)	AP	Brûlures touchant de 10 à 19 % de la surface corporelle, avec 10 à 19 % de brûlures au troisième degré
X12	(9)	AP	Contact avec d'autres liquides brûlants
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile



Codifiez les brûlures décrites comme « ne guérissant pas » ou « nécrotiques » comme des brûlures récentes.



Lorsqu'un patient se présente pour un traitement de brûlure comprenant une greffe ou un parage (débridement), classez la brûlure comme une brûlure récente.



Lorsqu'un patient se présente pour la complication d'une brûlure guérie, codifiez le problème subséquent résultant de la brûlure (p. ex. des cicatrices de rétraction).



Lorsqu'un patient se présente pour une chirurgie reconstructive d'une brûlure guérie, choisissez le code Z42 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique*.



Lorsqu'un patient se présente pour un changement de pansements pour brûlures, utilisez le code Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux*, comme diagnostic principal/problème principal. Utilisez un code supplémentaire, avec le type de diagnostic (3)/autre problème, pour identifier la brûlure en tant que telle.

Reportez-vous également aux normes de codification intitulées *Lésions traumatiques récentes et anciennes* et *Admission pour examen de contrôle*.

Exemple : Un patient a subi des brûlures corporelles multiples, dans l'incendie de sa maison, sept mois auparavant. Cette fois-ci, il se présente pour une plastie en Z d'une cicatrice de contraction au poignet droit. De plus, il présente toujours une région non-guérie, une brûlure du troisième degré avec nécrose à la fesse gauche, et qui couvre moins de 1 % de la surface corporelle.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
L90.5	(M)	PP	Cicatrices et fibrose cutanées
T95.2	(3)	AP	Séquelles de brûlure, corrosion et gelures du membre supérieur (facultatif)
Y86	(9)	AP	Séquelles d'autres accidents (facultatif)
T21.3	(1)	AP	Brûlure du troisième degré du tronc
T31.01	(1)	AP	Brûlures couvrant moins de 10 % de la surface du corps, avec moins de 10 % de brûlure au troisième degré
X00	(9)	AP	Exposition à un feu non maîtrisé, dans un bâtiment ou un ouvrage
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

BS Lorsqu'une xénogreffe ou une homogreffe échoue ou est rejetée au siège d'une brûlure traitée, inscrivez un code de la catégorie T86.84 *Échec et rejet d'une greffe de tissu mou ou d'un lambeau de tissu mou (peau, muscle, aponévrose, tendon, muqueuse).*

BS Lorsque la greffe de tissus provenant du patient (autogreffe) échoue ou est rejetée au siège d'une brûlure, inscrivez le code T85.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes internes, non classées ailleurs.*

Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Lorsqu'un code de la catégorie T20 à T29 est assigné, il est nécessaire d'ajouter un code supplémentaire obligatoire, comme diagnostic de comorbidité/autre problème, des catégories :

- T31.- *Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte; ou*
- T32.- *Corrosions classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte.*

BS Assurez-vous que le type de diagnostic (comorbidité avant l'admission ou après l'admission ou autre problème) du code des catégories T31.- ou T32.- correspond au type de diagnostic du code de la brûlure ou de la corrosion.

BS Sélectionnez un seul code des catégories T31.- et T32.-.

Les catégories T31 et T32 peuvent s'appliquer toutes deux à un même cas, mais un seul code de chacune des catégories peut être utilisé.

Exemple : Brûlures du tronc au premier degré (5 % de la surface corporelle atteinte), au deuxième degré (10 % de la surface corporelle atteinte) et au troisième degré (15 % de la surface corporelle atteinte).

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T21.3	(M)	PP	Brûlure du troisième degré du tronc
T31.32	(1)	AP	Brûlures touchant de 30 à 39 % de la surface corporelle, avec 10 à 19 % de brûlures au troisième degré

Inscrivez également les codes suivants :

- code de cause externe
- code de lieu de l'événement

Justification : Le code T31.32 est obligatoire avec le code T21.3. Le type de diagnostic pour le code T31.32 correspond à une comorbidité avant l'admission. Si la brûlure avait été une comorbidité après l'admission, le code T31.32 aurait été inscrit avec le type de diagnostic correspondant à une comorbidité après l'admission. Un seul code de la catégorie T31.- peut être sélectionné.

Remarque : Les échelles de brûlures décrivant l'intégralité de la lésion du patient pourront vous aider à sélectionner un code de ces catégories.

Attribution du diagnostic principal et du diagnostic du problème principal dans le cas de brûlures multiples

En vigueur depuis 2001, modifié en 2008

- BS** En présence de brûlures multiples touchant plusieurs sites corporels, sélectionnez le site le plus gravement atteint pour le diagnostic principal/problème principal.
- BS** Dans le cas de brûlures multiples du même degré, sélectionnez le site qui correspond à la plus grande surface corporelle atteinte pour le diagnostic principal/problème principal.
- BS** Lorsque tous les paramètres sont identiques, sélectionnez les brûlures nécessitant une greffe pour le diagnostic principal/problème principal, avant les autres types de brûlures.

Exemple : Brûlures au deuxième degré de l'avant-bras et de la paume de la main, et brûlure au premier degré du visage.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T22.2	(M)	PP	Brûlure du second degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
T23.2	(1)	AP	Brûlure du second degré du poignet et de la main
T20.1	(1)	AP	Brûlure du premier degré de la tête et du cou

Inscrivez également les codes suivants :

- code de pourcentage de la surface corporelle brûlée;
- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Justification : Les brûlures de l'avant-bras ont été sélectionnées comme diagnostic principal/problème principal car cette brûlure présente une gravité supérieure à la brûlure au premier degré du visage et une étendue supérieure à la brûlure de la paume de la main.

Brûlures touchant plusieurs régions corporelles

En vigueur depuis 2001

- BS** Lorsque la documentation indique des sièges de brûlures précis, attribuez des codes distincts à chacun de ces sièges.
- BS** Assignez le code T29.– *Brûlures et corrosions de plusieurs régions corporelles*, comme diagnostic de type correspondant à une comorbidité/autre problème, uniquement lorsque la documentation spécifique des sièges de brûlures n'est pas fournie.
- BS** Assignez le code T29.– *Brûlures et corrosions de plusieurs régions corporelles*, comme diagnostic de type (3)/autre problème (facultatif), afin de faciliter l'extraction des données.

Exemple : Brûlure au troisième degré de la cuisse et du pied gauches.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	T24.3	(M)	PP	Brûlure du troisième degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
	T25.3	(1)	AP	Brûlure du troisième degré de la cheville et du pied
	T29.3	(3)	AP	Brûlures de parties multiples du corps, au moins une brûlure du troisième degré mentionnée

Inscrivez également les codes suivants :

- code de pourcentage de la surface corporelle brûlée;
- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Brûlures et corrosions dues à des substances à usage topique ou à une irradiation

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006

- BS** Lorsqu'une brûlure résulte d'une radiothérapie, utilisez un code permettant d'identifier la brûlure selon le siège, suivi d'un code de la catégorie T31.– et d'un code de cause externe afin d'indiquer l'irradiation liée à un usage thérapeutique.
- BS** Considérez la brûlure comme un effet adverse dans un usage thérapeutique, à moins que les données indiquent clairement un surdosage. Dans ce cas, inscrivez le code Y63.2 *Dose excessive administrée en radiothérapie*.

Exemple : Un patient a subi une brûlure de la paroi thoracique à la suite d'une radiothérapie pour traiter un cancer du poumon, au cours de l'épisode de soins actuel.

B	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	T21.0	(2)	Brûlure du tronc, degré non précisé
	T31.00	(2)	Brûlures couvrant moins de 10 % de la surface du corps, avec un pourcentage nul ou non précisé de brûlure au troisième degré
	Y84.2	(9)	Acte radiologique et radiothérapie, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Ordre de codification des lésions multiples en fonction du degré de gravité

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008



Lorsqu'il y a présence de lésions multiples, codifiez d'abord la lésion la plus grave (ou la plus dangereuse pour la vie du patient).

Reportez-vous également à la norme de codification *Diagnostics d'importance équivalente*.

Exemple : Après un accident de véhicule automobile, un patient a été admis avec des brûlures du troisième degré à la tête et au cou (11 % de la surface corporelle) ayant nécessité une importante greffe cutanée, en plus d'une lacération à un muscle du poignet qui a exigé une suture et un parage et de l'amputation traumatique de deux doigts.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T20.3	(M)	Brûlure du troisième degré de la tête et du cou
T31.12	(1)	Brûlures touchant de 10 à 19 % de la surface corporelle, avec 10 à 19 % de brûlures au troisième degré
S66.90	(1)	Lésion traumatique d'un muscle et d'un tendon non précisés, lacération
S68.2	(1)	Amputation traumatique (complète) (partielle) d'au moins deux doigts

Inscrivez également les codes suivants :

- code de cause externe de la lésion traumatique.

Justification : Les brûlures du troisième degré seraient considérées comme les plus graves et les plus dangereuses pour la vie du patient.



Lorsque des lésions superficielles (cutanées) sont présentes en même temps que des lésions plus graves de la même région corporelle, ne codifiez que les lésions les plus graves.

Exemple : Un patient se présente avec une fracture de l'olécrâne. Il présentait également des contusions et des abrasions multiples dans la même région.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S52.000	(M)	PP	Fracture de l'olécrâne du cubitus, fermée

Inscrivez également les codes suivants :

- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.



Codifiez les lésions significatives au plus grand degré de spécificité possible, même si cela requiert l'utilisation de plus d'un code provenant de la même catégorie.

Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Lésions significatives*.

Exception : N'assignez pas le même code de diagnostic plus d'une fois pour les fractures multiples du même site d'un os (p. ex. double fracture de la diaphyse) ou pour les fractures multiples ou bilatérales des os uniques dans le corps (p. ex. fractures bilatérales du maxillaire inférieur). Reportez-vous également à la norme de codification *Lésions bilatérales*.

Exemple : Un patient est admis avec une fracture ouverte des os de la main, plus précisément du col du premier métacarpien et de la première phalange du pouce, et une fracture fermée du troisième métacarpien.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S62.221	(M)	PP	Fracture du col du premier métacarpien, ouverte
S62.501	(1)	AP	Fracture de la première phalange, ouverte
S62.310	(1)	AP	Fracture de la diaphyse d'un autre os du métacarpe, fermée

Inscrivez également les codes suivants :

- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Justification : Le site de chaque fracture est précisé et donc codifié au plus grand degré de spécificité possible, même si les codes proviennent de la même catégorie de trois caractères.

Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008



Utilisez les catégories de combinaison pour décrire des lésions superficielles multiples et/ou bilatérales ou des plaies ouvertes touchant une même région corporelle.

Contrairement aux lésions importantes, les lésions multiples qui font partie des catégories du tableau ci-dessous n'ont pas besoin d'être classées séparément. Elles peuvent être codifiées séparément si le prescrivent les exigences de déclaration des données de l'établissement, de la province ou du territoire.

Utilisez un seul code pour identifier les plaies ouvertes multiples.

Choisissez l'un des codes suivants :

S01.7– de la tête;

S11.7– du cou;

S21.7– de la paroi thoracique;

S31.7– de l'abdomen, des lombes et du bassin;

S41.7– de l'épaule et du bras;

S51.7– de l'avant-bras;

S61.7– du poignet et de la main;

S71.7– de la hanche et de la cuisse;

S81.7– de la jambe;

S91.7– de la cheville et du pied;

T01.– de plusieurs parties du corps (voir le quatrième chiffre pour les combinaisons de parties du corps).

Exemple : Un patient a subi des lacérations au pouce, à la paume et au majeur à la suite d'un accident sur un chantier de construction; sa main est resté coincée dans une machine.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S61.70	(M)	PP	Plaies ouvertes multiples du poignet et de la main, sans complication
W31	(9)	AP	Contact avec des appareils, autres et sans précision
U98.6	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone industrielle et zone de chantier

Justification : Les plaies ouvertes multiples peuvent toutes être classées sous la catégorie S61. Toutefois, comme il ne s'agit pas de lésions graves, il est aussi possible d'utiliser le code de combinaison S61.70.

Utilisez un seul code pour identifier les lésions superficielles multiples.

Choisissez l'un des codes suivants :

S00.7– de la tête;

S10.7– du cou;

S20.7– du thorax;

S30.7– de l'abdomen, des lombes et du bassin;

S40.7– de l'épaule et du bras;

S50.7– de l'avant-bras;

S60.7– du poignet et de la main;

S70.7– de la hanche et de la cuisse;

S80.7– de la jambe;

S90.7– de la cheville et du pied;

T00.– de plusieurs parties du corps (voir le quatrième chiffre pour les combinaisons de parties du corps).

Attribution de codes pour plusieurs types de lésions importantes touchant une seule région corporelle

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008



Lorsqu'il existe au moins deux types ou plus de lésions significatives touchant une même région du corps, codifiez chaque lésion au plus grand degré de spécificité possible indiquée dans la documentation et inscrivez selon l'ordre de leur gravité.

Reportez-vous également à la norme de codification *Lésions significatives*.

En outre, inscrivez l'un des codes suivants, avec le type (3) au diagnostic (obligatoire) :

- S09.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la tête;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S02-S09.2);
- S19.7 (3) Lésions traumatiques multiples du cou;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S12-S18);
- S29.7 (3) Lésions traumatiques multiples du thorax;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S22-S29.0);
- S36.7 (3) Lésion traumatique de multiples organes intra-abdominaux;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S36.0-S36.9);
- S37.7 (3) Lésions traumatiques de multiples organes pelviens;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S37.0-S37.9);
- S39.7 (3) Autres lésions traumatiques multiples de l'abdomen, des lombes et du bassin;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S32-S39);
- S49.7 (3) Lésions traumatiques multiples de l'épaule et du bras;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S42-S48);
- S59.7 (3) Lésions traumatiques multiples de l'avant-bras;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S52-S58);
- S69.7 (3) Lésions traumatiques multiples du poignet et de la main;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S62-S68);
- S79.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la hanche et de la cuisse;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S72-S78);
- S89.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la jambe;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S82-S88);
- S99.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la cheville et du pied;
Lésions classées dans plus d'une des catégories (S92-S98).

Lorsque plusieurs types de lésions significatives, sont présentes dans une même région du corps, ceci est considéré comme des lésions « multiples » de cette région du corps.

Exemple : Un patient a été admis à la suite d'un accident de motoneige alors qu'il était le conducteur. Il a subi une fracture ouverte du trochanter (fémur), une lacération non contiguë du muscle grand fessier, ainsi que des lésions de plusieurs vaisseaux sanguins et du nerf sciatique au niveau de la cuisse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S72.191	(M)	PP	Fracture ouverte du trochanter non précisée
S74.00	(1)	AP	Lacération du nerf sciatique au niveau de la hanche et de la cuisse
S76.00	(1)	AP	Lacération de muscles et de tendons de la hanche
S75.7	(1)	AP	Lésion traumatique de plusieurs vaisseaux sanguins au niveau de la hanche et de la cuisse
S79.7	(3)	AP	Lésions traumatiques multiples de la hanche et de la cuisse
V86.50	(9)	AP	Conducteur d'une motoneige blessé dans un accident en dehors de la circulation

Justification : Ces lésions traumatiques sont toutes considérées comme significatives et justifient l'attribution d'un code de lésions multiples pour une même région corporelle. Dans le cas présent, étant donné que la documentation n'offre pas plus de précisions concernant la blessure aux vaisseaux sanguins, le code S75.7 est assigné.



Assurez-vous que les codes du type **S-9.7 Lésions traumatiques multiples de --** ne sont pas utilisés pour identifier des lésions multiples lorsqu'une lésion significative est présente avec une ou plusieurs plaies superficielles.

Exemple : Un patient a été admis après un accident sur un chantier de construction, au cours duquel il s'est blessé à la main en utilisant une machine. Il a subi une fracture fermée de la phalange distale de son index, des lacérations du pouce, de la paume et du majeur.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S62.610	(M)	PP	Fracture de la troisième phalange d'un doigt
S61.70	(3)	AP	Plaies ouvertes multiples du poignet et de la main, sans complication (facultatif)
W31	(9)	AP	Contact avec des appareils, autres et sans précision
U98.6	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone industrielle et zone de chantier

Justification : Les lésions superficielles multiples sont saisies avec l'utilisation du code S61.70 (consultez également la norme de codification intitulée *Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples*). Toutefois, le code S69.7 *Lésions traumatiques multiples du poignet et de la main*, n'est pas assigné car il y a seulement un type de lésion significative dans ce cas.

Attribution de codes pour plusieurs types de lésions importantes touchant plusieurs régions corporelles

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008

BS Chaque fois qu'il existe deux types ou plus de lésions significatives touchant des régions corporelles multiples, codifiez chaque lésion au plus grand degré de spécificité mentionné dans la documentation et classifiez les lésions en respectant l'ordre de leur gravité.

Reportez-vous également à la norme de codification *Lésions significatives*.

Le code T06.8 *Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps*, peut être utilisé comme indicateur pour identifier les cas avec des lésions significatives multiples touchant plusieurs régions corporelles. S'il est utilisé, un type (3) doit être assigné au diagnostic.

Lorsque T06.8 est assigné, il n'est pas nécessaire d'utiliser un code tel que S-9.7

Exemple : Le conducteur d'une motoneige blessé dans un accident de la circulation a subi des lésions multiples touchant plusieurs régions corporelles : une fracture de LeFort de type 3 du maxillaire, un hématome sous-dural avec perte de conscience durant 65 minutes, une plaie ouverte à l'abdomen avec contusion au pancréas, des lacérations du duodénum et du canal biliaire, une fracture fermée de la vertèbre C6, et des fractures ouvertes de l'extrémité supérieure de l'humérus et de la clavicule.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S06.520	(M)	PP	Hémorragie sous-durale traumatique avec perte de conscience modérée (> 1 heure), sans plaie intracrânienne ouverte
S36.201	(1)	AP	Hématome du pancréas (sans lésion traumatique d'un canal pancréatique), avec plaie ouverte dans la cavité
S36.421	(1)	AP	Lacération du duodénum avec lésion traumatique des canaux biliaires ou du complexe duodéno pancréatique, avec plaie ouverte dans la cavité
S02.431	(1)	AP	Fracture des os maxillaires et maxillaires, LeFort 3, unilatérale, ouverte
S12.210	(1)	AP	Fracture des vertèbres C5-C7, fermée
S42.281	(1)	AP	Fracture d'une autre partie de l'extrémité supérieure de l'humérus, ouverte
S42.011	(1)	AP	Fracture de la diaphyse claviculaire, ouverte
T06.8	(3)	AP	Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps
V86.00	(9)	AP	Conducteur d'une motoneige blessé dans un accident de la circulation

Remarque : Lorsque l'abrégié contient plusieurs codes commençant par la lettre **S** et présentant un deuxième chiffre différent, le code **T06.8** est probablement nécessaire, puisque le deuxième chiffre fait référence aux différentes parties du corps. Par exemple, **S06 + S44** = plusieurs types de lésions importantes touchant différentes parties du corps.

Ni les lésions superficielles (troisième chiffre = « 0 »), ni les plaies ouvertes (troisième chiffre = « 1 ») ne sont considérées comme des lésions importantes pour l'attribution des codes de lésions multiples. Cependant, certaines plaies ouvertes ou lésions superficielles peuvent être considérées comme des conditions comorbides.

Codification des lésions multiples non spécifiques – Visites aux urgences

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006

S Lorsque la documentation ne permet pas l'assignation d'un code de lésion spécifique, vous pouvez utiliser les codes de lésions multiples pour désigner le problème principal lors de la rédaction de l'abrégié d'une visite aux urgences.

Reportez-vous également à la norme de codification *Ordre de codification des lésions multiples en fonction du degré de gravité*.

Exemple : Une passagère dans une automobile a été blessée lorsque le véhicule dans lequel elle circulait a été frappé par un autobus. Elle a subi de graves lésions multiples de plusieurs parties du corps. La patiente a été transférée dans un centre de traumatologie avant qu'un diagnostic ne soit établi.

S

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T06.8	PP	Types multiples de lésion traumatique touchant plusieurs parties du corps (p. ex. fractures, lésion de la moelle épinière, lacération d'organes internes, hémorragie endocavitaire, amputation d'un membre)
V44.6	AP	Occupant d'une automobile blessé dans une collision avec un véhicule lourd ou un autobus, accident de la circulation

Complications précoces de traumatismes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Lorsqu'une complication de traumatisme, comme une hémorragie ou une infection, survient à la suite d'une intervention thérapeutique ou chirurgicale destinée à réparer le site lésé, sélectionnez le code approprié dans les rubriques T80 à T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*.

Exemple : Un patient a été admis pour une déhiscence d'une plaie ouverte à l'avant-bras qui avait été réparée par chirurgie.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.3	(M)	PP	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	Autres interventions chirurgicales à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Comme la complication s'est déclarée après le traitement médical ou l'intervention chirurgicale, elle est classée sous la plage T80 T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux*.

Remarque : Pour un patient présentant des traumatismes multiples, on peut présumer qu'un choc est attribuable aux traumatismes. Utilisez le code T79.4 *Choc traumatique*, sauf si le médecin a clairement indiqué une autre cause.

Exemple : Un patient avec des lésions multiples graves subit un choc après l'administration d'un anesthésique dans le cadre d'une intervention destinée à réparer les lésions.

BS

T88.2 Choc anesthésique

Inscrivez également les codes suivants :

- un code de cause externe de la lésion traumatique en fonction de l'intervention chirurgicale

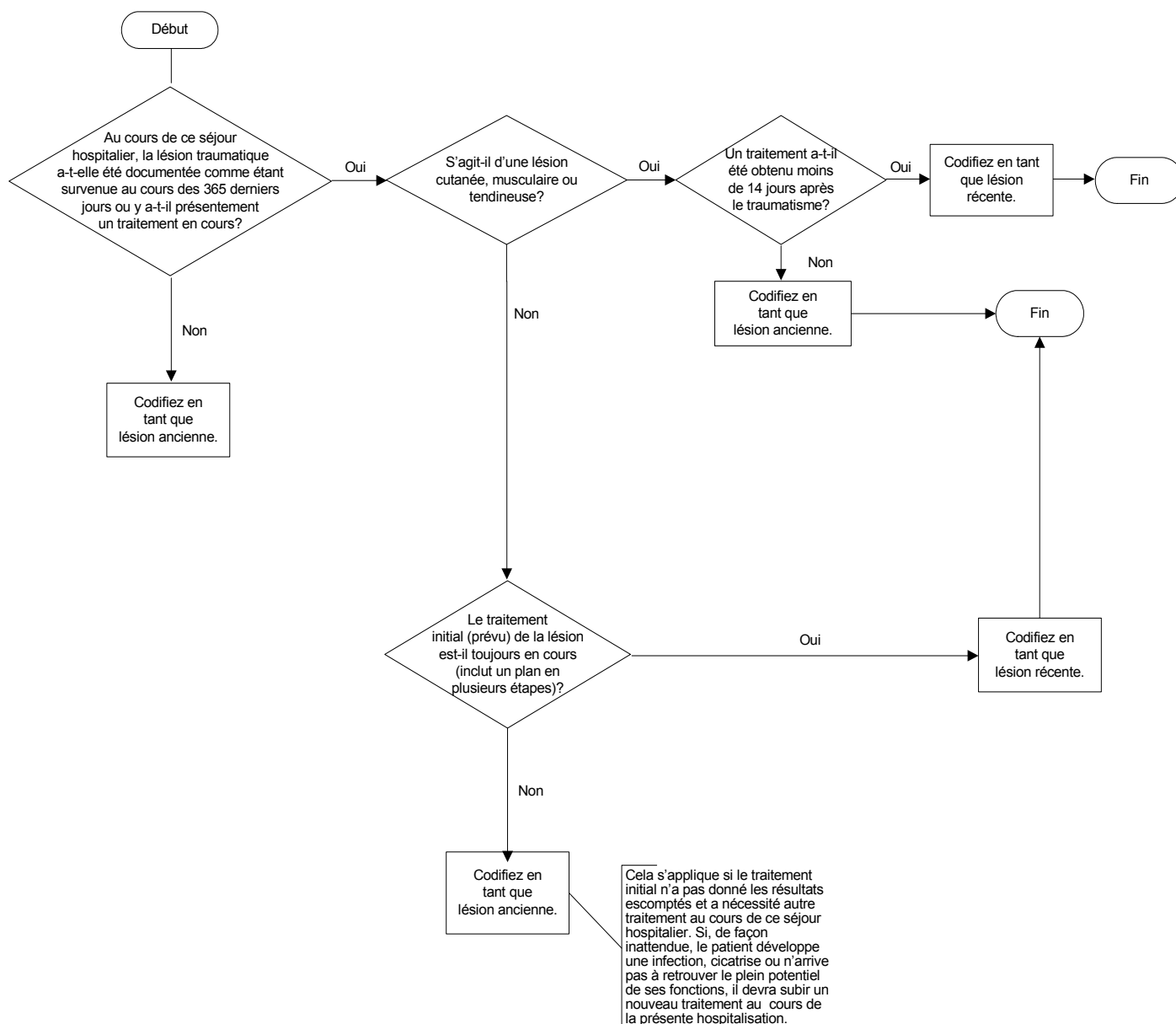
Lésions traumatiques récentes versus anciennes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006

BS Classifiez les lésions comme récentes ou anciennes en fonction des définitions ci-dessous :

BS Une **LÉSION RÉCENTE** est une lésion pour laquelle la réparation vient tout juste de commencer, est en cours ou reste à terminer.

BS Une **LÉSION ANCIENNE** est une lésion dont la réparation a été terminée. Cependant, après cette réparation, la capacité fonctionnelle initiale n'a pas été retrouvée, et il est nécessaire de poursuivre un traitement afin de remédier à cette complication imprévue de la guérison.



Remarque : Ce diagramme ne s'applique pas aux lésions iatrogènes.

Exemple : M. A. est tombé et s'est tordu un genou en faisant du ski. Il s'est présenté aux urgences une semaine plus tard en raison d'une douleur et d'une enflure persistantes. On lui a diagnostiqué une déchirure du ménisque interne et il a obtenu son congé en attendant une intervention chirurgicale.



PREMIÈRE VISITE

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S83.20	PP	Déchirure récente du ménisque interne du genou

Justification : Classifiez comme une lésion récente puisque le patient a consulté pour traitement en moins de 14 jours.

Exemple : Le même patient que dans l'exemple ci-dessus est revenu à l'hôpital pour une méniscectomie. Vingt et un jours se sont écoulés depuis la lésion initiale.

DEUXIÈME VISITE



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S83.20	(M)	PP	Déchirure récente du ménisque interne du genou

Justification : Classifiez comme une lésion récente puisque le traitement initial est toujours en cours.

Exemple : Il y a six mois, M^{me} S. est tombée et s'est tordu un genou en faisant du ski. À l'époque, elle avait été vue aux urgences où on lui avait diagnostiqué une déchirure partielle du ménisque interne. Elle avait obtenu son congé après qu'on lui eut prescrit du repos et l'application de glace sur la région lésée. Elle se plaint maintenant de douleur au genou en pratiquant certaines activités et on l'a admise pour une méniscectomie. Le diagnostic est une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M23.22	(M)	PP	Lésion d'une corne postérieure du ménisque interne due à une déchirure ou un traumatisme ancien

Justification : À classer comme une lésion ancienne puisque le traitement initial a été terminé, mais que les capacités fonctionnelles n'ont pu être récupérées.



Sélectionnez le code de la lésion récente comme diagnostic principal/problème principal pour toutes les admissions ultérieures visant à traiter la lésion initiale (qui comprendront probablement des interventions en plusieurs étapes).

Exemple : S. M. s'est fracturé la diaphyse du radius droit alors qu'il jouait au ballon à l'école. Il a été vu aux urgences où une réduction fermée a été pratiquée et un plâtre a été appliqué. Le patient a été retourné chez lui après qu'on lui eut demandé de revenir à la clinique de fractures une semaine plus tard. Une deuxième radiographie prise lors de cette seconde visite a montré que la réduction n'avait pas tenu et le patient a été admis pour une réduction ouverte et une fixation interne par un chirurgien orthopédiste.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S52.300	(M)	PP	Fracture fermée de la diaphyse du radius
W21.00	(9)	AP	Heurt contre ou par un ballon ou une balle
U98.2	(9)	AP	Lieu de l'événement, école, autre institution et lieu d'administration publique

Exemple : Un homme ayant subi une fracture du crâne dans un accident de la circulation s'était fait insérer un volet crânien dans la cavité abdominale afin de le maintenir en vie. Il est maintenant admis pour le retrait du volet crânien de la cavité abdominale et la fermeture du défaut crânien à l'aide du volet autologue.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
S02.001	(M)	Fracture ouverte de la voûte crânienne
V89.2	(9)	Personne blessée dans un accident de la circulation avec un véhicule à moteur, sans précision



Dans le cas des visites effectuées uniquement dans le but d'administrer des soins de contrôle ou de suivi (p. ex. pansements, examens et plâtres), utilisez un code du chapitre XXI – *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*. Choisissez un code supplémentaire pour décrire la lésion, facultatif, avec un diagnostic de type (3)/autre problème.



Inscrivez un code de la rubrique T90 à T98 *Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes*, pour décrire la nature sous-jacente de la lésion ancienne, facultatif, avec un diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient est vu en clinique pour faire retirer des points de suture à la suite d'une chirurgie abdominale.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z48.0	PP	Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux

Exemple : Un patient se présente avec une douleur à l'articulation du genou liée à une lésion ancienne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M25.96	(M)	PP	Affection articulaire, sans précision, jambe
T93.9	(3)	AP	Séquelles de lésion traumatique du membre inférieur, sans précision (facultatif)
Y89.9	(9)	AP	Séquelles de cause externe, sans précision (facultatif)

Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Admission pour examen de contrôle*.

Conditions et complications postopératoires

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008

Le chapitre XIX comprend des catégories (T80-T88) pour certaines complications liées à des interventions chirurgicales ou autres, par exemple l'infection de plaies chirurgicales, des complications mécaniques de prothèses internes, des chocs, etc. La plupart des chapitres portant sur un système corporel comprennent aussi des catégories pour les conditions qui surviennent à la suite d'interventions et de techniques précises ou après le retrait d'un organe, par exemple un syndrome de lymphœdème postmastectomie ou une hypothyroïdie après irradiation. Les complications peuvent apparaître pendant l'épisode de soins en cours, après le congé ou un transfert, ou même des années plus tard. Les exacerbations de conditions existantes ne sont pas considérées comme des conditions ou complications postopératoires.

Étape 1 : Établissement d'un rapport entre la condition et l'intervention

- BS** Appliquez les définitions ci-dessous aux conditions survenant à la suite d'une intervention :
- Une condition qui apparaît dans les 96 heures après une intervention est considérée comme une complication précoce. À l'intérieur de ce délai, on présume qu'il existe une relation de cause à effet entre la condition et l'intervention et un code de cause externe est obligatoire.
 - Une condition qui apparaît plus de 96 heures après l'intervention et pour laquelle le médecin indique qu'elle est due à cette intervention (sans limite de temps en amont) est considérée comme une complication tardive. Dans un tel cas, un lien de causalité a été établi et un code de cause externe est obligatoire.
 - Une condition significative qui apparaît plus de 96 heures après l'intervention, mais avant la fin du quinzième jour suivant l'intervention chirurgicale, sans lien établi et documenté entre la condition et l'intervention, est considérée comme une condition postopératoire. Un lien de causalité n'a pas été établi et un code de cause externe n'est pas inscrit.

Exemple : Un patient développe un iléus nécessitant une intubation nasogastrique, deux jours après une gastro-jéjunostomie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K91.3	(2)	Occlusion intestinale post-opératoire, non classée ailleurs
Y83.2	(9)	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention.

Justification : Il s'agit d'une complication précoce, on présume qu'il existe un lien de causalité et un code de cause externe est nécessaire.

Exemple : Un patient développe une pneumonie six jours après l'implantation d'une prothèse totale de la hanche. Le diagnostic indique une pneumonie « postopératoire ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J95.88	(2)	Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
J18.9	(3)	Pneumopathie, sans précision
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Plus de 96 heures se sont écoulées depuis l'intervention, toutefois le médecin a documenté un lien de causalité en indiquant « postopératoire ». Il s'agit d'une complication tardive et un code de cause externe est nécessaire.

Exemple : Une patiente développe une pneumonie huit jours après une hystérectomie radicale. Aucune documentation ne figure au dossier pour indiquer que la pneumonie est liée à l'intervention.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J95.88	(2)	Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
J18.9	(3)	Pneumopathie, sans précision

Justification : La pneumonie est apparue au cours de la période postopératoire de 15 jours, par conséquent il s'agit d'un trouble postopératoire et le code J95.88 doit être utilisé. Un code de cause externe n'est pas nécessaire ici puisque rien dans la documentation ne permet d'établir un lien entre la condition et l'intervention. Si la pneumonie était apparue plus de 15 jours après l'intervention et qu'elle n'avait pas été indiquée comme étant due à celle-ci, seul le code J18.9 aurait été utilisé.

Exemple : Une patiente est examinée à l'hôpital pour l'infection d'une plaie 20 jours après une mastectomie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.4	(M)	PP	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
Y83.6	(9)	AP	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Pour certaines conditions, il y a un lien de causalité direct et évident entre la condition et l'intervention. Dans de tels cas, il n'y a aucune limite de temps en amont pour codifier la condition comme une complication postopératoire.

Remarque : Lorsque la documentation au dossier établit clairement qu'une condition survenue au cours de la période postopératoire de 15 jours n'est pas liée à l'intervention, cette condition ne peut être codifiée comme une complication ou une condition postopératoire. Il pourrait s'agir, par exemple, d'une aggravation de la condition en cours de traitement ou d'une exacerbation d'une condition préexistante.

Étape 2 : Recherche du code approprié dans l'index

BS Cherchez d'abord dans l'index alphabétique.

BS Cherchez le terme pilote pour une condition en particulier, puis cherchez un terme secondaire tel qu' *après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, postopératoire, dû à une intervention chirurgicale, compliquant la chirurgie, etc.*

Exemple : Infection d'une plaie postopératoire
Infection
– plaie postopératoire **T81.4**

BS Lorsqu'il n'existe pas de terme pilote pour une condition, recherchez tous les synonymes possibles.

Exemple : Shunt ventriculopéritonéal bloqué
Bloc — aucun sous-terme pour shunt, prothèse, postopératoire, etc. Passez à :
Blocage (voir aussi Obstruction). Passez à :
Obstruction
– prothèse, implant ou greffe (voir aussi Complications, par siège et type) T85.6
– – **shunt ventriculaire intracrânien T85.0**

BS Lorsque vous ne pouvez trouver un terme pilote pour une condition ou qu'il n'existe pas de sous-terme « postopératoire » applicable, passez au terme pilote *Complications*. Recherchez un sous-terme correspondant à l'intervention précise ou au système corporel touché.

Exemple : Épanchement pleural postopératoire à la suite d'un pontage aortocoronarien
Épanchement — aucun sous-terme pour postopératoire. Passez à (après avoir épuisé tous les synonymes) :
Complications
– respiratoires J98.9
– – postopératoires J95.9
– – – **précisées NCA J95.88**

Exemple : Écoulement biliaire postopératoire du canal cystique consécutif à la formation d'un bilome cinq jours après une chirurgie de la vésicule biliaire.
Écoulement — aucun sous-terme applicable
Bilome — n'existe pas comme terme pilote. Passez à :
Complications
– intervention chirurgicale
– – appareil digestif K91.9
– – – **précisées NCA K91.8**
– – – trouble fonctionnel NEC K91.8



Lorsqu'il existe deux sous-termes pour une même condition, l'un correspondant à un code T et l'autre, à un système corporel, choisissez le code T lorsque la condition est une complication précoce et le code de système corporel lorsque la condition est une complication tardive.

Exemple : Arrêt cardiaque postopératoire

Arrêt, arrêté

– cardiaque I46.9

– – compliquant

– – – chirurgie **T81.8** (*choisissez ce code s'il s'agit d'une complication précoce*)

– – postopératoire **I97.8** (*choisissez ce code s'il s'agit d'une complication tardive*)

– – – effet à long terme d'une chirurgie cardiaque **I97.1** (*choisissez ce code s'il s'agit d'une complication tardive*)



Lorsqu'il existe des sous-termes tant pour la condition que pour le caractère postopératoire, accordez la priorité au caractère postopératoire.

Exemple : Embolie pulmonaire postopératoire

Embolie (septique) I74.9

– **postopératoire T81.7** (*choisissez ce code*)

– pulmonaire (artère) (veine) I26.9



Lorsque vous n'arrivez pas à trouver le code à utiliser, procédez de la façon suivante :

Choisissez un code de la rubrique T80 à T88 pour :

- les complications précoces d'actes médicaux;
- les complications mécaniques.

Choisissez un code du chapitre correspondant au système corporel pour :

- les complications tardives;
- les complications fonctionnelles.

Remarque : Une complication fonctionnelle est une perturbation du fonctionnement normal d'un système corporel. Par exemple, l'arythmie est un trouble cardiaque (fonctionnel) et la malabsorption, un trouble gastro-intestinal (fonctionnel). Les troubles fonctionnels sont souvent la conséquence de certaines interventions. Par exemple, une mastectomie radicale peut entraîner un lymphœdème parce que le fonctionnement normal du système lymphatique a été perturbé.

Les troubles fonctionnels du cœur comprennent toutes les conditions classées dans les rubriques I44 à I50. Recherchez *Trouble, cœur, fonctionnel* dans l'index alphabétique.

Étape 3 : Ajout de précisions — pour identifier précisément la nature de la complication ou de la condition

BS Lorsque le titre du code d'une condition à la suite d'un acte à visée diagnostique ou thérapeutique ou d'une complication à la suite d'une chirurgie ou de soins médicaux ne décrit pas précisément le problème, vous pouvez inscrire un code supplémentaire facultatif (sauf si une autre norme de codification ne l'exige) avec un diagnostic de type (3)/autre problème, afin de fournir plus de détails sur la nature de la condition.

Exemple : M. G. développe une septicémie à staphylocoques coagulase-négatifs quatre jours après le remplacement de la valvule mitrale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T81.4	(2)	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
A41.1	(3)	Septicémie à d'autres staphylocoques précisés
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention (obligatoire)

Justification : Selon la norme de codification *Septicémie*, il est obligatoire d'inscrire un autre code pour préciser le type de septicémie.

Reportez-vous également à la norme de codification *Septicémie*.

Étape 4 : Établissement d'un lien entre la complication ou la condition et l'intervention — cause externe

BS Pour identifier un lien de causalité entre une complication ou une condition et une intervention médicale ou chirurgicale, utilisez un code de cause externe du chapitre XX (rubrique Y40 à Y84) :

BS Obligatoire lorsque :

- La complication ou la condition apparaît moins de 96 heures après l'intervention. Il s'agit d'une complication précoce et on présume qu'il existe un lien de causalité;
- La complication ou la condition touche le site de la plaie opératoire;
- Une défaillance ou un rejet d'organe se produit (quel que soit le délai);
- Une complication mécanique survient (quel que soit le délai);
- Un accident médical ou une complication médicale se produit;
- Le médecin indique qu'il existe un rapport de cause à effet entre la condition et l'intervention. Le lien de causalité est établi.

BS Facultatif, lorsque plus de 96 heures se sont écoulées depuis l'intervention et que :

- Un trouble du fonctionnement normal d'un système corporel apparaît;
- L'intitulé d'un code indique clairement que la condition résulte d'une intervention ou de soins, comme dans les exemples ci-dessous :
 - Syndromes consécutifs à une intervention gastrique (K91.1);
 - Syndrome post-laminectomie, non classé ailleurs (M96.1);
 - Lymphoedème après mastectomie (I97.2);
 - Syndrome postchirurgical de l'anse borgne (K91.2).

Exemple : On remplace une valvule cardiaque de M^{me} W. par une valvule mécanique. À la suite de la chirurgie, la patiente a été admise à l'unité de soins intensifs où elle a passé la nuit en ventilation assistée. L'après-midi suivant, on cesse la ventilation. Au début, elle se porte bien, mais sa situation se détériore le troisième jour après l'intervention jusqu'à une insuffisance pulmonaire aiguë et on doit de nouveau avoir recours à la ventilation assistée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J95.1	(2)	Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale thoracique
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Il s'agit d'une complication précoce; un code de cause externe est donc obligatoire.

Exemple : M^{me} W. a développé une insuffisance cardiaque après l'implantation d'une prothèse valvulaire mitrale il y a quatre ans. Elle est réadmise pour une reprise du remplacement de la valvule mitrale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I97.1	(M)	Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque
I50.9	(3)	Insuffisance cardiaque, sans précision

Justification : Dans le cas présent, la complication fonctionnelle est apparue plus de 96 heures après la chirurgie. Par ailleurs, le titre d'un code indique clairement que la condition résulte d'une intervention. Par conséquent, l'utilisation d'un code de cause externe est facultative.

Exceptions : Les signes et symptômes postopératoires transitoires — reportez-vous à la norme de codification intitulée *Signes et symptômes postopératoires*.

Les infarctus aigus du myocarde qui sont des complications précoces d'une intervention chirurgicale — reportez-vous à la norme de codification intitulée *Syndrome coronarien aigu*.

Les accidents vasculaires cérébraux qui sont des complications précoces d'une intervention chirurgicale — reportez-vous à la norme de codification intitulée *Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)*.

Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (SDRA)

Reportez-vous également aux normes de codification intitulées *Fibrillation auriculaire postopératoire*, *Insuffisance cardiaque postopératoire* et *Arrêt cardiaque*.

L'information clinique se trouve à la section *Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte* de l'*annexe A*.

Complications de soins chirurgicaux et médicaux, NCA

En vigueur depuis 2003, modifié en 2008

T81 Complications d'actes à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs



Sélectionnez un code de la rubrique T81.0 à T81.82 pour classer les complications d'actes chirurgicaux non identifiées dans un chapitre de système corporel précis.

Ces complications incluent les suivantes :

- Hémorragie ou hématome postopératoire;
- Choc pendant ou après un acte à visée diagnostique et thérapeutique;
- Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique;
- Désunion d'une plaie opératoire;
- Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique;
- Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique;
- Réaction aiguë à une substance étrangère laissée accidentellement au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique;
- Complications vasculaires consécutives à un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Au Canada, la sous-catégorie T81.8 a été améliorée pour inclure les codes spécifiques suivants :

- T81.80 Complication d'un traitement par inhalation
- T81.81 Emphysème (sous-cutané) résultant d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique
- T81.82 Fistule postopératoire persistante
- T81.88 Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs

Exemple : Un patient s'est présenté aux urgences avec une douleur due à une incision chirurgicale. Le patient avait reçu son congé deux semaines avant cette visite, suite à une cholécystectomie ouverte. Après l'examen physique, le médecin a indiqué un « granulome sur les points de suture ».



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.88	PP	Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y83.6	AP	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

T88 Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs



Sélectionnez un code de la catégorie T88.- *Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*, pour classer les complications de certains soins chirurgicaux et médicaux.

Vous devez inscrire les codes des sous-catégories T88.0 à T88.7 lorsque vous identifiez les complications des interventions suivantes :

- vaccinations;
- administration d'un anesthésique;
- effets indésirables d'un médicament, sans précision.

Sélectionnez le code T88.8 *Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, non classées ailleurs*, pour les complications dues à l'un des éléments suivants :

- photothérapie;
- thérapie ultrasonique;
- sismothérapie (thérapie électroconvulsive);
- applications locales de fomentations, de cataplasmes, etc., non précisées comme une brûlure;
- paraffinome.

Exemple : Le patient est un garçon de 12 ans qui est retourné aux urgences avec des doigts enflés et un plâtre du poignet trop serré. Un examen du dossier a montré que le plâtre avait été posé la veille. Le médecin a indiqué « œdème dû à un plâtre serré ». Le plâtre a été changé et le patient a obtenu son congé.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T88.8	PP	Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, non classées ailleurs
R60.0	AP	Œdème localisé
Y84.8	AP	Autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : L'œdème est un symptôme. Cependant, selon le dossier, il a été causé par le plâtre trop serré et répond aux critères ci-dessus.

Signes et symptômes postopératoires

En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2008

Au cours de la période postopératoire, un patient peut développer divers signes et symptômes courants ou même inévitables résultant de l'épisode de l'intervention, terme qui fait référence à l'ensemble des soins chirurgicaux dispensés, c'est-à-dire l'intervention même et tous les autres aspects liés à l'intervention. La présente norme de codification vise à décrire la classification des signes et symptômes postopératoires et à dresser la liste des critères de sélection des signes et symptômes sérieux.

BS Inscrivez un code pour le signe ou symptôme, avec le type de diagnostic (M) ou (2) ou le diagnostic du problème principal ou d'un autre problème, suivi d'un code de cause externe précisant la relation de cause à effet de l'intervention, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- selon le dossier, le patient présente un signe ou un symptôme (de la liste ci-dessous) attribuable à l'épisode de l'intervention et pouvant être classé sous le chapitre XVIII – *Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs*;

la documentation du médecin indique que le signe ou symptôme nécessite une prise en charge au-delà des soins postopératoires habituels ou qu'il persiste depuis au moins 96 heures;

BS Lorsque, selon le dossier, le signe ou le symptôme résulte de l'épisode de l'intervention, mais qu'il ne satisfait pas les critères ci-dessus, vous pouvez utiliser un code facultatif, avec le type de diagnostic (3)/autre problème, suivi d'un code de cause externe précisant la relation de cause à effet de l'intervention.

BS Utilisez le code R52.0 *Douleur aiguë* lorsque la douleur postopératoire est liée au champ opératoire, suivi d'un code de cause externe précisant la relation de cause à effet de l'intervention.

Signes et symptômes habituels ou inévitables au cours de la période postopératoire

Le tableau ci-dessous énumère les signes et les symptômes habituels ou inévitables au cours de la période postopératoire; ceux-ci ne doivent pas être classés comme des comorbidités, à moins de satisfaire les critères ci-dessus.

➤ Bruit cardiaque	➤ Flatulence
➤ Céphalée	➤ Frottement
➤ Confusion	➤ Hyperventilation
➤ Difficulté à marcher	➤ Nausée
➤ Douleur liée au champ opératoire (R52.0)	➤ Œdème
➤ Douleur non liée au champ opératoire, mais liée à l'intervention	➤ Paresthésie
➤ Dysphagie	➤ Rétention d'urine
➤ Dysurie	➤ Tension artérielle élevée (lecture)
	➤ Toux
	➤ Vomissements

Remarque : Les signes et symptômes, comme la douleur, causés par un appareil sont classés sous les catégories T82 à T84 dans le présent chapitre et pas dans le chapitre sur les symptômes. Reportez-vous également aux normes de codification *Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes* et *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, NCA*.

Exemple : Le patient a été admis en vue de la résection non urgente d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Le médecin s'est montré préoccupé par les nausées et les vomissements postopératoires qui ont persisté pendant cinq jours après l'intervention. Le Graval et les solutions intraveineuses ont été maintenus pendant six jours.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I71.4	(M)	Anévrisme aortique abdominal, sans mention de rupture
R11.3	(2)	Nausées avec vomissements
Y83.2	(9)	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Exemple : Le patient a été admis en vue d'une réparation de hernie inguinale non urgente. Selon les notes du médecin au dossier, le lendemain de l'intervention, le patient souffrait de rétention urinaire postopératoire. Ce trouble a bien répondu à un cathétérisme intermittent et à une augmentation de l'apport liquidien. Le patient n'a souffert d'aucun autre trouble par la suite et il a obtenu son congé le lendemain, comme prévu.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K40.9	(M)	Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène
R33	(3)	Rétention d'urine (facultatif)
Y83.4	(9)	Autres interventions chirurgicales réparatrices à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : La rétention urinaire est dite attribuable à l'intervention, mais elle ne nécessite pas une prise en charge au-delà des soins postopératoires habituels et n'a pas duré au moins 96 heures. Par conséquent, elle ne répond pas à la définition d'une comorbidité. Si la rétention urinaire est codifiée, un type de diagnostic (3) doit lui être assigné, suivi d'un code de cause externe précisant la relation de cause à effet de l'intervention.

Exemple : Une patiente subit une amygdalectomie et obtient son congé sans qu'aucun problème apparent ne se manifeste. Le lendemain, elle retourne à l'hôpital en se plaignant d'importantes douleurs postopératoires. Le médecin lui prescrit de l'ibuprofène contre la douleur et lui conseille de revenir consulter si d'autres problèmes apparaissent.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R52.0	PP	Douleur aiguë
Y83.6	AP	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Selon le dossier, il s'agit d'une douleur postopératoire liée au champ opératoire et qui nécessite un traitement.

Exemple : Le patient, un garçon de 12 ans, est amené de nouveau au service des urgences parce que ses doigts sont enflés et son plâtre au poignet est trop serré. Un examen du dossier montre que le plâtre a été posé la veille. Le médecin écrit au dossier « œdème dû à un plâtre serré ». Le plâtre est changé et le patient obtient son congé.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T88.8	PP	Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, non classées ailleurs
R60.0	AP	Œdème localisé
Y84.8	AP	Autres actes médicaux

Justification : L'œdème est un symptôme postopératoire figurant dans la liste ci-dessus. Cependant, selon le dossier, il a été causé par le plâtre trop serré et est donc le premier code inscrit. Reportez-vous également à la norme de codification *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, NCA*.

Exemple : Un patient est admis pour subir une cholécystectomie par approche ouverte. Dans la salle de réveil, il ressent des douleurs thoraciques qui persistent et nécessitent une étroite surveillance pendant le reste de son séjour. Une consultation est demandée. Après examens, le diagnostic de complication respiratoire ou cardiaque est écarté. Le médecin écrit au dossier « douleurs thoraciques postopératoires » et le patient obtient son congé cinq jours après son admission.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
R07.4	(2)	Douleur thoracique, sans précision
Y83.6	(9)	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention)

Justification : Les douleurs thoraciques ne sont pas liées au champ opératoire. Cependant, elles sont attribuables à l'épisode de l'intervention et répondent aux critères d'attribution du type de diagnostic (2).

Rejet ou échec d'organes, de greffons et de lambeaux transplantés

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006

BS Lorsque la source d'un organe ou le tissu a été prélevé sur une autre personne (homogreffe) ou un animal (xéno greffe) et que la complication est un échec ou un rejet total de cet organe, de ce greffon ou de ce lambeau, sélectionnez un code de la catégorie T86 *Échec et rejet d'organes et de tissus greffés.*

BS Les codes de la catégorie T86 ne doivent pas être utilisés lorsque l'origine du greffon ou du lambeau est le patient lui-même (autogreffe).

Remarque : En ce qui concerne le rejet, l'échec et les complications de greffons utilisés dans le traitement de brûlures, reportez-vous à la norme *Brûlures et corrosions.*

Exemple : Un patient est admis pour un rejet d'une greffe de rein (homogreffe).

B	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	T86.100	(M)	Rejet d'une greffe de rein
	Y83.0	(9)	Intervention chirurgicale avec transplantation d'un organe entier à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Exemple : Une patiente est examinée à l'hôpital pour le traitement d'une nécrose d'un lambeau musculo-cutané de sein.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	T85.8	(M)	PP	Autres complications de prothèses, implants et greffes internes, non classées ailleurs
	Y83.2	(9)	AP	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : La *catégorie* T86 n'est pas utilisée lorsque l'origine du lambeau est le patient lui-même.

BS Lorsqu'une condition est documentée comme affectant l'organe ou le tissu greffé, mais que celle-ci ne peut être classée comme un échec ou un rejet, utilisez un code de la catégorie Z94 *Greffe d'organe et de tissu*, pour cette condition.

BS Lorsque la documentation n'indique pas clairement si la condition est le résultat d'un échec ou d'un rejet ou s'il s'agit d'un processus morbide, des éclaircissements sont nécessaires auprès du médecin.

Certaines conditions, par exemple une infection chronique par le virus de l'hépatite C préexistante, peuvent affecter l'organe greffé sans être dues à la greffe elle-même. D'autres conditions, comme un cancer apparaissant dans un organe ou un tissu greffé, peuvent être dues à une immunosuppression de longue durée du patient. Ces conditions ne sont pas classées comme échec ou rejet de l'organe greffé.

Exemple : Il y a deux ans, M. M. a subi une greffe de foie rendue nécessaire par des lésions consécutives à une infection chronique par le virus de l'hépatite C. Il a développé par la suite des lésions du foie greffé consécutives à une infection par le virus de l'hépatite C.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
B18.2			Hépatite virale chronique C
Z94.4			Greffe de foie

Exemple : Un patient a développé un carcinome à cellules rénales dans un rein greffé cinq ans après la greffe.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C64			Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinot
Z94.0			Greffe de rein

Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2008

Il existe trois catégories principales pour classifier les complications liées à des dispositifs.

Complications mécaniques	Infection et inflammation	Autres complications
Rupture Déplacement Fracture (prothèse cassée) Fuite Dysfonctionnement Malposition Obstruction Perforation Protrusion	Utilisez un code supplémentaire obligatoire, pour toute septicémie notée au dossier. Consultez également la norme de codification <i>Septicémie</i> . Utilisez un code supplémentaire (facultatif) pour le micro-organisme en cause, s'il y a lieu.	Embolie Fibrose Hémorragie Douleur Sténose Rétrécissement Thrombose

Aucune limite de temps n'a été attribuée aux complications des catégories T82 à T85. Vous pouvez utiliser ces codes à tout moment après la greffe, l'implantation ou l'insertion de la prothèse. Toutefois, il est nécessaire que les notes du médecin soient claires pour codifier les complications liées à des prothèses, des implants et des greffes.

Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Rejet ou échec d'organes, de greffons et de lambeaux transplantés*.

- BS** Attribuez un code des catégories T82 à T85 aux conditions décrites comme étant des complications attribuables à des prothèses, des implants et des greffes.
- T82.– *Complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*
 - T83.– *Complications de prothèses, implants et greffes génito-urinaires*
 - T84.– *Complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes*
 - T85.– *Complications d'autres prothèses, implants et greffes internes*
- BS** Lorsqu'un organisme infectieux a été identifié, utilisez un code supplémentaire des catégories B95 à B97, facultatif, avec un diagnostic de type (3)/autre problème pour identifier l'agent infectieux.
- BS** Lorsque, selon le dossier, une prothèse, une greffe ou un implant infecté est la cause de la septicémie, attribuez un code supplémentaire (obligatoire) au type de septicémie en cause, avec le type de diagnostic (3)/autre problème.

Exemple : Le patient a contracté une septicémie à staphylocoques postopératoire qui, selon le dossier, est attribuable au remplacement d'une valvule cardiaque.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T82.6	(2)	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque
A41.2	(3)	Septicémie à staphylocoques non précisés
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

BS Lorsqu'une complication d'une prothèse, d'un implant ou d'une greffe ne suffit pas à décrire entièrement le problème, inscrivez un code supplémentaire (facultatif) avec un diagnostic de type (3)/autre problème, pour donner plus de détails sur la nature de la condition. Insérez ce code entre le code de la complication et le code de cause externe.

Exemple : Douleur à la hanche droite en raison d'une prothèse de hanche. Ni luxation ni déplacement identifié par la radiographie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T84.8	(M)	PP	Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
M25.55	(3)	AP	Douleur articulaire, région pelvienne et cuisse
Y83.1	(9)	AP	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

BS Lorsqu'un dispositif médical se brise ou devient dysfonctionnel de façon imprévue, sélectionnez un code de cause externe de la rubrique Y70 à Y82 *Appareils médicaux associés à des accidents au cours d'actes diagnostiques et thérapeutiques*.

Exemple : Le défibrillateur implanté chez un homme de 85 ans a cessé de fonctionner alors que celui-ci marchait pour retourner chez lui. L'appareil s'est interrompu plus de six autres fois avant l'admission. Le diagnostic principal du médecin indiquait une tachycardie ventriculaire due à un défibrillateur défectueux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T82.1	(M)	PP	Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique
I47.2	(3)	AP	Tachycardie ventriculaire
Y71.2	(9)	AP	Appareils cardiovasculaires, associés à des accidents, prothèse et autres implants, matériel et accessoires cardiovasculaires

Justification : Le défibrillateur a cessé de bien fonctionner. Cet échec se classe parmi les accidents.

Exemple : Le patient est admis pour la reprise de son arthroplastie totale de la hanche, car sa prothèse s'est déplacée. De plus, les parties ont du jeu entre elles.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T84.03	(M)	Complication mécanique d'une prothèse de la hanche
Y83.1	(9)	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Dans le cas présent, le code Y83.1 est choisi parce que le jeu de la prothèse n'est pas attribuable à la prothèse même. Dans la plupart des cas, le jeu est attribuable à l'usure normale des surfaces implantées et de l'affaiblissement subséquent (ostéolyse) de l'os environnant.

Organisation et typage des complications

En vigueur depuis 2001

Reportez-vous également à la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

B Lorsqu'une complication ou une condition satisfait aux critères d'une comorbidité après l'admission, attribuez un diagnostic de type (2) pour codifier cette complication ou condition.

Exemple : Un patient a été admis pour une intervention chirurgicale définitive (pour une tumeur de l'œsophage). Il a subi un accident vasculaire cérébral après l'intervention.

B	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	C15.2	(M)	Tumeur maligne de l'œsophage abdominal
	I64	(2)	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
	Y83.2	(9)	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe (à la suite d'une œsophagectomie) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

B Lorsqu'une complication liée aux soins survenant après l'admission satisfait aux critères d'un diagnostic principal, codifiez-la deux fois, comme diagnostic principal et comme diagnostic de type (2).

Reportez-vous également à la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

Exemple : Une patiente présentant une ménorragie, admise pour une hystérectomie, a subi un accident vasculaire cérébral après l'intervention. Elle est demeurée aux soins chirurgicaux intensifs pendant deux semaines.

B	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	I64	(M)	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
	N92.4	(1)	Saignements abondants de la préménopause (admission pour hystérectomie)
	I64	(2)	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
	Y83.6	(9)	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

BS Lorsqu'une complication liée aux soins ne représente qu'un problème mineur et ne satisfait pas les critères de comorbidité, vous pouvez la codifier avec le type (3) au diagnostic/autre problème (facultatif).

Reportez-vous également à la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

Exemple : Un patient subit une syncope immédiatement après un prélèvement sanguin pour des analyses.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R55	(3)	AP	Syncope et collapsus
Y84.7	(9)	AP	Prélèvement de sang



Lorsqu'une complication liée aux soins survient après le congé (p. ex. après le retour à la maison du patient) et entraîne la réadmission à l'hôpital pour traiter cette complication, codifiez la complication comme diagnostic principal/problème principal.

Reportez-vous également à la norme de codification *Conditions et complications postopératoires*.

Exemple : Une patiente a subi une hystérectomie abdominale, puis a obtenu son congé. Par la suite, elle est amenée de nouveau à l'hôpital pour une déhiscence de la plaie opératoire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.3	(M)	PP	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
Y83.6	(9)	AP	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Hémorragie, perforation ou lacération durant une interventionⁱ

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

Hémorragie peropératoire ou postopératoire



Inscrivez le code T81.0 *Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs*, avec le type de diagnostic (M) ou (2)/autre problème, lorsqu'une perte de sang :

- est qualifiée par le médecin de substantielle, massive, torrentielle ou difficile à contrôler, ou un terme similaire;
- nécessite une consultation peropératoire d'un autre chirurgien ou spécialiste;
- nécessite le retour en salle d'opération pour le contrôle d'une hémorragie;
- entraîne des symptômes tels que la faiblesse ou l'anémie, que le médecin attribue à une hémorragie.



Vous pouvez aussi inscrire le code T81.0 (facultatif), avec un diagnostic de type (3) lorsque :

- l'hémorragie peropératoire ou postopératoire est qualifiée ainsi par le médecin, mais n'a aucune incidence sur la durée du séjour, les soins ou la surveillance.

Ne codifiez *pas* comme une hémorragie :

- une perte de sang, peu importe la quantité, sans qu'aucune documentation indique une hémorragie peropératoire ou postopératoire;
- une perte de sang plus abondante que la normale pour le type d'intervention : réparation d'une rupture d'anévrisme, ulcères hémorragiques, varices hémorragiques (œsophagiennes, gastriques), arthroplastie totale de la hanche ou contrôle d'une hémorragie consécutive à un traumatisme, SAUF si le médecin l'a qualifiée d'hémorragie.

Exception : Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Hémorragie du post-partum*.

Remarque : Vous ne devez pas présumer que l'administration de sang ou de produits sanguins pendant l'intervention, ou une anémie après l'intervention, indique qu'il y a eu hémorragie. Pour les patients chez qui une perte de sang importante est prévisible, du sang ou des produits sanguins sont souvent administrés pendant une intervention afin de prévenir l'anémie, ou après une intervention afin de traiter l'anémie.

i. Data Standardization Committee, Capital Health, Edmonton, Alberta : « Guidelines for Diagnosis Typing for Hemorrhages/Perforations/Lacerations ».

Exemple : Une patiente a été admise à l'hôpital pour une hystérectomie abdominale. Pendant l'intervention, il s'est produit une hémorragie, qualifiée de substantielle au rapport d'opération, avec une perte de sang estimée à 800 cc. L'hémorragie a été contrôlée et la patiente, stabilisée : l'intervention a pu être complétée sans incident.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T81.0	(2)	Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
Y60.0	(9)	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une intervention chirurgicale

Perforation et lacération



Inscrivez le code T81.2 *Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs*, avec le type de diagnostic (M) ou (2)/autre problème, lorsque les critères suivants sont satisfaits :

- nécessite une consultation peropératoire d'un autre chirurgien ou spécialiste;
- nécessite le retour en salle d'opération;
- exige une réparation importante de l'organe lésé ou son ablation;
- est un motif de réadmission à l'hôpital;
- exige une surveillance, des soins et une investigation postopératoires ayant une incidence sur la durée du séjour;
- nécessite une intervention additionnelle et différente.



Inscrivez le code T81.2 (facultatif), avec le type de diagnostic (3), lorsque :

- une réparation mineure est réalisée (ne pas codifier l'intervention);
- aucune autre intervention n'est nécessaire, par exemple une réparation;
- il n'y a aucune incidence sur la durée du séjour;
- une dissection pendant un cathétérisme cardiaque ou une angioplastie coronaire est mentionnée sous forme de remarque secondaire;
- il y a lacération de l'organe malade pendant l'ablation.

Reportez-vous également à la norme de codification *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP*.

Exemple : Un patient a subi une cholécystectomie au cours de laquelle une déchirure de la vésicule biliaire a entraîné le déversement de calculs biliaires. Extraction de routine avec extraction des calculs.



Aucun Ne codifiez pas la déchirure de la vésicule biliaire puisque celle-ci est extraite dans le cadre de l'intervention.

Exemple : Un patient âgé de 54 ans a été admis pour un cancer du côlon. Durant la colectomie, une rupture de la capsule splénique est notée et une splénectomie est nécessaire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T81.2	(2)	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y60.0	(9)	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : La rupture de la rate rencontre les critères d'une complication significative puisqu'une procédure additionnelle et différente a été nécessaire.

Exemple : Un patient a subi une lacération peropératoire d'un rein durant la libération intra-abdominale d'adhérences. Une consultation peropératoire a été demandée et elle a permis d'assurer la viabilité de l'organe. Le rein a été réparé par suture.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.2	(2)	AP	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y60.0	(9)	AP	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : Le code T81.2 est utilisé puisqu'une consultation intra-opératoire a été nécessaire afin d'assurer la viabilité de l'organe.

Exemple : Une patiente a subi une lacération peropératoire de l'intestin durant une ligature des trompes par laparoscopie. Le chirurgien a effectué deux sutures dans l'intestin pour réparer cette lacération et il n'y a pas eu d'autres conséquences ou surveillance.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.2	(3)		Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs (facultatif)
Y60.0	(9)		Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : Cette lacération accidentelle nécessite seulement une réparation mineure et ne remplit pas les critères d'une lacération significative. Si elle est codifiée dans la BDCP, un type (3) serait assigné au diagnostic. Un code d'intervention pour décrire la réparation mineure n'est pas nécessaire. Le code T81.2 n'est pas utilisé dans les abrégés du SNISA, car il ne satisfait pas aux critères de l'énoncé.

Corps étrangers intravasculaires

En vigueur depuis 2006

BS Lorsque le fil guide d'un cathéter (ou un fragment), un bout de cathéter, un fragment de ballonnet d'angioplastie ou un autre fragment d'un dispositif d'accès vasculaire est laissé accidentellement dans un vaisseau sanguin à la suite d'une intervention, choisissez un code de la catégorie T81.5 *Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique.*

BS Sélectionnez le code de cause externe approprié dans la catégorie Y61.- *Corps étranger accidentellement laissé dans l'organisme au cours d'actes médicaux et chirurgicaux.*

Exemple : Après l'insertion d'un cathéter central, le fil guide du cathéter a été laissé accidentellement dans la veine cave supérieure du patient. À l'aide de l'échoguidage, le fil guide a été retiré au moyen d'une anse en col de cygne insérée dans la veine jugulaire interne par le radiologiste.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T81.59	(2)	AP	Complication non précisée due à un corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Y61.6	(9)	AP	Corps étranger accidentellement laissé dans l'organisme au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une aspiration, d'une ponction et d'un autre cathétérisme
1.IS.56.GR-GX			Retrait d'un corps étranger, veine cave (supérieure et inférieure), approche transluminale percutanée et utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. anse en tire-bouchon, anse en col de cygne, dispositif à panier]
3.JY.30.DA			Ultrasonographie, vaisseaux thoraciques NCA (codification facultative) Attribut de situation « I » pour peropératoire
Situation : « I »			

Justification : Les fragments brisés ou les fils guides conservés ne sont pas des dispositifs thérapeutiques prévus pour être laissés dans le corps du patient.

Interventions connexes

Le retrait de corps étrangers totalement intraluminaux des vaisseaux sanguins est classé à l'aide des codes d'intervention 1.^^.56.^.^ *Retrait d'un corps étranger*, selon le site anatomique du vaisseau sanguin.

L'outil de recherche pour la section 1 (voir l'annexe B de la version Folio 2006 de la CCI) est très utile pour identifier les sites anatomiques auxquels cette intervention s'applique, dans les systèmes corporels Structures du cœur et de ses annexes (H), Gros vaisseaux (I), Vaisseaux des membres supérieurs (J) et Vaisseaux de la partie inférieure du corps (K).

Chapitre XX – Causes externes de morbidité et de mortalité

Codes de causes externes

En vigueur depuis 2001

BS Assignez un code de cause externe de la rubrique V00 à Y98, obligatoire, comme diagnostic de type (9)/autre problème, avec toute affection de la rubrique S00 à T98.

<i>Exemple :</i>	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
BS	S88.1	(M)	PP	Amputation traumatique entre le genou et la cheville
	W58	(9)	AP	Morsure ou coup donné par un crocodile ou un alligator

BS Lorsqu'une cause externe peut être associée à n'importe quelle affection du chapitre I à XVIII, utilisez un code supplémentaire de la plage V00 à Y98 comme diagnostic de type (9)/autre problème.

<i>Exemple :</i>	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
BS	K29.0	(M)	PP	Gastrite hémorragique aiguë
	Y45.3	(9)	AP	Autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Lieu de l'événement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Pour tout accident ou toute intoxication se classifiant à la rubrique W00 à Y34, à l'exception des codes Y06 et Y07, vous devez inscrire un code de la catégorie U98.– *Lieu de l'événement*, obligatoire, comme diagnostic de type (9)/autre problème.

<i>Exemple :</i>	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
BS	T39.3	(M)	PP	Intoxication par d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]
	X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
	U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Type d'activité

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Pour tout code de cause externe de la rubrique V00 à Y98, vous pouvez inscrire un code de la catégorie U99.– *Activité* (facultatif) comme diagnostic de type (9)/autre problème afin de préciser l'activité que la personne blessée pratiquait au moment de l'événement.

Exemple : Un patient est tombé d'une échelle au travail et s'est fracturé l'extrémité distale de l'humérus.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S42.490	(M)	PP	Fracture d'une partie non précisée de l'extrémité inférieure de l'humérus, fermée
W11	(9)	AP	Chute sur ou d'une échelle
U98.5	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services
U99.2	(9)	AP	En exerçant un travail à des fins lucratives

Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Évaluation préalable au traitement

En vigueur depuis 2002, modifié 2007, 2008

- BS** Inscrivez le code Z01.8 *Autres examens spéciaux précisés* pour signaler qu'il y a eu une évaluation préalable au traitement.
- BS** Vous devez codifier toute condition significative diagnostiquée au cours de l'évaluation préalable au traitement qui nécessite un traitement ou d'autres examens et lui attribuer le diagnostic principal/problème principal.
- Inscrivez le code obligatoire Z01.8 *Autres examens spéciaux précisés* comme diagnostic de type (3)/autre problème.
- BS** Vous pouvez aussi inscrire un code supplémentaire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, pour décrire la raison sous-jacente de l'évaluation.

Exemple : Une femme se rend à la clinique de pré admission en vue d'une évaluation préalable au traitement pour une libération du canal carpien prévue deux semaines plus tard.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z01.8	PP	Autres examens spéciaux précisés
G56.0	AP	Syndrome du canal carpien (facultatif)
2.ZZ.02.ZZ		Évaluation (examen), corps entier, général NCA p. ex. pour plusieurs raisons)
Situation : « P1 »		

Exemple : M^{me} X. se rend à la clinique d'oncologie pour une évaluation avant chimiothérapie en vue du traitement d'un cancer du sein.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z01.8	PP	Autres examens spéciaux précisés
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)
2.ZZ.02.ZZ		Évaluation (examen), corps entier, général NCA (p. ex. pour plusieurs raisons)
Situation : « P1 »		

PREMIÈRE
VISITE

Exemple : M^{me} X. se présente à la clinique d'oncologie pour passer une évaluation au cours de son traitement de chimiothérapie qu'elle a commencé après sa mastectomie. Elle doit recevoir son cinquième traitement de chimiothérapie le lendemain. Les résultats de l'évaluation ne figurent pas au dossier.



VISITE EN
COURS DE
TRAITEMENT

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.88	PP	Autres formes précisées de soins médicaux NCA
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)
2.ZZ.02.ZZ		Évaluation (examen), corps entier, général NCA
Situation : « N1 » (p. ex. pour plusieurs raisons)		

Justification : Dans le cas présent, il ne s'agit pas d'une évaluation préalable au traitement; le code Z01.8 n'est donc pas inscrit. Il ne s'agit pas non plus d'un suivi, mais plutôt d'une évaluation en cours de traitement. Comme aucun changement au plan de traitement n'est nécessaire, inscrivez le code Z51.88. Si une condition est diagnostiquée, attribuez-lui un code de problème principal.

Exemple : Un patient souffrant d'obésité morbide se présente à l'unité de chirurgie d'un jour pour subir une œsophagogastroduodénoscopie, une évaluation préalable au traitement du tube digestif, avant de subir un pontage gastrique. Aucun résultat imprévu.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z01.8	(M)	PP	Autres examens spéciaux précisés
E66.8	(3)	AP	Autres obésités (facultatif)
2.NK.70.BA			Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
Lieu : « D »			

Exemple : Un patient souffrant d'emphysème se présente pour subir une angiographie coronarienne comme évaluation préalable à une transplantation pulmonaire. Les radiographies révèlent que le patient a une coronaropathie de trois vaisseaux qui peut être traitée à l'aide d'un pontage.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I25.10	(M)	PP	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
Z01.8	(3)	AP	Autres examens spéciaux précisés (obligatoire)
J43.9	(3)	AP	Emphysème, sans précision (facultatif)
3.IP.10.VX			Radiographie, cœur avec artères coronaires, cathétérisme du cœur gauche avec radioscopie (fluoroscopie), approche (rétrograde) percutanée intraartérielle

Justification : Lorsqu'une condition est découverte au cours de l'évaluation préalable au traitement, elle correspond au diagnostic principal/problème principal. Il est **obligatoire** d'attribuer un diagnostic de type (3)/autre problème à la raison sous-jacente de l'épisode.

Admission pour observation

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007

Observation

- BS** Lorsqu'un patient est admis pour observation ou évaluation d'un signe ou d'un symptôme mentionné dans son dossier et que :
- la cause sous-jacente est déterminée, vous devez codifier cette dernière;
 - la cause sous-jacente n'est pas déterminée et selon la documentation, un autre suivi est recommandé ou prévu afin de poser un diagnostic, assignez un code pour le signe ou le symptôme;
 - une cause sous-jacente est éliminée et selon la documentation, aucun autre suivi n'est nécessaire, inscrivez un code de la catégorie Z03.– *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies.*

Les codes de la catégorie Z03.– sont attribués aux patients qui subissent un examen médical pour suspicion de troubles dont les résultats n'indiquent aucune maladie, ni problème. Lorsqu'un diagnostic est établi ou lorsqu'un autre suivi est prévu ou recommandé, n'inscrivez pas les codes de cette catégorie à titre de diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient se présente avec un taux d'antigène prostatique (PSA) élevé. Une biopsie permet de diagnostiquer un cancer de la prostate.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C61	(M)	PP	Tumeur maligne de la prostate

Exemple : Un patient est transporté en chirurgie d'un jour pour subir une bronchoscopie et faire examiner une lésion suspecte mise en évidence par une radiographie. La bronchoscopie a donné des résultats négatifs et le patient obtiendra un autre rendez-vous pour subir une médiastinoscopie.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R91	(M)	PP	Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du poumon

Exemple : Un patient ayant obtenu un taux élevé au test d'antigène prostatique spécifique se rend à l'hôpital pour subir une biopsie liée à un doute de tumeur de la prostate. Après l'examen, ni tumeur, ni autre pathologie n'ont été détectées et aucune autre mesure n'a été prise en ce moment.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z03.1	(M)	PP	Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne
R76.8	(3)	AP	Autres anomalies précisées de résultats immunologiques sériques

Exemple : Une mère trouve son enfant à côté d'un contenant de comprimés vides. Elle ne sait pas combien de comprimés se trouvaient dans le contenant au départ. Après une période d'observation au service d'urgence, il a été déterminé que l'enfant n'avait pas avalé de comprimés.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z03.6	PP	Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées



Lorsqu'un patient se présente pour subir un examen et être mis en observation dans d'autres circonstances, qu'aucune affection n'est à codifier et que le patient ne nécessite pas d'autres soins médicaux ou d'un suivi, inscrivez un code de la catégorie Z04.–
Examen et mise en observation pour d'autres raisons comme diagnostic principal/ problème principal.

Exemple : Un patient impliqué dans un accident de voiture est conduit à l'urgence pour être mis en observation. Des radiographies permettent de déterminer que le patient n'a subi aucun traumatisme. Il obtient donc son congé.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z04.1	PP	Examen et mise en observation après un accident de transport

Justification : À noter qu'aucun code de cause externe n'est inscrit puisque le patient n'a subi aucun traumatisme.

Reportez-vous également à la norme de codification *Symptômes ou conditions sous-jacents*.

Admission pour examen de contrôle

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007, 2008

Dans la CIM-10-CA, les suivis sont classés en fonction de l'objectif et des résultats de l'examen.

BS Lorsque l'examen vise à évaluer la condition ou la blessure traitée auparavant (c.-à-d. antécédents personnels d'une affection pouvant être classée sous les catégories Z85 à Z88) et que l'évaluation révèle qu'aucun autre traitement n'est nécessaire, choisissez l'un des codes suivants comme diagnostic principal/problème principal :

- Z08.– Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne;
- Z09.– Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes.

BS Vous pouvez inscrire un code supplémentaire comme diagnostic de type (3)/autre problème (facultatif) afin d'indiquer que le patient a des antécédents personnels d'une affection.

BS Si l'examen révèle que l'affection primaire a récidivé ou si une autre affection connexe a été mise en évidence au cours de la visite :

- attribuez un code à l'affection qui correspond au diagnostic principal/problème principal;
- attribuez un code obligatoire de la catégorie Z08.– ou Z09.– comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient est admis pour subir une cystoscopie de contrôle à la suite d'un cancer de la vessie traité par radiothérapie. Une trabéculation de la vessie est notée, mais il n'y a pas eu récurrence de l'affection maligne.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z08.1	(M)	PP	Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne
Z85.5	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires
N32.8	(3)	AP	Autres affections précisées de la vessie
2.PM.70.BA			Inspection, vessie, approche endoscopique par voie naturelle

Justification : La trabéculation de la vessie n'est ni une récurrence, ni une affection connexe. Il n'est pas nécessaire de la codifier. Si vous la codifiez, néanmoins, vous devez lui attribuer un diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient est admis pour subir une cystoscopie. Il s'agit d'un examen de contrôle pour son cancer de la vessie pour lequel il avait déjà subi un traitement de radiothérapie. Un carcinome de la vessie a été détecté.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C67.9	(M)	PP	Tumeur maligne de la vessie, sans précision
Z08.1	(3)	AP	Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne
Z85.5	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires
2.PM.70.BA			Inspection, vessie, approche endoscopique par voie naturelle

Justification : L'examen a révélé que la tumeur de la vessie a récidivé; il est donc **obligatoire** d'inscrire d'autres codes pour l'examen de suivi et les antécédents personnels de tumeur.

Exemple : M^{me} X., une patiente de 45 ans, présente des antécédents de calculs rénaux. Quatre ans auparavant, elle a subi une néphrolithotripsie extracorporelle par ondes de choc et elle n'a plus eu de calculs depuis. Selon une analyse effectuée à ce moment-là, les calculs se composaient d'oxalate de calcium. Pour éviter la formation d'autres calculs, elle suit un traitement prophylactique à base de magnésium. Au cours de la présente visite à la clinique, elle ne se plaint d'aucun symptôme. Ses analyses d'urine de 24 heures et son échographie abdominale n'ont révélé aucune anomalie.



M^{me} X. continue à être suivie par le D^r R. pour ses calculs et elle doit continuer à prendre un supplément de magnésium. Elle sera revue dans 12 mois.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z09.8	(M)	PP	Examen de contrôle après d'autres traitements pour d'autres affections
Z87.4	(3)	AP	Antécédents personnels de maladies de l'appareil génito-urinaire

Exemple : Un travailleur de la construction se présente au service d'urgence avec un corps étranger dans son œil droit. Une petite pièce de métal est retirée de la cornée droite par approche externe. Le client reçoit l'ordre de revenir dans une semaine pour un examen de contrôle.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T15.0	PP	Corps étranger dans la cornée
W44	AP	Corps étranger pénétrant dans l'œil ou un orifice naturel
U98.6	AP	Lieu de l'événement, zone industrielle et zone de chantier

DEUXIÈME VISITE Le travailleur de la construction revient au service d'urgence. À l'examen, le médecin constate que la cornée droite est complètement guérie. Le client obtient son congé sans autre instruction.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z09.8	PP	Examen de contrôle après d'autres traitements pour d'autres affections
Z87.8	AP	Antécédents personnels d'autres affections précisées

BS Dans le cas d'une visite ayant pour seul but la réalisation d'une intervention ou la prestation de services, choisissez un code de l'une des catégories suivantes comme diagnostic principal/problème principal :

- Z39.2 *Contrôle de routine au cours du post-partum*
- Z42.- *Soins de contrôle comprenant une opération plastique*
- Z47.- *Autres soins de contrôle orthopédiques*
- Z48.- *Autres soins de contrôle chirurgicaux*

BS Vous pouvez aussi inscrire un autre code, facultatif, comme diagnostic de type (3)/ autre problème pour décrire la maladie ou la blessure sous-jacente ayant nécessité les soins de suivi.

Remarque : Les catégories Z40-Z54 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques* sont utilisées pour indiquer la raison de la prise en charge. Elles peuvent être utilisées pour des patients ayant déjà été traités pour une maladie ou une lésion traumatique, mais nécessitant des examens de contrôle ou des soins prophylactiques, des soins de convalescence ou des soins médicaux pour consolider le traitement, soigner un état persistant, s'assurer qu'il n'y a pas eu de rechute ou pour la prévenirⁱ.

La catégorie Z48 sert à décrire les épisodes ayant pour seul but la réalisation d'une intervention précise liée au traitement précédent. Cela comprend les changements de pansement et les vérifications de blessure afin de s'assurer que la guérison se déroule comme prévu.

Exemple : Une femme se présente la fin de semaine au service d'urgence pour faire changer son pansement préparé. Elle a subi une mastectomie (pour un cancer du sein) la semaine précédente.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z48.0	PP	Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)

1.YS.14.JA-H1 Pansement, peau de l'abdomen et du tronc, utilisation d'un pansement préparé (facultatif)

Exemple : Un jeune homme se présente à la clinique des fractures pour faire retirer le plâtre qu'on lui a posé six semaines auparavant en raison d'une fracture de la cheville sans luxation à la suite d'une chute sur la glace.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z47.8	PP	Autres soins de contrôle orthopédiques précisés

1.WA.38.JA-FQ Gestion d'un appareil externe, articulation de la cheville, plâtre. Comprend : Retrait, dispositif d'immobilisation ou de traction, articulation de la cheville.

i. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième révision, deuxième édition, volume 1, page 1102.

Exemple : Peu après avoir subi une chirurgie, un patient se présente au service d'urgence; sa plaie semble rouge et elle coule. Le médecin évalue la plaie et dit au patient de continuer à prendre les antibiotiques que lui a prescrits le chirurgien. Diagnostic final : inquiétudes après chirurgie.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z48.8	PP	Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

Justification : Après la chirurgie, l'état du patient a dû être réévalué afin de s'assurer que la plaie guérissait comme prévu et qu'aucune autre condition ou complication n'était présente.

Admission pour convalescence

En vigueur depuis 2008

L'étape de la convalescence suit l'apparition d'une maladie, d'une chirurgie ou d'une blessure. Aux fins de classification, la convalescence correspond à l'étape de guérison intermédiaire commençant après le traitement et se poursuivant jusqu'à ce que le patient soit prêt à retourner à la maison. Elle comprend le maintien de l'homéostasie, le traitement des plaies, la surveillance postopératoire de routine, la physiothérapie, ainsi que la prévention et le dépistage précoce de complications. Dans bien des cas, les patients sont transférés dans un autre hôpital afin de terminer leur convalescence plus près de leur domicile ou pour des raisons de gestion des lits dans une région sociosanitaire. Ces patients reçoivent les soins quotidiens de routine qu'ils auraient reçus si leur épisode de soins s'était entièrement déroulé dans l'établissement d'origine. Dans certains cas, un transfert d'une unité de chirurgie d'un jour à une admission pour hospitalisation peut correspondre à une admission pour convalescence.



Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital ou qu'il est admis de l'unité de chirurgie d'un jour dans le seul but de recevoir des soins de convalescence à la suite du traitement d'une maladie ou d'une blessure ou à la suite d'une intervention chirurgicale, inscrivez un code de la catégorie Z54.– *Convalescence* comme diagnostic principal.

- Vous devez attribuer un code supplémentaire (obligatoire), comme diagnostic de type (3), afin de préciser la condition qui nécessite une période de convalescence.

La catégorie Z54.– *Convalescence* ne couvre pas les soins dispensés dans les situations suivantes :

- Traitement de la condition d'origine;
- Traitement d'une complication;
- Patients admis uniquement pour réadaptation;
- Patients qui avaient obtenu leur congé mais qui se présentent de nouveau pour recevoir des soins précis (p. ex. suivi des dispositifs de drainage, changements de pansement ou examens visant à rassurer le patient).

Reportez-vous également aux normes de codification *Admission pour examen de contrôle* et *Syndrome coronarien aigu (SCA)*.

Exemple :



Selon les notes du médecin au dossier, le patient est admis pour convalescence après avoir subi une chirurgie visant à réparer une fracture du fémur qu'il s'est faite en tombant de son lit à la maison. Le patient est transféré de l'hôpital A à l'hôpital B pour être plus prêt de sa famille. Il reçoit son congé le troisième jour.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z54.0	(M)	Convalescence après intervention chirurgicale
S72.900	(3)	Fracture fermée du fémur, partie non précisée
W06	(9)	Chute d'un lit
U98.0	(9)	Lieu de l'événement, domicile

Exemple :



M. X. est admis à l'hôpital A en raison d'un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI). Il est immédiatement transféré à l'unité de chirurgie d'un jour de l'hôpital B afin de subir une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire. Il est ensuite admis comme patient hospitalisé à l'hôpital B avec un diagnostic de STEMI.

Admission à l'hôpital B pour hospitalisation

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.3	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : Dans le cas présent, il ne s'agit pas d'une période de convalescence (ou de soins de contrôle chirurgicaux), car les soins dispensés au patient visent encore à traiter la condition aiguë.

Exemple :



Le même patient est transféré de nouveau à l'hôpital A pour continuer à recevoir un traitement pour son infarctus du myocarde et pour subir une ICP.

Réadmission à l'hôpital A

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.3	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : Le patient est transféré dans le but de recevoir des soins continus pour son infarctus du myocarde et non pas uniquement pour sa convalescence. Le code Z54 n'est donc pas inscrit.

Exemple :



Admission à la suite d'une chirurgie d'un jour

Un patient est admis à l'unité de chirurgie d'un jour pour subir un cathétérisme cardiaque non urgent. Au cours des derniers mois, il a remarqué une augmentation de la fréquence et de la durée de son angine. Le patient a des antécédents de coronaropathie. Au cours de l'intervention, on remarque une sténose à 90 % de l'artère interventriculaire antérieure (artère native) susceptible de faire l'objet d'une angioplastie coronarienne. Une ICP avec insertion d'une endoprothèse est pratiquée. Le patient est admis pour la nuit et mis en observation. Diagnostic : angine de poitrine instable, coronaropathie.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z54.0	(M)	Convalescence après intervention chirurgicale
I25.10	(3)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I20.0	(3)	Angine de poitrine instable

Justification : Le patient a été admis pour être mis en observation en cas de complication à la suite de l'intervention chirurgicale et non pas pour recevoir des soins continus pour la coronaropathie. Lorsque l'admission a pour seul objectif de surveiller le patient après une intervention chirurgicale, il faut utiliser la catégorie Z54.



Lorsqu'une patiente se présente à l'hôpital uniquement pour recevoir des soins de routine à la suite d'un accouchement qui a eu lieu à l'extérieur de l'hôpital, inscrivez le code Z39.0 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement* comme diagnostic principal.

Exemple :



Une patiente est transférée dans un autre établissement pour recevoir des soins postpartum à la suite d'une césarienne. Elle reçoit des soins obstétricaux de routine et obtient son congé deux jours plus tard.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z39.0	(M)	Soins et examens immédiatement après l'accouchement

Justification : Le code Z39.0 englobe les soins postpartum dans les cas sans complication.

Dépistage de maladies précises

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2008

Le dépistage correspond à la détection et au diagnostic précoce d'une maladie comme un cancer. Il consiste en l'examen d'une personne ne présentant pas encore de symptômes reconnus ou de signes évidents de la maladie. Le dépistage n'englobe pas l'examen des personnes qui ont déjà reçu un traitement pour l'affection en question. Un test de dépistage devrait permettre de détecter une affection avant qu'elle ne prenne de l'ampleur et au moment où elle est encore facile à traiter ou à prévenir.

Voici quelques exemples de programmes de dépistage qui sont utilisés :

- La mammographie pour détecter les cancers du sein chez toutes les femmes d'un certain âge (p. ex. de 50 à 74 ans en Ontario et de 40 à 79 en Colombie-Britannique) ou chez celles qui ont des facteurs de risques;
- Le test PAP effectué chez toutes les femmes qui sont ou qui ont déjà été actives sexuellement;
- La recherche de sang occulte dans les selles, la coloscopie ou la sigmoïdoscopie, et le lavement baryté en double contraste pour détecter les cancers du côlon chez toutes les personnes de plus de 50 ans et chez celles de moins de 50 ans qui présentent des risques de cancer du côlon (p. ex. antécédents familiaux);
- Le test cutané à la tuberculine pour dépister la tuberculose chez certains groupes de population, comme les travailleurs de la santé, les employés des établissements correctionnels et les immigrants.

BS Lorsqu'un patient a subi un test de dépistage et qu'aucun signe de maladie n'a été décelé, inscrivez un code de la catégorie Z11.–, Z12.– ou Z13.– *Examen spécial de dépistage* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Lorsque le test de dépistage a permis de détecter une affection ou le signe d'une affection :

- vous devez attribuer un code à l'affection ou au signe, qui devient le diagnostic principal/problème principal;
- vous devez aussi inscrire un code obligatoire de la catégorie Z11, Z12 ou Z13 comme diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Utilisez un code supplémentaire comme diagnostic de type (3)/autre problème (facultatif) afin de préciser toute circonstance ayant motivé le test de dépistage (p. ex. antécédents familiaux).

BS Utilisez un code supplémentaire comme diagnostic de type (3)/autre problème (facultatif) afin de signaler toute découverte fortuite à l'examen.

Exemple : Une femme de 52 ans ne présentant aucun signe ni symptôme de maladies du sein se rend dans une clinique de dépistage pour subir une mammographie. L'examen ne révèle rien d'anormal.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z12.3	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur du sein

Exemple : Une femme de 60 ans ne présentant aucun signe ni symptôme de maladie du sein se rend dans une clinique de dépistage pour subir une mammographie. Une zone suspecte est découverte dans le quadrant supéro-externe du sein et la patiente obtient un rendez-vous pour une biopsie du sein.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R92	PP	Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du sein
Z12.3	AP	Examen spécial de dépistage de tumeur du sein

Justification : Le test de dépistage a révélé des signes de la condition; le code R92 correspond donc au problème principal. Le code Z12.3 est **obligatoire**, car il indique que la condition a été découverte au cours du test de dépistage.

Exemple : Une femme de 60 ans détecte à l'auto-examen une bosse dans son sein droit. Son médecin de famille l'envoie passer une mammographie. L'examen révèle la présence d'une lésion dans son sein.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
N63	PP	Tuméfaction mammaire, sans précision

Justification : Étant donné que la patiente se présente avec un signe de cancer du sein, la mammographie n'est pas considérée comme un test de dépistage.

Exemple : Un patient sans plainte connue est admis en chirurgie d'un jour pour une coloscopie de dépistage parce qu'il a des antécédents familiaux de cancer du côlon. Aucune anomalie n'est détectée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z12.1	(M)	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs

Exemple : Un patient sans plainte connue est admis en chirurgie d'un jour pour une coloscopie de dépistage parce qu'il a des antécédents familiaux de cancer du côlon. On constate la présence d'hémorroïdes internes.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z12.1	(M)	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs
I84.2	(3)	AP	Hémorroïdes internes, sans complication (facultatif)

Exemple : Un patient sans plainte connue a des antécédents familiaux de cancer du côlon. Il se présente pour une coloscopie de dépistage. À l'examen, une lésion est découverte et une biopsie est prise. Les résultats révèlent qu'il s'agit d'un adénocarcinome du côlon sigmoïde.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C18.7	(M)	PP	Tumeur maligne du côlon sigmoïde
Z12.1	(3)	AP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs (facultatif)

Justification : Le test de dépistage a révélé la présence d'une tumeur maligne; le code C18.7 correspond donc au diagnostic principal/problème principal. Le code Z12.1 est **obligatoire**, car il indique que la condition a été découverte au cours du test de dépistage.

Exemple : Un patient ayant une histoire familiale positive de cancer du côlon subit une coloscopie de dépistage. Des polypes adénomateux sont trouvés dans le côlon sigmoïde. Une polypectomie est pratiquée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
D12.5	(M)	PP	Tumeur bénigne du côlon sigmoïde
Z12.1	(3)	AP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin (facultatif)
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs (facultatifs)

Justification : Le test de dépistage a révélé la présence d'une maladie néoplasique; le code D12.5 correspond donc au diagnostic principal/problème principal. Le code Z12.1 est **obligatoire**, car il indique que la condition a été découverte au cours du test de dépistage.

Remarque : Le patient subit un test de dépistage pour une maladie néoplasique (maligne ou bénigne), laquelle est découverte. Les polypes adénomateux dans le côlon sont à potentiel malin; il ne s'agit donc pas d'une découverte fortuite.

Ablation d'un organe à titre prophylactique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS Choisissez un code de la catégorie Z40.– *Opération prophylactique* lorsqu'un patient est admis pour l'ablation chirurgicale d'organes ou de tissus non atteints en raison du risque de tumeur ou du traitement d'une tumeur.

Exemple : Un patient est admis pour une orchidectomie bilatérale prophylactique pour un cancer de la prostate à un stade avancé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z40.08	(M)	Autres ablations prophylactiques d'organes
C61	(3)	Tumeur maligne de la prostate
1.QM.89.^		Excision totale, testicule (approche codifiée à l'aide de qualificateurs)
Lieu : « B »		

Exemple : Une patiente présentant des antécédents personnels de cancer du sein gauche (pas de maladie résiduelle) choisit de subir une mastectomie totale simple, du sein droit non cancéreux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z40.00	(M)	Ablation du sein à titre prophylactique
Z85.3	(3)	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein
1.YM.89.^		Excision totale, sein (approche codifiée à l'aide de qualificateurs)
Lieu : « R »		

Reportez-vous également à la norme de codification *Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes*.

Codification des visites pour le SNISA, services de réadaptation

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008

- S** Inscrivez un code de la série Z50.- *Soins impliquant une rééducation* pour désigner le problème principal lorsque ces soins constituent un motif de la visite codifiée dans le SNISA.
- S** Si une personne est dirigée vers les soins ambulatoires uniquement pour la physiothérapie (*Soins impliquant d'autres moyens de rééducation*), attribuez le code Z50.1 *Autres thérapies physiques* en tant que problème principal.
- S** Vous pouvez aussi inscrire un deuxième code, facultatif, comme autre problème afin d'identifier le trouble sous-jacent.

Ces codes concernent les patients ayant déjà été traités pour une maladie ou une lésion traumatique, mais qui reçoivent des soins avec réadaptation.

Exemple : Une femme souffrant de sclérose en plaques se rend à la clinique de réadaptation pour une séance de physiothérapie.

S	<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	Z50.1	PP	Autres thérapies physiques
	G35	AP	Sclérose en plaques (facultatif)

Exemple : Un patient avec des antécédents récents d'accident vasculaire cérébral se rend à la clinique de réadaptation pour une séance d'orthophonie.

S	<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	Z50.5	PP	Rééducation du langage
	R47.0	AP	Dysphasie et aphasie
	I69.4	AP	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (facultatif)

Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2008

- BS** Lorsqu'un patient a déjà été diagnostiqué avec une affection maligne et est admis uniquement pour un traitement de radiothérapie, inscrivez le code Z51.0 *Séance de radiothérapie* comme diagnostic principal/problème principal.
- BS** Lorsqu'un patient a déjà été diagnostiqué avec une affection maligne et est admis uniquement pour un traitement de chimiothérapie, inscrivez le code Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* comme diagnostic principal/problème principal.
- BS** Utilisez un code supplémentaire obligatoire pour désigner l'affection maligne comme diagnostic de type (3)/autre problème lié aux visites en radiothérapie ou en chimiothérapie.
- BS** Inscrivez un code de la CCI (obligatoire) pour les interventions de radiothérapie ou de chimiothérapie.

Remarque : Il ne faut pas mêler l'admission pour la brachythérapie à l'admission pour la radiothérapie. Reportez-vous à la norme de codification intitulée *Interventions thérapeutiques pour la néoplasie*.

Lorsqu'un patient se présente pour une séance de radiothérapie ou de chimiothérapie et que la séance est annulée en raison d'une contre-indication, reportez-vous également à la norme de codification *Interventions annulées*.

- BS** Lorsque le patient est admis uniquement pour la chimiothérapie (pharmacothérapie) visant à traiter des affections autres qu'une tumeur maligne, inscrivez le code Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie* à titre de diagnostic principal/problème principal.
- BS** Utilisez un code supplémentaire, obligatoire, pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Les codes de la CCI correspondant à la chimiothérapie systémique des maladies tumorales (médicaments dont l'agent qualificateur commence par la lettre « M ») sont requis pour la méthodologie de regroupement des GCJ et du SGCA. Ces codes se trouvent sous la rubrique 1.ZZ.35.^*Pharmacothérapie, corps entier*. Par exemple, la vincristine (un médicament anticancéreux) administrée par injection est codifiée à l'aide du code 1.ZZ.35.HA-M3.

Aux fins du GMA+, les codes des interventions de radiothérapie et de chimiothérapie anticancéreuse se trouvent dans la liste des interventions signalées.

Reportez-vous également à l'*Annexe B – Interventions signalées* et à la norme de codification *Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP*.

Aux fins du GMA+, du GCJ et du SGCA, ces interventions doivent être inscrites une fois seulement. Les établissements peuvent choisir de codifier plusieurs épisodes au besoin à des fins de rapports internes.

Exemple : Un patient est admis pour une séance de radiothérapie. Il souffre d'un carcinome du lobe inférieur gauche du poumon.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.0	(M)	PP	Séance de radiothérapie
C34.31	(3)	AP	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon gauches
1.GT.27.JA			Rayonnements, poumon NCA, faisceau externe

Exemple : Un patient est admis pour recevoir de la vincristine par voie intraveineuse afin de traiter une tumeur maligne de la bronche souche gauche.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.1	(M)	PP	Séance de chimiothérapie pour tumeur
C34.01	(3)	AP	Tumeur maligne de la bronche souche gauche
1.ZZ.35.HA-M3			Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'alcaloïdes et d'autres produits naturels

Exemple : Un patient souffrant d'une bursite au coude est vu au service d'urgence pour l'administration d'un traitement par voie intraveineuse pour traiter sa condition.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.2	PP	Autres formes de chimiothérapie
M70.3	AP	Autres bursites du coude

Exemple : Un patient atteint du sida est vu en soins ambulatoires uniquement pour l'administration d'une pharmacothérapie antirétrovirale.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.2	PP	Autres formes de chimiothérapie
B24	AP	Immunodéficience humaine virale (VIH)



Lorsque la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie a lieu pendant la période d'hospitalisation au cours de laquelle l'intervention chirurgicale définitive est réalisée, codifiez la tumeur maligne en tant que diagnostic principal.

Dans ces cas, il est redondant d'inscrire un code de la catégorie Z51 *Autres soins médicaux*, car le code de la CCI signale déjà la chimiothérapie.

Exemple : Un patient atteint d'un cancer au lobe inférieur droit du poumon a été admis pour subir une lobectomie. Il a commencé son traitement de chimiothérapie avant d'obtenir son congé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C34.30	(M)	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon droits
1.GR.89.QB		Excision totale, lobe du poumon, approche ouverte via le thorax
1.ZZ.35.HA-L4		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'antiviraux (systémiques)

Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

BS Lorsqu'un patient est admis uniquement pour l'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire visant à traiter une affection existante, inscrivez le code Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux NCA* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Classifiez toute autre admission axée uniquement sur un dispositif d'accès vasculaire à demeure sous le code Z45.2 *Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Utilisez un code supplémentaire (facultatif) pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Remarque : Lorsqu'il y a un changement du dispositif d'accès vasculaire en raison d'une complication, n'inscrivez pas le code Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux NCA*. Choisissez le bon code dans le chapitre XIX – *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*.

Exemple : Insertion d'un dispositif d'accès vasculaire pour administrer des agents anticancéreux dans le traitement de la leucémie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.88	(M)	PP	Autres formes précisées de soins médicaux NCA
C95.9	(3)	AP	Leucémie, sans précision (facultatif)
1.IS.53.GR-LF			Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), dispositif d'accès vasculaire avec lumière externe, approche veineuse transluminale percutanée (p. ex. cathéter central introduit par voie périphérique (CCIVP))

Exception : La codification de l'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire aux fins d'hémodialyse s'effectue à l'aide du code Z49.0 *Soins préparatoires en vue d'une dialyse*.

Admission pour transfusion sanguine

En vigueur depuis 2001, modifié en 2007

BS Lorsqu'un patient est admis uniquement pour subir une transfusion sanguine, inscrivez le code Z51.3 *Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic* en tant que diagnostic principal/problème principal.

BS Utilisez un code supplémentaire (facultatif) pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Patient avec thalassémie majeure est admis à toutes les six semaines pour une transfusion sanguine.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.3	(M)	PP	Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic
D56.9	(3)	AP	Thalassémie, sans précision

Justification : Ces patients sont généralement vus de façon régulière ou périodique dans le cadre d'un traitement prolongé.

Exemple : Un patient atteint de leucémie est admis pour évaluation supplémentaire de la maladie. Pendant son hospitalisation, il reçoit une transfusion sanguine dans le cadre de son traitement.

B

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C95.9	(M)	Leucémie, sans précision

Justification : Étant donné que le patient n'a pas été admis uniquement pour recevoir une transfusion sanguine, le code Z51.3 n'est pas assigné.

Soins palliatifs

En vigueur depuis 2008

Les soins palliatifs font partie du continuum de soins offerts aux patients, mais ils ne sont pas nécessairement toujours formellement désignés ainsi.

Un patient reçoit des soins palliatifs lorsque son dossier contient l'une ou l'autre des remarques suivantes :

- consultation en soins palliatifs et début du plan de traitement avec soins palliatifs;
- le médecin inscrit ;« patient en soins palliatifs », « situation palliative », « soins en fin de vie », « soins de confort », « soins de soutien » ou « soins de compassion ».

Les patients en soins palliatifs s'inscrivent habituellement dans l'une des trois catégories suivantes :

Patient en soins palliatifs admis dans le seul but de recevoir des soins palliatifs

- Aucun traitement de survie ou traitement curatif n'est dispensé pour une affection réversible ou incurable (nécessitant des soins palliatifs).

Patient en soins palliatifs admis pour le traitement d'une ou de plusieurs affections réversibles

- Un traitement de survie ou un traitement curatif est dispensé pour une affection réversible seulement (p. ex. pneumonie, caillot sanguin, septicémie, déséquilibre électrolytique, déshydratation).
- On suppose que les soins palliatifs dispensés font partie du plan de traitement. C'est pourquoi les soins palliatifs correspondent à un type diagnostic significatif.
- On s'attend souvent à ce que ces patients obtiennent leur congé. Toutefois, leur état pourrait s'aggraver et nécessiter le changement du plan de traitement pour celui décrit dans la catégorie ci-dessus.

Patient qui ne reçoit pas déjà des soins palliatifs au moment de son admission

- Ces patients sont tout d'abord admis pour investigation et/ou recevoir un traitement. Les soins sont ensuite convertis en soins palliatifs.

- B** Inscrivez le code **Z51.5 Soins palliatifs** comme type de diagnostic significatif lorsque le médecin a précisé au dossier que des soins palliatifs ont été dispensés.
- B** Lorsqu'un patient qui reçoit déjà des soins palliatifs est admis à l'hôpital dans le seul but de recevoir des soins palliatifs, inscrivez le code **Z51.5 Soins palliatifs** comme diagnostic principal.
- Utilisez un code supplémentaire (obligatoire) pour décrire la ou les affections qui nécessitent des soins palliatifs.
- B** Lorsqu'un patient qui reçoit déjà des soins palliatifs est admis pour le traitement d'une ou de plusieurs affections réversibles, inscrivez le code **Z51.5** avec le type de diagnostic (1), (W), (X) ou (Y).
- L'affection réversible doit correspondre au diagnostic principal, sauf si les soins palliatifs deviennent ensuite responsables de la plus grande proportion du séjour.
- Inscrivez un code supplémentaire (obligatoire) pour décrire la ou les affections qui nécessitent des soins palliatifs.
- B** Lorsqu'un patient qui ne recevait pas de soins palliatifs au moment de son admission voit son plan de traitement changé par des soins palliatifs, attribuez le diagnostic principal à l'affection qui a fait l'objet de l'examen ou du traitement, sauf si les soins palliatifs deviennent ensuite responsables de la plus grande proportion du séjour (c.-à-d. pendant au moins 24 heures dans le cas des séjours de courte durée).

Remarques :

- Il n'est pas impératif que les soins palliatifs soient dispensés dans une unité dotée de lits réservés aux soins palliatifs ou qu'ils soient gérés par une équipe de soins palliatifs.
- Les ordonnances de ne pas réanimer ne constituent pas en soi des soins palliatifs; le dossier doit clairement faire état de soins palliatifs. Bien que les ordonnances de ne pas réanimer fassent partie des soins palliatifs, elles peuvent également être présentes dans les cas de soins non palliatifs.
- Le traitement de la douleur ne constitue pas en soi des soins palliatifs. Bien que le traitement de la douleur fasse partie des soins palliatifs, il peut aussi être dispensé aux patients qui ne reçoivent pas de soins palliatifs.
- Les affections aiguës (p. ex. pneumonie ou déshydratation) peuvent être traitées dans le cadre d'un plan de traitement avec soins palliatifs.

Exemple : Un patient est admis à l'hôpital pour recevoir des soins en fin de vie en raison d'une sclérose latérale amyotrophique. À son admission, un traitement IV est commencé afin de maintenir l'hydratation. Des médicaments sont administrés contre la douleur et la dose est ajustée au besoin. Le patient meurt trois jours après son admission.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z51.5	(M)	Soins palliatifs
G12.2	(3)	Maladies du neurone moteur
Z51.808	(3)	Autres douleurs et douleurs non précisées (facultatif)

Justification : Dans le cas présent, le patient est admis en vue de recevoir des soins palliatifs. Étant donné qu'aucun traitement n'est dispensé pour la condition palliative, le type de diagnostic (3) est choisi. Il n'est pas nécessaire de codifier le soulagement de la douleur, car il fait partie du plan de traitement en soins palliatifs.

Exemple : Un patient est admis pour passer un examen en raison de syndromes gastriques. Le deuxième jour, une gastroscopie et une biopsie révèlent la présence d'une lésion plastique. Le lendemain, le médecin fait part de son pronostic (cancer incurable) au patient. Le médecin rédige une ordonnance de ne pas réanimer, après quoi le patient a une consultation en soins palliatifs et le plan de traitement est changé pour des soins palliatifs. Le patient meurt à l'hôpital 20 jours après la décision de dispenser des soins palliatifs.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z51.5	(M)	Soins palliatifs
C16.9	(1) ou (W)	Tumeur maligne de l'estomac, sans précision

Justification : Au cours de l'admission, un diagnostic d'affection incurable est posé. Les soins palliatifs, maintenant devenus le plan de traitement, sont responsables de la plus grande proportion du séjour et de la consommation de la majeure partie des ressources.

Exemple : Un patient est admis le 1^{er} janvier pour le traitement d'une insuffisance cardiaque congestive. Il reçoit des médicaments pour cette même affection. Le 8 janvier, son état s'aggrave et le médecin discute de son mauvais pronostic avec le patient et sa famille. Le patient accepte de recevoir des soins de confort; tous les traitements agressifs sont arrêtés. Le patient souhaite mourir à la maison; il obtient donc son congé le 10 janvier. Des soins palliatifs lui sont dispensés à son domicile.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
Z51.5	(1) ou (W)	Soins palliatifs

Justification : Le code Z51.5 *Soins palliatifs* ne répond pas à la définition du diagnostic principal, car les soins palliatifs ne sont pas responsables de la plus grande proportion du séjour et de la majeure partie des ressources. Le type de diagnostic (1) ou (W) est inscrit en raison du changement apporté au plan de traitement.

Exemple : M. X., un homme de 84 ans, est trouvé inconscient à son domicile le 8 juin, à 16 h 45. À leur arrivée, les ambulanciers intubent le patient et le placent sous ventilation artificielle. À l'admission à l'hôpital, d'autres examens révèlent que le patient a subi une hémorragie intracérébrale. Le médecin fait part du diagnostic posé et du mauvais pronostic à la famille. Comme aucun traitement ne peut sauver le patient, il recommande de remplacer le plan de traitement par des soins palliatifs, ce que la famille accepte. Le tube est retiré à 19 h, après quoi le patient est transféré dans une salle de soins palliatifs où on s'assure de son confort grâce à l'administration de morphine et de scopolamine par intraveineuse. Le patient meurt le 9 juin, à 8 h 45.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I61.9	(M)	Hémorragie intracérébrale, sans précision
Z51.5	(1) ou (W)	Soins palliatifs

Justification : Le dossier fait état de soins palliatifs. Comme le plan de traitement a été remplacé, les soins palliatifs correspondent au type de diagnostic (1) ou (W). Lorsque la prestation de soins palliatifs commence après l'admission, ces soins doivent être responsables de la plus grande proportion du séjour pendant au moins 24 heures afin d'être considérés comme le diagnostic principal. Dans le cas présent, les soins palliatifs ne représentent pas le diagnostic principal, car le patient est resté à l'hôpital moins de 24 heures.

Exemple : Un patient de 68 ans figurant sur le registre des soins palliatifs en raison d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en phase terminale se présente avec une pneumonie. Il est admis dans une unité dotée de lits réservés aux soins palliatifs. Toute la documentation clinique décrit le traitement de la pneumonie. L'état du patient s'améliore au cours de son séjour; il obtient donc son congé dans un état satisfaisant.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J44.0	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J18.9	(1)	Pneumopathie, sans précision
Z51.5	(1)	Soins palliatifs

Justification : Dans le cas d'un patient qui reçoit déjà des soins palliatifs, on suppose que les soins palliatifs dispensés font partie de son plan de traitement. C'est pourquoi un type diagnostic significatif est choisi.

Exemple : M^{me} X., une patiente en soins palliatifs, se présente pour le traitement d'une déshydratation. La patiente a un carcinome du poumon avec tumeur maligne secondaire avancée du cerveau. Elle est admise à l'hôpital pour recevoir un traitement de réhydratation et obtient son congé le jour suivant.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E86.0	(M)	Déshydratation
Z51.5	(1)	Soins palliatifs
C34.99	(3)	Tumeur maligne des bronches ou du poumon, sans précision, côté non précisé
C79.3	(3)	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales

Justification : La patiente, qui reçoit déjà des soins palliatifs, se présente pour recevoir un traitement précis de réhydratation. Dans le cas d'un patient qui reçoit déjà des soins palliatifs, on suppose que les soins palliatifs dispensés font partie de son plan de traitement. C'est pourquoi un type diagnostic significatif est choisi.

Exemple : Une patiente atteinte d'un cancer des ovaires reçoit des soins palliatifs dans le cadre d'un programme communautaire. Elle est admise à l'hôpital le 4 janvier pour recevoir traitement antibiotique intraveineux afin de traiter une pneumonie. Le 6 janvier, son état s'aggrave. La famille accepte donc que seuls des soins de confort soient dispensés. La patiente meurt paisiblement le 10 janvier.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z51.5	(M)	Soins palliatifs
J18.9	(1)	Pneumopathie, sans précision
C56.9	(3)	Tumeur maligne de l'ovaire, non précisée comme unilatérale ou comme bilatérale

Justification : La patiente a été admise pour le traitement d'une affection aiguë réversible; toutefois, son état s'est aggravé. Les soins palliatifs sont responsables de la plus grande proportion du séjour. Le code C56.9 est obligatoire, car il permet de signaler la présence de l'affection nécessitant des soins palliatifs.

Nourrissons et mères en pension à l'hôpital

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008

- B** Lorsqu'une mère est admise pour des soins précoces du post-partum et que le nouveau-né en bonne santé est également admis en tant que pensionnaire à l'hôpital, inscrivez l'un des codes suivants comme diagnostic principal sur l'abrégié du nouveau-né :
- **Z76.2** *Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé* lorsque le personnel infirmier se charge de surveiller le nouveau-né et de lui prodiguer des soins.
 - **Z76.3** *Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade* lorsque la mère elle-même prend soin de son enfant.

Exemple : Abrégé du nouveau-né

- B** Un nouveau-né de sexe masculin en santé est admis avec sa mère qui nécessite des soins précoces du post-partum. Le nouveau-né reçoit des soins et est supervisé par le personnel infirmier.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z76.2	(M)	Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé

Exemple : Abrégé du nouveau-né

- B** Un nouveau-né de sexe masculin en santé est admis avec sa mère qui nécessite des soins précoces du post-partum. Le nouveau-né est placé dans la même chambre que sa mère et celle-ci s'occupe de lui donner tous les soins nécessaires.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z76.3	(M)	Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade

- B** Lorsqu'un bébé est malade et que sa mère est admise afin de pouvoir en prendre soin et le surveiller, inscrivez le code **Z76.3** *Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade* comme diagnostic principal sur l'abrégié de la mère.

Exemple : Abrégé de la mère

- B** Pour des raisons de distance et des circonstances familiales, la mère en santé d'un nouveau-né en mauvaise santé est admise pour prendre soin de son enfant allaité.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z76.3	(M)	Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade
Z39.1	(3)	Soins et examens de l'allaitement maternel (facultatif)

Justification : Le code Z76.3 s'applique à toute personne en santé présente à l'hôpital dans le seul but d'accompagner une personne malade. Dans le cas présent, il s'agit de la mère. Vous pouvez également inscrire le code Z39.1 comme diagnostic de type (3) afin de signaler que la mère allaite.

Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007, 2008



Utilisez les critères suivants pour déterminer dans quelle situation utiliser un code de la catégorie Z85.– *Antécédents personnels de tumeur maligne.*

- La tumeur maligne a été complètement éliminée ou excisée ET le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements (y compris un traitement adjuvant).

Remarque : Les codes des catégories Z80.– *Antécédents familiaux de tumeur maligne* et Z85.– *Antécédents personnels de tumeur maligne* ne doivent jamais servir à la codification du diagnostic principal/problème principal.

Reportez-vous également aux normes de codification *Tumeurs malignes récurrentes* et *Tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tissus apparentés*.

Exemple : Une femme se présente au service d'urgence pendant la fin de semaine pour faire changer son pansement préparé. Elle a subi une mastectomie (pour un cancer du sein) la semaine précédente et a un rendez-vous pour une séance de chimiothérapie.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z48.0	PP	Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)
1.YS.14.JA-H1		Pansement, peau de l'abdomen et du tronc, utilisation d'un pansement préparé (facultatif)

Justification : Le code Z85 n'est pas utilisé parce que le traitement n'est pas encore terminé. Reportez-vous également à la norme de codification *Admission pour examen de contrôle*.

Exemple : Un patient ayant déjà subi une prostatectomie radicale cinq ans auparavant se présente pour un traitement des métastases osseuses.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
C79.5	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
Z85.4	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes génitaux (obligatoire)

Justification : Lorsqu'une tumeur maligne secondaire réunit les conditions requises pour être considérée comme le diagnostic principal/problème principal, il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire afin de désigner le site primaire. Dans le cas présent, le code Z85 est choisi parce que le traitement visant le site primaire est terminé. Consultez également la norme de codification *Tumeurs secondaires*.



Inscrivez un code de la catégorie Z80.– *Antécédents familiaux de tumeur maligne* avec le type de diagnostic (3)/autre problème (facultatif) afin de désigner la raison d'un examen ou d'une chirurgie prophylactique.

Exemple : Une patiente possède une importante histoire maternelle positive pour antécédents de tumeur maligne du sein. Elle est admise afin de subir des mastectomies totales simples bilatérales prophylactiques.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z40.00	(M)	Ablation du sein à titre prophylactique
Z80.3	(3)	Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein
1.YM.89.^		Excision totale, sein (approche codifiée avec les
Lieu : « B »		qualificateurs)

Exemple : Une patiente a d'importants antécédents familiaux de cancer du côlon. Elle est admise pour une coloscopie élective pour subir un dépistage de la maladie. À cet instant, la maladie n'est pas détectée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z12.1	(M)	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs
2.NM.70.BA			Inspection, gros intestin, approche endoscopique
Lieu : « Z »			par voie naturelle (ou via un abouchement)

Reportez-vous également aux normes de codification *Ablation d'un organe à titre prophylactique* et *Dépistage de maladies précises*.

Chapitre XXIII – Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires

Syndrome d'inflammation systémique

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

BS Lorsque la documentation fait mention d'un syndrome d'inflammation systémique ou syndrome de réponse inflammatoire systémique avec pancréatite, pneumonie et infection des voies urinaires sans progression vers une infection généralisée (septicémie) :

- Attribuez un code à l'affection sous-jacente (infection ou traumatisme);
- Inscrivez le code U97 *Syndrome d'inflammation systémique* comme code supplémentaire avec le type de diagnostic (1) ou (2)/autre problème.

BS Lorsqu'une infection, avec ou sans documentation de syndrome de réponse inflammatoire systémique, évolue en une septicémie, une septicémie grave ou un choc septique, inscrivez un code pour le type de septicémie précisé au dossier.

- Utiliser un code supplémentaire pour toute dysfonction et/ou insuffisance organique associée à un type de diagnostic significatif, par exemple : encéphalopathie (G93.4), insuffisance cardiaque (I50.-) ou insuffisance rénale (de N17 à N19).
- Utiliser un code supplémentaire pour désigner toute infection localisée sous-jacente.

Consultez également la norme de codification intitulée *Septicémie*.

Exemple : M^{me} X., une femme de 45 ans, est admise au Service de médecine interne avec une pancréatite aiguë. Elle est transférée à l'unité de soins intensifs en raison de signes d'infection générale. Le médecin de l'unité inscrit au dossier « syndrome d'inflammation systémique ». Un traitement avec antibiotiques est institué à temps et l'état de la patiente n'évolue pas vers une septicémie.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K85.9	(M)	Pancréatite aiguë, non précisée
U97	(2)	Syndrome d'inflammation systémique

Exemple : M. W., un homme de 52 ans, est admis à l'unité de soins intensifs pour personnes brûlées avec des brûlures graves au tronc qu'il s'est infligé lors de l'incendie qui a détruit sa maison. Les brûlures se sont étendues sur 25 % de son corps, 15 % étant des brûlures au troisième degré. Le patient dormait au sous-sol au moment de l'incendie. Une semaine suivant l'admission, le médecin inscrit « syndrome d'inflammation systémique » dans les notes d'évolution. Le patient est traité selon les procédures habituelles dans les cas de brûlures, qui inclut entre autres des antibiotiques.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
T21.3	(M)	Brûlure du troisième degré du tronc
T31.22	(1)	Brûlures touchant de 20 à 29 % de la surface corporelle, avec 10 à 19 % de brûlures au troisième degré
X00	(9)	Exposition à un feu non maîtrisé, dans un bâtiment ou un ouvrage
U98.0	(9)	Lieu de l'événement, domicile
U97	(2)	Syndrome d'inflammation systémique

Exemple : M. P., un homme de 65 ans, est admis à l'unité de soins intensifs à la suite d'un pontage aortocoronarien par greffe (PACG). Le médecin de l'unité de soins intensifs inscrit « syndrome d'inflammation systémique » dans les notes d'évolution. L'état du patient est surveillé de près et la possibilité d'une infection postopératoire est écartée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
U97	(2)	Syndrome d'inflammation systémique
Y83.2	(9)	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Exemple : M. Y., un homme de 73 ans, est admis à l'unité de soins intensifs en raison d'une bronchopneumopathie. Le médecin de l'unité de soins intensifs inscrit au dossier « syndrome d'inflammation systémique ». Selon les remarques inscrites au dossier par le médecin le jour suivant, le patient a développé une septicémie généralisée.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
A41.9	(M)	Septicémie, sans précision
J17.0*	(3)	Pneumopathie au cours de maladies bactériennes classées ailleurs

Exemple : M. S. H., un patient de 35 ans ayant subi un trauma, est gardé à l'unité de soins intensifs pendant plusieurs jours. Il souffre d'une infection des voies urinaires qui a évolué en septicémie à E. coli et en choc septique malgré le traitement reçu. Il montre des signes de syndrome d'inflammation systémique. Le patient développe une insuffisance rénale aiguë et une insuffisance hépatique et décède par la suite.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
A41.50	(2)	Septicémie due à Escherichia coli (E.coli)
N17.9	(2)	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
K72.9	(2)	Insuffisance hépatique, sans précision
N39.0	(2)	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B96.2	(3)	Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Justification : Le patient présente une infection localisée sous-jacente. La septicémie ayant évolué en choc septique est une septicémie à E. coli. Un code précis est donc inscrit au lieu du code A41.9 *Septicémie, sans précision*.

Exemple : M. M., un homme de 67 ans, est admis à l'unité de soins intensifs en raison d'un infarctus du myocarde périopératoire. Le patient a subi une néphrectomie partielle pour un carcinome rénal. Le médecin de l'unité de soins intensifs inscrit « syndrome d'inflammation systémique » dans les notes d'évolution. L'état du patient est surveillé de près et la possibilité d'une infection postopératoire est éliminée. Toutefois, son état continue de se détériorer et un diagnostic principal de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est posé.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.9	(2)	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
U97	(2)	Syndrome d'inflammation systémique
J80	(2)	Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]
Y83.6	(9)	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Le SIS peut se manifester dans des conditions non infectieuses, comme c'est le cas dans cet exemple. Le SDRA est une conséquence de nombreuses causes dont deux des facteurs de prédisposition les plus répandus sont la septicémie et le SIS. Le SDRA n'est pas une conséquence directe de l'intervention même. Il ne faut donc pas codifier le SDRA qui se manifeste au cours de la période postopératoire à l'aide du code J95.88 *Autres troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs*. Consultez également la norme de codification intitulée *Conditions et complications postopératoires* ainsi que l'*annexe A – Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte*.

Annexe A – Ressources

Normes de codification générales de la CCI

Définitions de greffons et de lambeaux

Lorsque la fermeture directe d'une plaie est impossible, le chirurgien dispose de nombreuses options pour réparer un défaut qu'il soit de nature chirurgical ou traumatique. Les définitions qui suivent ont été préparées dans le but d'assurer l'uniformité de la codification dans la CCI.

Autogreffe

Un tissu non vascularisé (p. ex. peau d'épaisseur totale, graisse, fascia, cartilage, os, nerf) emprunté au patient lui-même est qualifié d'autogreffe. Peut également être indiqué sous tissu autologue dans la documentation source.

Homogreffe

Une homogreffe est un organe ou un tissu provenant d'un autre être humain. On peut l'utiliser dès sa réception ou après l'avoir conservé dans une banque de tissus. Peut également être qualifié d'allogreffe, d'organe allogénique ou de tissu homologue.

Xénogreffe

Une xénogreffe est un organe ou un tissu provenant d'un animal (p. ex. valvules d'origine porcine, tissu osseux bovin). Peut également être qualifié d'hétérogreffe, de greffe hétérologue ou de greffe hétéroplastique.

Lambeau local

Un lambeau local est appliqué sur une plaie qui ne peut être fermée directement en raison de sa taille ou de sa forme. Le tissu est coupé de trois côtés tout en demeurant attaché par le quatrième côté à son système sanguin et nerveux à proximité de la plaie à soigner. Voici des exemples de lambeaux locaux : lambeaux d'avancement en V-Y, lambeaux de transposition, plasties en Z et lambeaux de rotation. La peau, la muqueuse et l'épiploon sont les tissus les plus fréquemment utilisés en tant que lambeaux locaux.

Lambeau pédiculé (à distance ou régional)

Le lambeau attaché est préparé à la façon d'un lambeau local, mais il ne provient pas d'une région voisine au site de la réparation. Il doit souvent être divisé afin d'atteindre le site distant, et la documentation source peut parler de « tunnellation » du lambeau pédiculé. Le lambeau pédiculé demeure attaché à sa base (pédicule) et conserve son propre apport sanguin. Lorsque le lambeau a été placé sur le site récepteur et qu'un nouvel apport sanguin a été établi, le pédicule peut être divisé. Le processus s'échelonne généralement sur trois semaines. Peut également être qualifié de lambeau composé, de lambeau musculo-cutané, de lambeau de rotation de muscle, de lambeau de transposition de muscle, de lambeau musculo-cutané étendu du grand dorsal et de lambeau TRAM.

Lambeau libre

Un lambeau libre est un tissu élevé sur son pédicule vasculaire, extrait de son site d'origine et transféré vers un nouveau site du corps. Ces lambeaux contiennent des vaisseaux pour maintenir un apport sanguin. Ils doivent être joints au site receveur par anastomoses microvasculaires pour assurer la revascularisation. Peut également être qualifié de lambeau composé libre, de lambeau fascio-cutané, de lambeau péronier, de lambeau intestinal d'interposition et de lambeau aléatoire.

Greffes en tissu synthétique

Les greffes de tissu synthétique sont faites de matériel artificiel utilisé pour remplacer du tissu ainsi que pour encourager la régénération des tissus pour la guérison. Elles incluent les matériaux tels que la pâte d'os et le treillis en Marlex. Le tissu synthétique peut être utilisé pour renforcer les réparations telles que pour une hernie.

Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires**Micro-organismes résistants aux médicaments****Définition du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)**

Staphylococcus aureus, généralement appelé « staphylocoque », est une bactérie communément retrouvée sur la peau des personnes saines. Le staphylocoque peut parfois pénétrer dans l'organisme et provoquer une infection. Cette infection peut être mineure (boutons, furoncles et autres affections cutanées) ou grave (infections sanguines ou pneumonie). La méthicilline est un antibiotique fréquemment utilisé dans le traitement des infections à staphylocoques. Bien qu'il s'agisse d'un traitement très efficace de la plupart des infections à staphylocoques, certaines de ces bactéries ont développé une résistance à la méthicilline, qui ne peut plus les éliminer. Ces bactéries résistantes sont appelées *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ou SARM. Elles sont présentes sur la peau, dans le nez, dans le sang et dans les urines.

L'infection par *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) apparaît habituellement chez les patients hospitalisés âgés ou gravement malades, qui souffrent d'une plaie ouverte (telle qu'une escarre) ou qui sont équipés d'un tube (tel qu'une sonde urinaire). Bien que le SARM soit résistant à de nombreux antibiotiques et souvent difficile à traiter, quelques antibiotiques peuvent encore guérir les infections à SARM.

Définition des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

L'*Enterococcus* est une bactérie Gram positif courante. Les infections les plus fréquentes liées aux entérocoques sont celles des voies urinaires et des plaies, la bactériémie, l'endocardite et la méningite. Les entérocoques colonisent fréquemment les plaies ouvertes et les ulcères cutanés.

La vancomycine est l'antibiotique utilisé pour traiter les infections graves causées par les entérocoques. Comme pour le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) les patients peuvent être « colonisés » ou « infectés » par des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV). Ces deux bactéries sont source d'infections nosocomiales. Les sites de colonisation les plus fréquents sont les selles, le périnée, l'anus, les aisselles, le nombril, les plaies, les sondes de Foley et les sites de colostomie. Les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) peuvent être transmis directement au contact de patient à patient ou indirectement par les mains du personnel, les surfaces contaminées dans l'environnement du patient ou le matériel de soins. Le traitement des infections par entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) est difficile, car le nombre d'antibiotiques disponibles est très restreint. Les personnes qui sont trouvées colonisées par des ERV inoffensifs ne requièrent aucun traitement particulier. Au bout de quelque temps, les ERV disparaissent spontanément.

Quelle est la différence entre une colonisation et une infection?

Une colonisation signifie que le SARM ou l'ERV est présent sur le corps ou dans l'organisme, mais qu'il ne provoque pas de maladie. Les patients ne présentent aucun signe ou symptôme d'infection causée par l'organisme. Un rapport de microbiologie peut indiquer la présence de SARM ou d'ERV sans que le patient ait une infection réelle. Toutefois, le patient est porteur. Le traitement des porteurs sans symptômes d'infection n'est généralement pas nécessaire. Ils peuvent néanmoins être traités avec des onguents antibiotiques spéciaux pour le nez et/ou se laver avec des préparations antibactériennes spéciales.

À l'inverse, si un patient présente une infection à SARM ou à ERV, cela signifie que le SARM ou l'ERV rend la personne malade.

Qu'est-ce que la décolonisation?

La décolonisation est l'élimination de l'état porteur du SARM au moyen de mesures de prévention des infections et/ou d'antibiotiques. Elle réduit les risques de transmission aux personnes à risque élevé (immunodéficientes ou très vulnérables pour toute autre raison) ou à d'autres personnes en cas de poussée épidémique.

Hépatite virale

L'hépatite virale est une maladie inflammatoire et nécrotique des cellules du foie. Les virus A, B, C, D et E peuvent provoquer une hépatite virale aiguë. Les hépatites virales aiguës dues aux virus B, C et D peuvent évoluer en hépatites virales chroniques.

Une hépatite virale qui dure plus de six mois est habituellement définie comme « chronique ». Cependant, cette définition est arbitraire. L'hépatite virale chronique est une maladie évolutive fluctuante qui résulte ultimement en une cirrhose et une insuffisance hépatique. Le diagnostic de l'hépatite virale chronique ne peut être déterminé que par une biopsie hépatique.

Les patients qui souffrent d'hépatite virale chronique présentent souvent des tests de fonction hépatique anormaux. Un taux élevé d'alanine transaminase est une indication d'hépatite virale chronique. Cependant, ce résultat peut être dû à d'autres causes telles que l'alcool. En général, les patients qui souffrent d'hépatite virale chronique doivent être suivis et subir des analyses sanguines et des échographies deux fois par an. Les nouveau-nés dont la mère souffre d'hépatite B chronique ou en est porteuse présentent des risques de transmission et doivent être vaccinés peu de temps après leur naissance (dans les 24 heures). Il n'existe pas de vaccin équivalent pour les nouveau-nés dont la mère souffre d'hépatite C chronique ou en est porteuse. Ces nouveau-nés sont exposés à un risque d'infection d'environ 5 %.

En général, après la guérison d'une infection par un organisme, la personne fabrique des anticorps contre l'organisme pathogène. Les anticorps contre certaines maladies infectieuses peuvent également être produits par vaccination. Chez les personnes vaccinées, les analyses de sang ultérieures recherchant ces anticorps indiquent une infection antérieure ou une immunisation. Ces personnes ne sont pas considérées comme « porteuses » du virus. Un porteur est une personne dont le sang contient le virus de l'hépatite B, C ou D ou les anticorps correspondants, et qui ne présente aucun symptôme mais abrite l'organisme et peut infecter d'autres personnes. Le virus étant présent dans le sang, il peut être transmis à d'autres personnes. Il est important de faire la distinction entre une personne porteuse d'une maladie infectieuse (risque d'infection) et une personne dont les taux d'anticorps indiquent une infection antérieure ou une immunisation contre une maladie infectieuse (pas de risque d'infection). Le rôle de la recherche d'anticorps dans la distinction entre le porteur et l'infection antérieure dépend de l'infection.

Hépatite A

L'hépatite A est une maladie assez contagieuse qui est transmise par voie entérique (fécale-orale). La transmission est fréquente au sein des familles. Dans les pays en voie de développement, la source habituelle d'infection est la contamination de l'eau potable par des matières fécales.

Le virus de l'hépatite A (VHA) est mis en évidence par deux tests de détection des anticorps :

1. Anticorps IgM — des résultats positifs indiquent une infection récente.
2. Anticorps IgG (anti-HA) — des résultats positifs indiquent une infection antérieure (exposition antérieure au VHA) ou une immunité liée à la vaccination.

Le VHA n'entraîne **jamais** d'infection chronique. Il n'existe aucun état de porteur connu et le VHA ne joue aucun rôle dans l'hépatite chronique active ou dans la cirrhose.

La catégorie de la CIM-10-CA correspondant à l'hépatite A est la suivante :

B15 Hépatite aiguë A

Hépatite B

L'hépatite B peut se manifester sous la forme d'une maladie aiguë et évoluer vers une infection chronique. Le virus de l'hépatite B (VHB) est transmis par les sécrétions corporelles infectées telles que le sang et les produits sanguins, les tissus transplantés, la salive, l'urine, le sperme et les sécrétions vaginales. La plupart des adultes guérissent totalement et sont immunisés à vie. Cependant, dans 10 % des cas au maximum, les patients deviennent des porteurs asymptomatiques du VHB ou développent une hépatite virale active chronique (5 %). Le nombre de porteurs du VHB dans le monde est estimé à environ 300 millions.

Les catégories de la CIM-10-CA correspondant à l'hépatite B sont les suivantes :

- B16 Hépatite aiguë B
- B18.0 Hépatite virale chronique B avec agent delta
- B18.1 Hépatite virale chronique B sans agent delta
- Z22.50 Sujet porteur de l'hépatite virale B

Hépatite C

L'hépatite C peut se manifester comme une maladie aiguë et évoluer vers une infection chronique. Le virus de l'hépatite C (VHC) est transmis par voie parentérale (p. ex. transfusions, toxicomanie par injection, exposition professionnelle au sang ou à des produits sanguins). Le taux de guérison de l'infection par le virus de l'hépatite C est très inférieur à celui de l'infection par le virus de l'hépatite B. En règle générale, jusqu'à 90 % des cas évoluent en infection chronique.

L'hépatite C diffère de l'hépatite B en ce qu'un patient atteint d'hépatite C sera porteur du virus jusqu'à la fin de ses jours, soit sous la forme d'une infection aiguë ou chronique, soit en tant que porteur asymptomatique. Un test de détection des anticorps de l'hépatite C positif est signe d'une infection par l'hépatite C. Une amplification en chaîne par polymérase (ACP) peut également être effectuée; un résultat positif confirme le diagnostic d'hépatite C chronique. Cependant, des résultats d'ACP négatifs ne signifient pas nécessairement l'absence d'une infection chronique, car le virus peut être présent en petites quantités et ne pas être détecté dans l'échantillon sanguin.

Les catégories de la CIM-10-CA correspondant à l'hépatite C sont les suivantes :

- B17.1 Hépatite aiguë C
- B18.2 Hépatite virale chronique C
- Z22.51 Sujet porteur de l'hépatite virale C

Hépatite D

Le virus de l'hépatite D (VHD) ne peut apparaître qu'en présence du VHB, jamais seul. Il survient sous la forme d'une co-infection avec l'hépatite B aiguë ou d'une surinfection avec l'hépatite B chronique établie. Le VHD est transmis principalement par voie parentérale (p. ex. par des aiguilles et par le sang). Il est également appelé « agent delta ».

Les codes de la CIM-10-CA correspondant à l'hépatite D sont les suivants :

B17.0 (Sur)infection aiguë par agent delta d'un sujet porteur de l'hépatite B

Z22.58 Sujet porteur d'autres formes d'hépatite virale

Hépatite E

Le virus de l'hépatite E (VHE) est transmis par voie entérique (fécale-orale). Il est endémique en Asie du Sud-Est, dans les ex-pays soviétiques, en Inde, dans certaines parties de l'Afrique et en Amérique centrale. Des épidémies de grande ampleur avec transmission de personne à personne ont été signalées. L'infection semble se traduire habituellement par une maladie aiguë et relativement bénigne, sauf en cas de grossesse.

Le VHE ne provoque **jamais** d'infection chronique. Il n'existe aucun état de porteur connu et le VHE ne joue aucun rôle dans l'hépatite active chronique ni dans la cirrhose.

Le code de la CIM-10-CA correspondant à l'hépatite E est le suivant :

B17.2 Hépatite aiguë E

Hépatite compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité

Utilisez un code de la catégorie O98.4– *Hépatite virale compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* lorsque l'hépatite A aiguë, l'hépatite B aiguë ou chronique, C aiguë ou chronique, D aiguë ou chronique ou l'hépatite E complique la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité. Ce code ne doit pas être assigné lorsque la patiente en obstétrique est porteuse du virus. Dans ce cas, inscrivez plutôt un code de la catégorie Z22.5– *Sujet porteur d'hépatite virale*ⁱ.

Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Diabète sucré

Le diabète sucré est une maladie chronique caractérisée par l'absence de production d'insuline par l'organisme ou par une mauvaise utilisation de celle-ci. L'insuline est l'hormone qui permet à l'organisme de tirer l'énergie que renferment le sucre, les amidons et les autres aliments. Principale source d'énergie pour le corps, le glucose est une forme de sucre produite lorsque l'organisme digère les glucides (sucres et amidons). Lorsque l'organisme manque d'insuline ou l'utilise mal, le taux de glucose dans le sang (la glycémie) augmente et le patient souffre d'hyperglycémie.

i. Extrait de la NCCH ICD-10-AM, « Specialty Standards », juillet 2000.

Diabète sucré de type 1 (E10.–)

De cause inconnue, le diabète sucré de type 1 résulte d'une réaction auto-immune caractérisée par l'attaque et la destruction des cellules pancréatiques productrices d'insuline par le système immunitaire. L'arrêt de la production d'insuline par les cellules bêta empêche le glucose de pénétrer dans les cellules du corps pour leur fournir leur énergie. Lorsque le glucose ne peut pénétrer dans les cellules, il s'accumule dans le sang, et les cellules meurent littéralement de faim. Les personnes atteintes de diabète de type 1 doivent recevoir quotidiennement des injections d'insuline et vérifier régulièrement leur glycémie.

Le diabète de type 1 peut entraîner divers problèmes. Toutefois, il existe trois principales complications :

1. **L'hypoglycémie** (glycémie basse, parfois appelée « choc insulinaire ») survient lorsque la glycémie chute à un niveau trop bas. Voir aussi la norme de codification [Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré](#).
2. **L'hyperglycémie** (glycémie élevée) survient lorsque la glycémie est trop élevée. Elle peut indiquer que le diabète n'est pas bien contrôlé. Voir aussi la norme de codification [Diabète sucré et hyperglycémie](#).
3. **L'acidocétose/cétoacidose** (coma diabétique) se traduit par une perte de conscience découlant d'un diabète non traité ou mal traité. Voir aussi la norme de codification [Coma dans les cas de diabète sucré](#).

Diabète sucré de type 2 (E11.–)

Le diabète sucré de type 2, lié à la résistance à l'insuline (incapacité de l'organisme à réagir correctement à l'insuline), est la forme la plus courante de diabète. Il survient lorsque l'organisme ne produit pas suffisamment d'insuline ou que les cellules ignorent l'insuline produite. Lorsque le glucose s'accumule dans le sang au lieu de pénétrer les cellules, il peut provoquer une carence énergétique des cellules. Au fil du temps, une glycémie élevée peut causer une hyperglycémie et d'autres complications telles qu'une athérosclérose accélérée, une neuropathie, une néphropathie ou une rétinopathie.

« Bien que la plupart des patients atteints de diabète de type 2 soient traités par une diète, de l'exercice et des antidiabétiques oraux, certains patients peuvent nécessiter par intermittence ou de façon constante un traitement par insuline pour contrôler l'hyperglycémie et prévenir un coma non cétosique hyperglycémique-hyperosmolaire (CNKHH)ⁱⁱ. » Un traitement par insuline n'est pas un indicateur du type de diabète. Le diabète sucré de type 2 est considéré comme un diabète *insulinonécessitant* si le patient a besoin de prendre de l'insuline, alors que le diabète sucré de type 1 est considéré comme un diabète *insulinodépendant*.

ii. Beers, Mark H. et Robert Berkow, *The Merck Manual*, 17^e édition, ed. Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, N.J., 2000, p. 165.

Autres diabètes sucrés précisés (E13.–)

D'autres types de diabète précisés, anciennement appelés diabètes secondaires, sont causés par d'autres maladies ou par la prise de médicaments entraînant une destruction des cellules bêta pancréatiques ou le développement d'une résistance périphérique à l'insuline. À l'origine de ces types de diabète figurent souvent des maladies du pancréas qui détruisent les cellules bêta pancréatiques (p. ex. l'hémochromatose, la pancréatite, la fibrose kystique et le cancer du pancréas), des syndromes hormonaux qui interfèrent avec la sécrétion d'insuline (p. ex. le phéochromocytome) ou qui causent une résistance périphérique à l'insuline (p. ex. l'acromégalie, le syndrome de Cushing et le phéochromocytome) et des médicaments (p. ex. la phénytoïne, les glucocorticostéroïdes et les œstrogènes)ⁱⁱⁱ. La recherche génétique a permis une nouvelle compréhension sur la pathogénie de la forme juvénile du diabète sucré de l'âge mûr, considérée autrefois comme un diabète de type 2. Une analyse documentaire révèle que les autres types de diabète précisés peuvent représenter de 1 à 2 % de tous les diagnostics de diabète.

Tout comme un patient atteint de diabète de type 2 ne peut devenir un diabétique de type 1 ou vice versa, un patient souffrant d'un type de diabète faisant partie de la catégorie E13.– ne peut devenir un diabétique de type 1 ou 2.

Diabète sucré au cours de la grossesse (O24.5-O24.8)

Cette forme de diabète liée à la grossesse survient lorsque des taux d'hormones élevés diminuent la sensibilité des cellules à l'insuline. Le diabète gestationnel touche de 2 à 5 % des femmes enceintes et disparaît lorsque la grossesse se termine. Les femmes ayant souffert de diabète gestationnel sont plus susceptibles de développer ultérieurement un diabète sucré de type 2.

Diabète limite, un terme impropre

Selon l'Association canadienne du diabète, le diabète « limite » n'existe pas, bien que ce terme semble être utilisé assez fréquemment. En général, il s'agit d'une expression courante signifiant que la personne souffre d'une forme légère de diabète ou que son traitement est limité à un régime et à de l'exercice. De plus, le terme « limite » peut laisser supposer à tort que la glycémie du diabétique n'est que légèrement élevée^{iv}.

iii. Votey, Scott R. et Anne L. Peters, *Diabetes Mellitus, Type 1—A Review* (en ligne). Consulté le 2 novembre 2005. Internet : <<http://www.emedicine.com/EMERG/topic133.htm>>.

iv. Internet : <http://www.diabetes.ca/Section_About/FactsIndex.asp>.

Tolérance au glucose altérée [R73.0 *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*]

Un diagnostic de tolérance au glucose altérée indique un état prédiabétique associé à l'insulinorésistance et étroitement lié au diabète de type 2. Ceci se produit lorsque la glycémie atteint un niveau anormalement élevé, mais pas assez pour que le problème soit classifié comme un diabète. La Tolérance au glucose altérée est dépistée au moyen de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale, le même examen utilisé pour dépister le diabète. Les personnes dont la tolérance au glucose est altérée ont une possibilité sur trois de développer le diabète de type 2 dans les dix prochaines années, mais les risques peuvent être réduits au moyen d'une saine alimentation et d'exercice physique.

Complications du diabète

Les complications du diabète peuvent être classées généralement comme des maladies microvasculaires ou macrovasculaires. Les complications microvasculaires incluent la neuropathie, la néphropathie et les troubles de la vue (p. ex. la rétinopathie, le glaucome, les cataractes et les maladies de la cornée). Les complications macrovasculaires comprennent entre autres les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux.

Complications microvasculaires courantes du diabète sucré

Néphropathie diabétique

La néphropathie diabétique est une détérioration des reins habituellement causée par des changements dans les petits vaisseaux sanguins menant au système de filtration des reins ou aux plus petits vaisseaux sanguins dans le système de filtration lui-même, en raison d'une glycémie continuellement élevée consécutive au diabète. Les néphrons endommagés laissent passer dans l'urine les protéines qui normalement resteraient dans le sang.

La néphropathie diabétique est la cause la plus courante d'insuffisance rénale. Il n'y a aucun symptôme dans les stades précoces de la maladie. Une petite quantité de protéines dans l'urine (microalbuminurie) constitue le premier signe de lésion rénale. À mesure que la lésion progresse, de plus grandes quantités de protéines passent dans l'urine (macroalbuminurie) et la tension artérielle augmente. Lorsque les dommages portés aux vaisseaux sanguins perdurent, une insuffisance rénale se développe.

Rétinopathie diabétique

La rétinopathie est une déficience non inflammatoire de la rétine. La rétinopathie diabétique survient lorsque les petits vaisseaux sanguins de la rétine enflent, laissant souvent s'écouler un liquide ou lorsque de nouveaux vaisseaux sanguins minuscules apparaissent sur la rétine et la recouvrent. La rétinopathie diabétique est une cause courante de cécité chez les adultes.

De plus, de nouveaux vaisseaux sanguins minuscules peuvent se former au travers de la rétine (néovascularisation). Ces vaisseaux sanguins sont extrêmement fragiles et peuvent facilement se rompre et saigner, entraînant ainsi la formation de tissu fibreux (cicatriciel) autour d'eux. La vision se trouve alors obscurcie, et la cicatrice peut éventuellement causer un décollement de la rétine (le tissu cicatriciel finit par pousser la rétine et la détacher du fond de l'œil) et une perte soudaine de vision dans un œil.

Intervention connexe

Le traitement pour la rétinopathie est habituellement une forme de traitement au laser appelé « photocoagulation panrétinienne au laser », qui est généralement effectué sous anesthésie locale. Au cours de ce type de traitement, le rayon laser dirigé vers la rétine peut détruire les nouveaux vaisseaux sanguins anormaux et empêcher le décollement de la rétine. Il a été démontré que le traitement peut réduire de façon considérable la gravité de la perte de vision s'il est entrepris tôt. Dans la CCI, ce traitement correspond au code 1.CN.59.LA-AG *Destruction, rétine, utilisation d'un laser*.

Neuropathie diabétique

Le terme « neuropathie diabétique » désigne la perte de la fonction des nerfs périphériques chez des personnes diabétiques. Plusieurs théories tentent d'expliquer pourquoi cette affection se développe chez les diabétiques. Elle pourrait être causée par un taux de glucose (sucre) élevé dans les nerfs qui mènerait au dysfonctionnement des voies par lesquelles l'énergie du glucose est normalement transmise. Autre possibilité : l'apport sanguin aux nerfs serait compromis, ce qui les empêcherait de fonctionner adéquatement.

Les symptômes de la neuropathie diabétique peuvent se traduire par une augmentation de la sensibilité. Les patients ressentent alors des sensations anormales de douleur ou de brûlure. Ils peuvent également se traduire par une diminution de la sensibilité, comme un engourdissement. La neuropathie diabétique s'attaque typiquement aux nerfs les plus longs en premier. On la retrouve donc souvent dans les pieds. La perte de la sensation de douleur et/ou de la sensibilité thermique dans les pieds peut prédisposer les patients diabétiques aux ulcères — ils peuvent se cogner le pied et ne pas se rendre compte de la présence d'une plaie ouverte avant que celle-ci ne soit infectée.

Chez les diabétiques, de nombreux autres nerfs peuvent être affectés, dont les nerfs qui font bouger l'œil, ce qui peut occasionner une vision double. Une perte de vision peut aussi survenir si le nerf optique est touché.

Le système nerveux autonome peut fonctionner trop ou pas assez, ce qui peut provoquer une transpiration excessive ou insuffisante, de l'incontinence ou de la rétention urinaire, de la diarrhée ou de la constipation, des problèmes sexuels (y compris un trouble de l'érection), des problèmes liés à l'adaptation des pupilles aux changements d'éclairage et même des évanouissements.

Complications vasculaires périphériques

Les affections vasculaires liées au diabète se caractérisent par le durcissement des artères dans tout l'organisme en raison de la maladie. La maladie artérielle périphérique (MAP) se définit par un durcissement et un resserrement des artères (athérosclérose) qui irriguent les bras, les jambes et d'autres parties du corps. Le flux sanguin vers ces régions se trouve donc réduit. Les artères des jambes sont le plus souvent affectées. Quand une artère est rétrécie par l'athérosclérose, les muscles des jambes ne reçoivent pas suffisamment de sang, particulièrement durant les activités intenses nécessitant une augmentation de l'apport sanguin. Le symptôme principal de la maladie artérielle périphérique (MAP) à la jambe est une sensation douloureuse de serrement dans le mollet, le pied, la cuisse ou la fesse survenant au cours d'un exercice physique (tel que monter une pente ou un escalier, courir ou simplement faire quelques pas). Cette douleur est appelée « claudication intermittente ».

Interventions connexes

La MAP peut être traitée au moyen d'une intervention peu invasive appelée « **angioplastie et endoprothèse** » [1.KG.50.^ ^ *Dilatation, artères de la jambe NCA*]. Au cours d'une angioplastie, un long tube mince et flexible appelé cathéter est inséré dans une minuscule incision pratiquée au-dessus d'une artère de la jambe et est dirigé vers la région obstruée, par les artères. Une fois le cathéter rendu, un ballonnet spécial attaché au cathéter est gonflé et dégonflé plusieurs fois. Le ballonnet pousse la plaque contre les parois de l'artère, ce qui a pour effet d'élargir le vaisseau. Un minuscule cylindre flexible en treillis métallique appelé « endoprothèse » (ou « stent ») peut être placé dans la région de l'artère qui s'était rétrécie afin d'éviter une récurrence. L'endoprothèse reste dans l'artère de façon permanente.

Le **pontage** crée une déviation autour de toute section rétrécie ou bloquée de l'artère [1.KG.76.^ ^ *Pontage, artères de la jambe NCA*]. Le sang circule alors en contournant la partie obstruée. Parfois, l'obstruction elle-même peut être retirée au moyen d'une intervention appelée **endartériectomie** [1.KG.57.^ ^ *Extraction, artères de la jambe NCA*]. Une **amputation** [intervention générique 93] d'un membre inférieur peut également être pratiquée chez les patients présentant de multiples complications avancées du diabète.

Complications macrovasculaires du diabète sucré

L'hyperglycémie chronique ou une glycémie élevée persistante permet au glucose de réagir avec certaines composantes du sang. Lorsque ceci se produit, les sous-produits de ces réactions tendent à s'accrocher aux parois des vaisseaux sanguins importants. La lumière (ou l'ouverture) du vaisseau sanguin se rétrécit, ce qui réduit le flux sanguin en direction des divers organes. Comme elles affectent les gros vaisseaux sanguins, ces complications sont dites macrovasculaires. Les complications macrovasculaires les plus courantes sont les complications cardiaques et cardiovasculaires ainsi que les maladies vasculaires cérébrales.

Cataractes diabétiques

Les cataractes chez un patient diabétique ne doivent être considérées comme « diabétiques » que si elles sont définies comme telles.

Les cataractes diabétiques apparaissent chez les personnes jeunes et évoluent plus rapidement en opacité mature. Les personnes jeunes souffrant de diabète de type 1 développent parfois des cataractes punctiformes ou métaboliques. Un contrôle inadéquat du diabète peut être un facteur prédisposant. Les vraies cataractes diabétiques sont caractérisées par une opacité bilatérale sous capsulaire et postérieure du cristallin et sont punctiformes antérieurement. Cette affection est généralement précédée par une myopie soudaine et évolutive. Elle est due à une accumulation accrue de sorbitol, de fructose et de glucose dans le cristallin. Les opacités peuvent diminuer ou disparaître si la glycémie est mieux contrôlée.

Les codes de la catégorie E1-.35 *Diabète sucré avec cataracte* devraient être utilisés uniquement lorsque le médecin indique qu'il s'agit de ce type de cataracte en notant au dossier « cataracte diabétique » ou « cataracte associée au diabète ».

Diabète sucré et hyperglycémie

En des termes simples, le «contrôle du diabète» signifie le maintien de la glycémie dans un écart normal ou près de celui-ci. Le glucose représente la principale source d'énergie des cellules du corps. Lorsqu'il ne peut passer de la circulation sanguine aux cellules, il s'accumule dans le sang. « Hyperglycémie » est le terme médical désignant la présence d'une trop grande quantité de sucre dans le sang. Les patients diabétiques sont hyperglycémiques lorsque leur glycémie n'est pas bien contrôlée. Par conséquent, un test de tolérance au glucose positif (R73.0 *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*) (ou) une hyperglycémie non précisée (R73.9 *Hyperglycémie, sans précision*) ne doivent pas être codifiés sous un code de la rubrique E10 à E14. Une hyperglycémie marquée peut conduire à un coma, une situation critique nécessitant une hospitalisation immédiate. Voir également la norme de codification *Coma dans les cas de diabète sucré*.

L'hyperglycémie chez les personnes diabétiques hospitalisées contribue à augmenter la mortalité et la morbidité, car elle accroît la prédisposition aux infections et prolonge la durée des séjours. Une revue des études publiées à ce sujet indique qu'une glycémie élevée augmente le taux d'infections postopératoires, réduit la capacité à guérir, contribue à accroître la mortalité et la morbidité liées aux problèmes cardiaques, augmente le nombre d'admissions en unité de soins intensifs et accroît la durée des séjours. Par conséquent, les codificateurs doivent toujours inscrire un code de la catégorie R73.8–2 lorsque le taux de glycémie est supérieur à 14,0 mmol/L. Tout appareil de mesure de la glycémie acceptable peut être utilisé pour vérifier le taux de glucose dans le sang. Le patient peut être à jeun ou non.

La vérification du taux de glucose dans le sang fait partie des mesures habituelles de contrôle du diabète. Les méthodes par lesquelles cette mesure est prise ont considérablement changé au cours des dernières années. Il est reconnu que l'on peut s'attendre à une certaine différence entre les mesures de la glycémie obtenues au point de prestation des soins et celles obtenues après l'analyse du même échantillon dans un laboratoire clinique. Ces différences ont des raisons à la fois physiologiques et analytiques et se présentent peu importe le type d'appareil de mesure de la glycémie utilisé. Les résultats obtenus au moyen de n'importe quelle méthode de vérification de la glycémie utilisée par les médecins et au cours d'une visite à l'hôpital permettent d'utiliser un code de la sous-catégorie R73.8– *Autre preuve de l'augmentation de la glycémie*.

Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré

Selon la définition de l'Association canadienne du diabète, l'hypoglycémie est une condition caractérisée par une baisse trop importante de la glycémie. Ses symptômes peuvent comprendre la transpiration, les tremblements, la faim, les étourdissements, l'instabilité émotionnelle, la confusion et la vision trouble. Une glycémie faible survient lorsque le taux de glucose dans le sang baisse en deçà d'un certain niveau (habituellement inférieur à 4 mmol/L). Ne pas manger suffisamment, sauter des repas ou les remettre à plus tard, faire de l'exercice sans avoir pris les précautions nécessaires, s'administrer trop d'insuline ou boire de l'alcool sont des causes de l'hypoglycémie. Une chute marquée de la glycémie peut entraîner de la confusion, de la désorientation et/ou des crises d'épilepsie.

L'hypoglycémie peut également être appelée « choc ou réaction insulinique ». L'hypoglycémie grave représente un danger. Une glycémie très faible affecte gravement la capacité de la personne à raisonner ou à faire preuve de bon jugement. Si la glycémie continue de plonger à des niveaux dangereusement bas, le cerveau subit de graves dommages et il s'ensuit habituellement une perte de conscience. Une hypoglycémie grave non traitée d'urgence peut entraîner des lésions cérébrales permanentes et la mort.

Coma dans les cas de diabète sucré

Coma diabétique — Hypoglycémie

Lorsque la glycémie devient trop basse, il peut en résulter une perte de conscience pouvant même évoluer vers un coma. L'hypoglycémie prive le cerveau de l'énergie provenant du glucose, et ce manque d'énergie peut entraîner des symptômes allant des maux de tête et de la confusion légère à la perte de conscience, à la crise épileptique et au coma. L'hypoglycémie grave représente un danger. Une glycémie très faible affecte gravement la capacité de la personne à raisonner ou à faire preuve de bon jugement.

Coma diabétique et hyperglycémie associés à l'acidocétose diabétique ou au syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire (SHH)

Le coma diabétique est une affection mettant en danger la vie du patient. L'acidocétose diabétique et le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire (SHH) peuvent tous deux mener à un coma diabétique. Une glycémie trop élevée peut également causer une perte de conscience et dans certains cas un coma.

L'acidocétose diabétique se caractérise par une hyperglycémie, une acidose métabolique et une concentration accrue de cétone en circulation dans l'organisme causée par l'accumulation de sous-produits issus de la transformation des lipides. L'acidocétose diabétique survient principalement chez les patients atteints de diabète sucré de type 1, mais aussi parfois chez des patients atteints de diabète sucré de type 2.

Le coma hyperosmolaire hyperglycémique non cétosique est caractérisé par l'hyperglycémie, par l'hyperosmolarité et par l'absence d'une quantité significative de corps cétosiques dans le sang. Il se développe souvent chez les patients diabétiques atteints d'une maladie concomitante associée à une réduction de l'apport de liquides, par exemple la pneumonie ou une infection urinaire.

Diabète sucré et complications multiples

Ulcères diabétiques

La neuropathie et la maladie artérielle périphérique surviennent très couramment chez le patient diabétique, et vont souvent de pair. Ces deux maladies sont les principales responsables des ulcères chez les patients diabétiques. Un ulcère diabétique au pied est une plaie ouverte qui apparaît habituellement en dessous du pied. Les personnes qui prennent de l'insuline présentent plus de risques de développer un ulcère au pied, tout comme les patients atteints d'une maladie des reins, des yeux ou du cœur liée au diabète. L'obésité et la consommation d'alcool et de tabac jouent également un rôle dans le développement des ulcères aux pieds.

La formation des ulcères découle d'une combinaison de facteurs, tels que le manque de sensibilité dans le pied, une mauvaise circulation, une difformité du pied, une irritation

(comme celle causée par la friction ou la pression) et un traumatisme. Une maladie vasculaire peut compliquer un ulcère au pied parce qu'elle réduit la capacité du corps à guérir et accroît le risque d'infection. Une hausse de la glycémie peut réduire la capacité du corps à combattre une infection potentielle et également ralentir le processus de guérison.

L'ulcère lié à l'insuffisance veineuse, un type d'ulcère de la jambe, se manifeste habituellement sous le genou à l'intérieur de la jambe ou juste au-dessus de la cheville. De tels ulcères se produisent chez les patients ayant des antécédents de TVP ou de veines variqueuses. Les causes de ces ulcères sont l'insuffisance veineuse et d'autres troubles liés à la coagulation ou à la circulation.

Les ulcères de décubitus, aussi connus sous les noms « ulcères de pression » ou « plaies de lit », sont des ulcères de la peau qui se développent dans les zones du corps où l'apport sanguin a diminué en raison d'une pression prolongée. Le diabète n'est pas la cause des ulcères de décubitus, mais plutôt un facteur de risque qui peut aggraver le problème et rendre la guérison difficile.

La régulation glycémique chez les personnes atteintes du diabète a des répercussions directes sur la progression de l'angiopathie et l'irrigation des tissus. Par conséquent, la guérison d'un ulcère dépend des complications liées au diabète présentes chez le patient.

Diabète sucré et grossesse

Dans son livre *Diabetes for Canadians for Dummies*, le D^r Ian Blumer affirme que le diabète gestationnel est défini comme un diabète diagnostiqué durant la grossesse. Dans la grande majorité des cas, il disparaît dès la naissance du bébé. Les changements hormonaux et le gain de poids font partie d'une saine grossesse. Toutefois, ces deux changements peuvent causer l'organisme à éprouver des difficultés à s'adapter à ses besoins en insuline.

Causes du diabète gestationnel

- Le corps a besoin de plus d'énergie qu'à l'habitude durant la grossesse. Il a donc besoin de plus d'insuline pour que le glucose puisse pénétrer dans les cellules afin de produire de l'énergie.
- Le placenta produit d'autres hormones durant la grossesse, et certaines de ces hormones peuvent empêcher l'insuline d'agir dans le corps, causant ainsi une résistance à l'insuline.
- Les besoins en insuline sont beaucoup plus grands chez toutes les femmes enceintes, et, chez certaines, le pancréas n'est pas capable d'en produire assez. Une grande quantité de glucose reste donc dans le sang. Ce phénomène est appelé diabète gestationnel.
- Il faut habituellement plusieurs semaines avant que le corps ne puisse plus répondre à ses besoins en insuline. Le diabète gestationnel ne survient donc pas avant la moitié de la grossesse.

Autres problèmes de la grossesse liés au diabète sucré

La plupart des femmes atteintes de diabète gestationnel peuvent mener leur grossesse à terme et sans risque et accoucher normalement, mais certains problèmes reliés au diabète peuvent se présenter durant la grossesse.

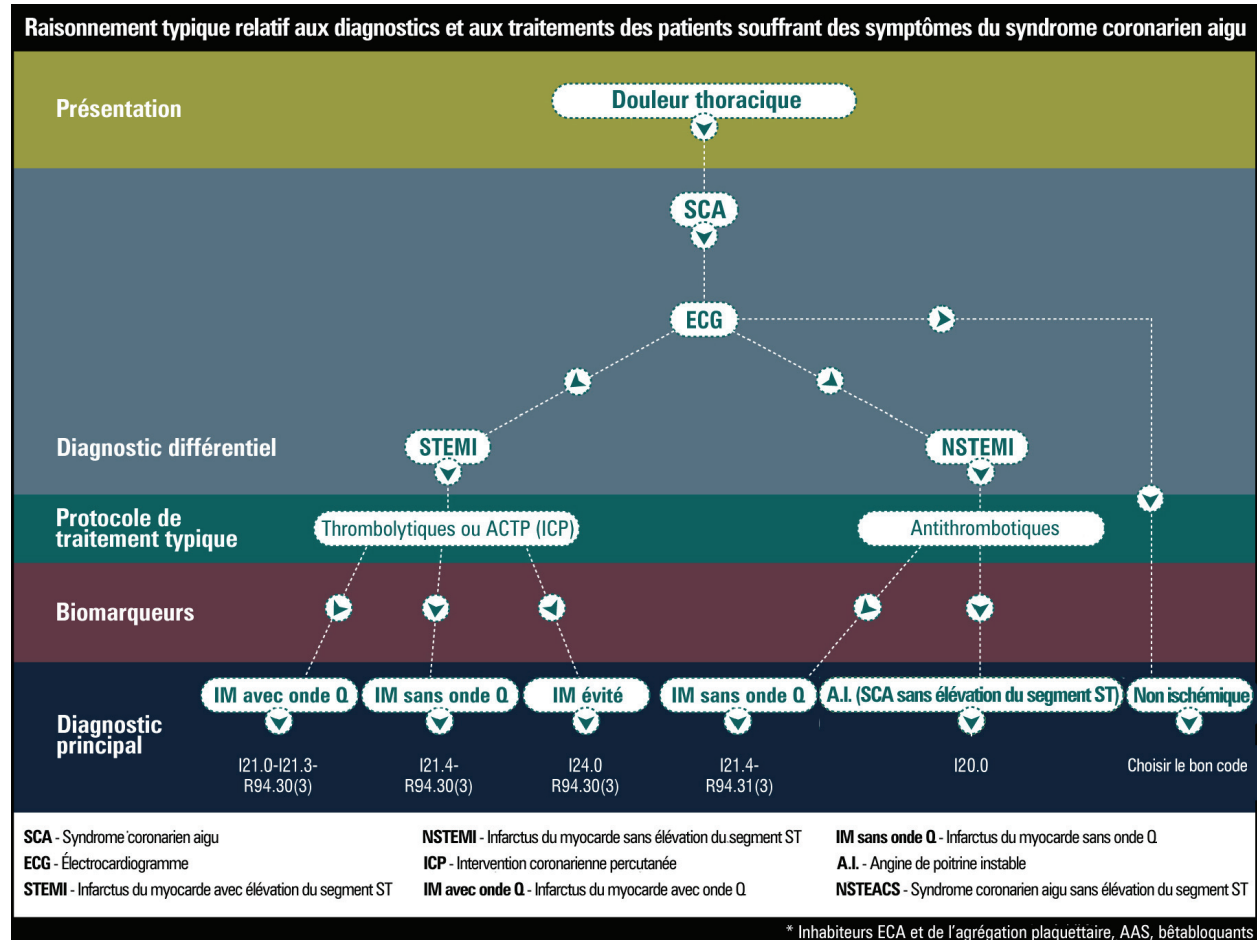
- L'hypertension gestationnelle, aussi connue sous le nom de « prééclampsie » — une tension artérielle élevée causée par la grossesse — est assez courante lorsque la femme enceinte est atteinte de diabète. Ce problème de santé disparaît habituellement peu après la naissance du bébé.
- Les infections, telles que les infections urinaires, sont également assez courantes au cours de la grossesse, mais encore plus chez les mères diabétiques.
- Si la glycémie de la mère n'est pas bien contrôlée pendant la grossesse, il y a un risque accru d'avortement spontané ou de mortinaissance.

Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire

Syndrome coronarien aigu (SCA)

Le syndrome coronarien aigu est caractérisé par divers états, dont les suivants :

- infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI);
- infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI);
- angine de poitrine instable.



Le schéma n'a pas été conçu pour orienter les codificateurs dans le choix de codes lorsque les dossiers ne contiennent pas suffisamment de renseignements. Lorsque les renseignements sont insuffisants, le codificateur doit obtenir des précisions auprès du médecin ou inscrire un code de la catégorie « sans précision » appropriée.

Généralement, un patient qui présente les symptômes d'un syndrome coronarien aigu obtient un des diagnostics différentiels suivants :

➤ **Infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI)**

Lorsque l'ECG indique une élévation du segment ST, un diagnostic d'infarctus du myocarde est pratiquement inévitable. Cependant, un traitement rapide (p. ex. une intervention coronarienne percutanée [ICP] ou un traitement thrombolytique) est susceptible de modifier le résultat ou le type d'infarctus du myocarde qu'un patient pourrait expérimenter. Lorsqu'un ECG indique une élévation du segment ST (STEMI), un patient peut obtenir un des résultats suivants :

- évolution vers un infarctus du myocarde (transmural) avec onde Q;
- évolution vers un infarctus du myocarde (sous-endocardique) sans onde Q;
- infarctus du myocarde évité.

➤ **Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI)**

Si l'ECG ne présente pas d'élévation du segment ST, les résultats possibles sont les suivants :

- évolution vers un infarctus du myocarde (sous-endocardique) sans onde Q moins dangereux;
- angine de poitrine instable à titre de diagnostic principal, aussi connue sous le nom de syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST.

Dans le cas d'un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST, l'infarctus du myocarde est confirmé par la présence de biomarqueurs cardiaques (troponine ou CK-MB, par exemple). Les biomarqueurs cardiaques sont des enzymes, des protéines ou des hormones dans le sang qui confirment la nécrose des cellules myocardiques.

Un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) est un infarctus du myocarde caractérisé soit par l'élévation des biomarqueurs cardiaques ou des changements à l'ECG sans élévation du segment ST. Les résultats de l'ECG peuvent comprendre des changements tels que le sous-décalage du segment ST, l'inversion de l'onde T ou les résultats de l'ECG peuvent être normaux. La grande sensibilité des biomarqueurs les plus récents permet de détecter les petites zones de nécrose myocardique susceptibles de ne pas être révélées par un ECG^v.

v. K. Thygesen, J. S. Alpert, « The Definitions of Acute Coronary Syndrome, Myocardial Infarction and Unstable Angina », *Current Cardiology Reports*, n° 3 (2001), pages 268-272.

➤ **Diagnostic d'un problème autre que cardiaque ou ischémique**

Les conditions comme l'embolie pulmonaire ou la péricardite peuvent à l'origine présenter des symptômes semblables au syndrome coronarien aigu, y compris des concentrations de biomarqueurs légèrement élevées. Les examens d'échocardiographie ou de tomodensitographie peuvent confirmer le diagnostic. Le diagnostic principal peut être de nature cardiaque (p. ex. péricardite) ou autre que cardiaque (p. ex. oesophagite, embolie pulmonaire).

Codes de la CIM-10-CA (nouveaux en 2007)

La version internationale de la CIM ne tient toujours pas compte des termes STEMI et NSTEMI. Afin de maintenir la comparabilité à l'échelle internationale, la CIM-10-CA a conservé intègres les catégories **I21 Infarctus aigu du myocarde** et **I22 Infarctus du myocarde à répétition**. Cependant, à compter du 1^{er} avril 2007, la catégorie R94.3 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires* comporte des nouveaux codes de 5 caractères qui permettent de recueillir l'information sur les **diagnostics différentiels** de STEMI ou de NSTEMI. Les codes de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* servent à inscrire les **diagnostics finaux** de STEMI ou de NSTEMI.

- R94.30 Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)
- R94.31 Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI)**
- Onde T
- Sous-décalage du segment ST
- R94.38 Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
- Anomalies (de) :
- électrocardiogramme (ECG) NCA
 - épreuves électrophysiologiques intracardiaques
 - phonocardiogramme
 - vectocardiogramme

Codes de la CCI (nouveaux en 2007)

Le code 1.IJ.50.^.^ présente un nouvel attribut de situation obligatoire afin de distinguer les interventions coronariennes percutanées (ICP) reconnues comme primaires ou directes de celles qui ne le sont pas. Une ICP primaire est une ICP réalisée comme première intervention pour un STEMI, dans les 12 heures de l'arrivée du patient à l'hôpital sans qu'il y ait eu de thérapie thrombolytique avant l'ICP.

Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)

L'accident vasculaire cérébral est la mort brusque de cellules cérébrales dans une zone localisée due à une circulation sanguine inadéquate. Un accident vasculaire cérébral survient lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue. Lorsque le sang n'apporte plus l'oxygène et les nutriments nécessaires et qu'il n'élimine plus les déchets, les cellules cérébrales commencent rapidement à mourir. Selon la région du cerveau touchée, un accident vasculaire cérébral peut provoquer une paralysie, des troubles du langage, une perte de mémoire et des capacités de raisonnement, le coma ou la mort. L'accident vasculaire cérébral (AVC) est parfois appelé « infarctus cérébral » ou « ictus cérébral », et dure plus de 24 heures. À l'inverse, l'accident ischémique transitoire (AIT) est défini arbitrairement comme un déficit neurologique similaire durant moins de 24 heures. Auparavant, la durée limite définie pour l'AIT était d'une heure. Cette durée a été prolongée pour des raisons pratiques^{vi}.

Un accident vasculaire cérébral donne lieu à un événement ischémique ou hémorragique qui provoque des lésions cérébrales. La thrombose et l'embolie cérébrales sont provoquées par des caillots sanguins qui bloquent l'une des artères alimentant le cerveau, soit dans le cerveau, soit dans le cou. Les hémorragies sous-arachnoïdienne et intracérébrale se produisent lorsqu'un vaisseau sanguin éclate en périphérie du cerveau ou dans le cerveau.

Une thrombose cérébrale se produit lorsqu'un caillot sanguin, ou thrombus, se forme à l'intérieur du cerveau, bloquant ainsi le flux sanguin dans le vaisseau touché. Le plus souvent, les caillots se forment à la suite d'un « durcissement » (athérosclérose) des artères cérébrales.

L'embolie cérébrale se produit lorsqu'un caillot sanguin situé en un autre point de l'appareil circulatoire se libère. Si ce caillot se loge dans l'une des artères qui alimentent le cerveau, dans le cerveau ou le cou, il peut entraîner un accident vasculaire cérébral.

L'hémorragie intracérébrale touche les vaisseaux situés à l'intérieur du cerveau, tandis que l'hémorragie sous-arachnoïdienne touche les artères situées à la surface du cerveau, juste sous la membrane arachnoïdienne protectrice.

Les comorbidités et les habitudes de vie peuvent prédisposer les patients devant subir une intervention chirurgicale à un accident vasculaire cérébral. Lorsque ce dernier survient, il est impossible de déterminer quel facteur en est la cause. Les chercheurs ont relevé cinq facteurs de risque associés à l'accident vasculaire cérébral à la suite d'un pontage aortocoronarien : l'âge, et des antécédents d'hypertension, du diabète ainsi que la présence de bruit carotidien.

vi. Cecil's Textbook of Medicine, ed. Lee Goldman M.D.; J. Claude Bennett, M.D. W.B. Saunders Company, 2000, p. 2099.

Des études ont révélé que l'accident vasculaire cérébral complique les suites de l'intervention chirurgicale chez 1 à 6 % des patients ayant subi une revascularisation coronarienne. Ces complications peuvent être attribuées à une prédisposition (facteurs de risque) ou à un morceau de plaque s'étant détaché (avant ou après la chirurgie) pour se rendre au cerveau et provoquer l'accident vasculaire cérébral. Comme les patients susceptibles de souffrir d'un accident vasculaire cérébral postopératoire sont presque toujours des patients déjà à risque, la seule certitude est que l'accident vasculaire cérébral a eu lieu à la suite de l'intervention chirurgicale. Puisqu'il est impossible de savoir s'il s'agit d'une complication de l'intervention chirurgicale ou de la progression naturelle (peut-être précipitée) du processus d'une maladie aboutissant à un incident grave et soudain, l'accident vasculaire cérébral postopératoire n'est pas classé dans la catégorie I97.8 *Autres troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs*.

Fibrillation auriculaire

La fibrillation auriculaire est une pulsation cardiaque anormalement rapide et très irrégulière. Elle est classée comme un trouble fonctionnel lorsqu'elle survient à la suite d'une chirurgie cardiaque. La fibrillation et le flutter auriculaires sont des rythmes cardiaques anormaux dans lesquels les oreillettes, à savoir les cavités supérieures du cœur, se contractent de manière asynchrone avec les ventricules, ou cavités inférieures du cœur. Dans la fibrillation auriculaire, les oreillettes « palpitent » de manière chaotique et les ventricules battent selon un rythme irrégulier. Dans le flutter auriculaire, les oreillettes battent de manière régulière, mais à un rythme plus rapide que les ventricules.

Dans la plupart des cas, la cause de la fibrillation et du flutter auriculaires peut être déterminée. Parfois, l'origine n'est toutefois pas consignée au dossier. Les causes de ces anomalies incluent :

- plusieurs types de cardiopathie;
- le stress et l'anxiété;
- la caféine;
- l'alcool;
- le tabac;
- les anorexigènes;
- certains médicaments sur ordonnance et en vente libre;
- la chirurgie à cœur ouvert.

Chapitre X – Maladies de l'appareil respiratoire

Pneumonie lobaire

L'atteinte pulmonaire permet de définir deux principaux types de pneumonie. Lorsque l'inflammation affecte un lobe entier du poumon, elle est appelée « pneumonie lobaire ». Lorsqu'elle est dispersée dans les poumons, souvent des deux côtés, elle est appelée « bronchopneumonie ».

Bien que d'autres organismes pathogènes puissent également être la cause de la pneumonie lobaire, la bactérie qui en est habituellement responsable est un pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*). La pneumonie lobaire peut survenir soudainement chez de jeunes personnes apparemment en bonne santé, mais les adultes, et plus particulièrement les alcooliques et les sans-abri, sont les plus à risque.

La bronchopneumonie peut être causée par des bactéries ou par des virus. Elle est le plus souvent secondaire à une infection ou à l'action de certains agents ayant réduit la résistance des patients à la maladie. Il s'agit de la forme la plus courante de pneumonie. Elle affecte généralement les personnes très jeunes ou très âgées. Parfois, l'organisme responsable de la pneumonie ne peut être identifié.

Asthme

L'asthme est une maladie dans laquelle l'inflammation des voies aériennes limite parfois l'écoulement de l'air inspiré et expiré. Au cours d'une crise d'asthme, les muscles de l'arbre bronchique se resserrent et la muqueuse des voies respiratoires enfle, ce qui réduit l'écoulement de l'air et produit un sifflement caractéristique. La production de mucus augmente.

La plupart des personnes asthmatiques subissent des crises de sifflement périodiques séparées par des périodes asymptomatiques. Certains asthmatiques souffrent d'essoufflement chronique et présentent des épisodes d'essoufflement plus important. Les crises d'asthme peuvent durer de quelques minutes à plusieurs jours et peuvent présenter un danger si l'écoulement d'air est considérablement limité.

Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte

Le syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (SDRA) est un ensemble d'états ou de symptômes qui collectivement indiquent ou caractérisent le processus d'une maladie.

Le SDRA est un état dangereux pour la vie qui se manifeste lorsqu'une accumulation grave de liquide se produit dans les deux poumons. L'accumulation de liquide empêche le transfert adéquat d'oxygène en gaz carbonique dans les alvéoles pulmonaires.

Le SDRA est une conséquence d'une gamme de blessures graves aux poumons. Il se caractérise par le commencement subit d'un essoufflement grave, d'une tachycardie, d'une hypoxie profonde et d'un œdème pulmonaire.

La septicémie et le syndrome de la réponse inflammatoire systémique sont les facteurs de prédisposition les plus communs liés au développement du SDRA. La liste (non exhaustive) des causes communes du SDRA comprend le choc septique, le choc traumatique, la pneumopathie virale diffuse, la toxicité de l'oxygénothérapie, l'inhalation de toxines et d'irritants, la surdose de stupéfiants, la réaction d'hypersensibilité et la pneumonie d'aspiration.

La pathogenèse du SDRA commence d'abord par les transmetteurs dans le sang, le facteur d'activation des plaquettes par exemple, qui produisent l'agrégation des leucocytes dans les poumons. La stimulation des neutrophiles relâche des radicaux exempts d'oxygène, des enzymes lysosomiaux et des produits d'acide arachidonique qui endommagent les capillaires pulmonaires et l'épithélium alvéolaire. C'est ce qui permet au liquide de s'échapper du sang. Les neutrophiles causent d'autres dommages chimiques qui détruisent les cellules vivantes des alvéoles. Il en résulte une accumulation de sérum, de fibrine et des débris de cellules mortes dans les alvéoles, puis des membranes hyalines s'y forment. Une fois qu'elles sont formées, il y a absence de surfactants et les alvéoles ont tendance à s'affaisser. L'atélectasie et les œdèmes durcissent les poumons et les rendent inefficaces.

Les cellules endommagées favorisent l'inflammation et la fibrose et modifient le tonus bronchomoteur ainsi que la vasoréactivité.

Chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif

Interventions diagnostiques par coloscopie

Le terme « coloscopie » signifie visualisation de l'intérieur du côlon. Le principal instrument utilisé pour visualiser l'intérieur du côlon est le coloscope, un tube souple, fin et long équipé d'une minuscule caméra vidéo et d'une source lumineuse à son extrémité. En réglant les différents paramètres du coloscope, le gastro-entérologue peut le guider prudemment dans toutes les directions afin de visualiser l'intérieur du côlon. L'image de grande qualité du coloscope est affichée sur un moniteur, et fournit une vue détaillée et nette.

La coloscopie est plus précise que la radiographie. Cette intervention permet également de faire passer d'autres instruments par le coloscope. Ces instruments peuvent être utilisés, par exemple, pour retirer sans douleur une masse d'aspect douteux ou pour pratiquer une biopsie en vue d'analyses plus poussées. Ainsi, la coloscopie peut contribuer à éviter l'intervention chirurgicale ou à mieux définir le type d'intervention nécessaire.

La coloscopie est une méthode sûre et efficace pour évaluer les problèmes tels que la perte de sang, la douleur et les modifications du transit intestinal, telles que la diarrhée chronique ou les anomalies qui ont déjà pu être détectées par d'autres tests. La coloscopie permet également de déceler et de traiter les saignements actifs de l'intestin.

De plus, la coloscopie est une technique très utile pour dépister le cancer du côlon et traiter les polypes du côlon (masses anormales sur la muqueuse interne de l'intestin). Les polypes sont de tailles et de formes variées et, bien que la plupart ne soient pas cancéreux, certains peuvent évoluer vers un cancer. Cependant, il est impossible de déterminer par la simple observation d'un polype si ce dernier est malin ou potentiellement malin. Par conséquent, la coloscopie est fréquemment utilisée pour retirer les polypes. Cette technique est appelée polypectomie.

La sigmoïdoscopie flexible permet au médecin d'examiner l'intérieur du gros intestin à partir du rectum jusqu'à la dernière section du côlon constituée par le côlon sigmoïde ou le côlon descendant. Les médecins peuvent avoir recours à cette intervention pour trouver la cause d'une diarrhée, d'une douleur abdominale ou d'une constipation. Les premiers signes de cancer du côlon descendant et du rectum peuvent également être détectés grâce à la sigmoïdoscopie flexible. Celle-ci permet en outre au médecin de voir les saignements, l'inflammation, les masses anormales et les ulcères présents dans le côlon descendant et dans le rectum.

Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané

Cellulite

La cellulite est une infection relativement profonde qui résulte généralement d'une rupture de l'épiderme. En plus du derme, elle touche les espaces sous-cutanés. Dans certains cas, la cellulite survient dans des régions ayant subi des traumatismes et où la peau a été déchirée, comme autour des ulcères ou des plaies opératoires. Toutefois, la cellulite apparaît souvent sous une peau n'ayant subi aucune rupture. Le patient se plaint de douleur, de rougeurs, de chaleur et de symptômes systémiques tels que la fièvre. La région touchée semble rougie et dégage de la chaleur. La cellulite nuit au drainage lymphatique, ce qui prédispose la région affectée à des infections subséquentes.

La cellulite est habituellement traitée par la prise d'antibiotiques oraux ou intraveineux ainsi que par le traitement de la plaie (parage, réapposition des tissus et pose de pansement).

Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

Arthrose

L'arthrose est souvent désignée comme l'usure et la rupture des articulations. Elle en affaiblit certaines parties et les dégrade. Le cartilage, le matériel flexible et résistant qui sert de coussin à l'extrémité des os, commence à craqueler et à se perforer. Des fragments peuvent se détacher dans l'interligne articulaire, irriter les tissus mous tels que les muscles et causer des problèmes de mouvement. La plus grande partie de la douleur liée à l'arthrose provient du fait que les muscles et les autres tissus qui participent au mouvement des articulations (comme les tendons et les ligaments) sont forcés de travailler d'une façon pour laquelle ils n'ont pas été conçus, en raison de la détérioration du cartilage.

Le cartilage lui-même ne renferme aucune cellule nerveuse. Il ne peut donc pas être à l'origine de la douleur, contrairement aux muscles, aux tendons, aux ligaments et aux os. Après plusieurs années d'érosion du cartilage, les os peuvent frotter ensemble. Ce frottement amplifie la douleur. Les os peuvent également épaissir et former des protubérances, appelées « ostéophytes », qui frottent les unes contre les autres. De plus, lorsque le cartilage est affaibli ou dégradé, les os environnants exercent une pression supplémentaire sur lui, ce qui peut entraîner une accumulation de sang (hyperémie) parfois douloureuse, particulièrement la nuit.

La dégradation provoquée par l'arthrose progresse lentement au fil du temps et peut occasionner de nombreux problèmes. L'arthrose affecte les articulations portantes, telles que celles des hanches, des genoux, des pieds et de la colonne vertébrale. Néanmoins, les articulations non portantes, comme celles des doigts et de la base du pouce, peuvent aussi être touchées. Les autres articulations restent habituellement indemnes, sauf si elles ont subi une lésion ou un stress inhabituel.

Même si les scientifiques commencent à comprendre les mécanismes menant à la dégradation du cartilage, personne ne connaît la cause exacte de l'arthrose. Les chercheurs pensent maintenant que plusieurs facteurs peuvent contribuer à accroître le risque d'arthrose. Les principaux facteurs comprennent l'hérédité, le surplus de poids, et les lésions et/ou la dégradation des articulations causée par un autre type d'arthrite.

L'arthrose résultant d'une cause connue, comme un problème congénital ou développemental, une maladie métabolique, une maladie endocrinienne, une maladie par dépôts calciques, une affection neuropathique, une autre affection touchant les os ou les articulations, un traumatisme aigu ou chronique (répété), est classée sous la catégorie de l'arthrose secondaire.

Rétrécissement du canal médullaire

S'entend par rétrécissement du canal médullaire tout rétrécissement développemental ou acquis du canal rachidien ou des canaux des racines nerveuses (espaces intervertébraux) qui entraîne la compression d'éléments neuraux^{vii}.

Le terme « rétrécissement du canal médullaire » (ou « sténose foraminale ») est utilisé lorsque la condition sous-jacente est devenue si grave qu'elle a entraîné le rétrécissement du canal rachidien. Le patient développe des symptômes allant de la douleur au dysfonctionnement des extrémités. Les conséquences de la myélopathie sont habituellement le dysfonctionnement d'un organe. Parmi les causes courantes du rétrécissement du canal médullaire se trouvent les tumeurs et les affections des disques intervertébraux, comme l'hernie discale et la détérioration d'un disque, et la spondylarthrose.

vii. *Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics.*

Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire

Relâchement du plancher pelvien

Les conséquences du travail et de l'accouchement sur le bassin sont une cause courante de cystocèle ou d'urétrocèle. Les symptômes habituellement associés à une cystocèle incluent l'incontinence urinaire à l'effort, des mictions fréquentes, ou une sensation de pesanteur ou de pression vaginale. Les symptômes sont aggravés par une augmentation de la pression intra-abdominale liée à des actions telles qu'une station debout prolongée, une toux ou un éternuement. Il est important de noter que même si l'incontinence urinaire à l'effort est le symptôme le plus fréquemment associé au cystocèle, elle n'est pas due au cystocèle et la correction chirurgicale du cystocèle ne règle pas nécessairement à elle seule le problème d'incontinence. L'incontinence urinaire à l'effort est due au relâchement des structures de maintien environnantes du bassin et à la perte de l'angle uréthro-vésical normal.

Cystocèles

Une cystocèle est une hernie de la vessie. Lorsqu'une cystocèle apparaît seule, sans autre forme de prolapsus génital, sa réparation est rarement chirurgicale sauf si sa taille est si importante qu'elle provoque une rétention d'urine et des infections de la vessie. La méthode la plus courante de réparation d'une cystocèle est la colporraphie antérieure, qui est classée sous la rubrique 1.RS.80.^[^] *Réparation, vagin NCA* dans la CCI.

Cette réparation peut nécessiter l'utilisation de sutures, de greffes ou de matériaux synthétiques pour renforcer les parois vaginales et corriger la protrusion de la vessie. La colporraphie peut être réalisée en même temps que d'autres interventions telles qu'une hystérectomie vaginale (1.RM.89.CA) lorsque d'autres affections existent.

Incontinence urinaire à l'effort chez la femme

Lorsque l'incontinence urinaire à l'effort est l'indication principale de l'intervention chirurgicale, la réparation touche habituellement l'angle uréthro-vésical, où une urétropexie est pratiquée. Cette intervention doit être classée à l'aide du code 1.PL.74.^[^] *Fixation, col vésical*. Diverses techniques sont disponibles pour élever l'urètre ainsi que les structures de maintien aponévrotique et musculaire environnantes à un niveau permettant une fonction urétrale normale. Toute réparation concomitante d'une cystocèle coexistante doit également être codifiée.

Rectocèles

Une rectocèle correspond à une hernie recto-vaginale provoquée par une lésion du tissu conjonctif fibreux entre le rectum et le vagin lors de l'accouchement. Elle peut ne poser problème qu'après la ménopause. La réparation d'une rectocèle est classée sous le code 1.RS.80.^[^] *Réparation, vagin NCA* (avec l'attribut de lieu « PS »).

Entéroécèles

Une entéroécèle est une hernie de l'intestin grêle dans la cloison recto-vaginale. Elle est fréquente chez les femmes qui ont subi une hystérectomie. Le péritoine peut être en contact direct avec l'épithélium vaginal à la suite d'un affaiblissement ou d'une absence des structures de maintien. La réparation du défaut implique la réduction de l'intestin grêle, et la suture de l'apex des aponévroses pubocervicale et recto-vaginale. Si seule cette intervention est réalisée, un code de la rubrique 1.RS.80 permettra de la désigner correctement. Cependant, la réparation du défaut apical est parfois suivie d'une suspension du dôme vaginal. Un code supplémentaire est alors requis pour représenter la colpopexie, ou suspension du dôme vaginal (1.RS.74.^[^] *Fixation, vagin NCA*), qui restaure la forme et le soutien normaux du dôme vaginal.

Prolapsus utérin

Le prolapsus utérin est une condition dans laquelle l'utérus est abaissé en dessous de sa position normale à la suite d'une lésion ou d'une faiblesse des ligaments utérosacrés. L'accouchement, un travail physique dur, la vieillesse et un manque d'œstrogènes peuvent être à l'origine de cette lésion ou de cette faiblesse. Le prolapsus utérin est souvent décrit par degrés :

- prolapsus du 1^{er} degré : le col de l'utérus reste dans le vagin;
- prolapsus du 2^e degré : le col de l'utérus fait saillie au-delà de l'orifice hyménal;
- prolapsus du 3^e degré (procidence complète) : l'intégralité de l'utérus se situe hors de la vulve.

Le traitement chirurgical dépend de la volonté de conserver ou non un utérus fonctionnel. Chez les femmes âgées, une hystérectomie peut être réalisée (1.RM.89.^[^]). Dans de nombreux cas, une cystocèle, une rectocèle et une entéroécèle accompagnent le prolapsus génital. Une réparation vaginale (1.RS.80.^[^]) peut alors être pratiquée en même temps que l'hystérectomie. Les femmes plus jeunes qui souhaitent des grossesses futures peuvent opter pour une suspension utérine. Cette intervention est classée sous le code 1.RM.74.^[^] *Fixation, utérus et structures environnantes*.

Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité

Âge gestationnel

La durée de la grossesse se mesure à partir du premier jour des dernières menstruations normales. L'âge gestationnel est exprimé en jours entiers ou en semaines entières (p. ex. les événements qui surviennent 280 à 286 jours entiers après le début des dernières menstruations normales se sont produits à 40 semaines de gestation).

L'âge gestationnel est souvent source de confusion lorsque les calculs sont basés sur les dates des menstruations. Pour le calcul de l'âge gestationnel et de la date de l'accouchement à partir de la date du premier jour des dernières menstruations normales, souvenez-vous que le premier jour est considéré comme le jour 0 et non comme le jour 1. Ainsi, les jours 0 à 6 correspondent à « la semaine 0 entière », les jours 7 à 13 à la « semaine 1 entière », et la 40^e semaine de gestation réelle à la « semaine 39 entière ». Lorsque la date des dernières menstruations normales n'est pas disponible, le calcul de l'âge gestationnel devra se baser sur l'estimation clinique la plus fiable. Afin d'éviter toute confusion, les tableaux doivent indiquer les semaines et les jours.

Avant terme

Moins de 37 semaines entières (moins de 259 jours) de gestation.

À terme

De 37 semaines entières à moins de 41 semaines entières de gestation

Après terme

Auparavant, une grossesse était considérée comme après terme à 42 semaines entières de gestation ou 294 jours à partir de la date des dernières menstruations (280 jours à partir de la date de conception). En effet, c'est à partir de cet âge gestationnel que le risque d'évolution fœtale ou néonatale défavorable augmentait, en particulier en ce qui concerne la mortalité périnatale.

On estime désormais que le risque d'issue périnatale défavorable peut augmenter dès 41 semaines. Un code de la catégorie O48 *Grossesse prolongée* peut être sélectionné pour une grossesse qui a dépassé 41 semaines entières, si ces semaines sont désignées comme des dates après terme par le médecin.

Trimestres

Aux fins de la CIM-10-CA, les trimestres sont définis de la façon suivante :

- Le premier trimestre couvre la période allant jusqu'à la treizième semaine de grossesse inclusivement (≤ 13 semaines);
- Le deuxième trimestre couvre la période allant de la quatorzième semaine jusqu'à la vingt-sixième semaine inclusivement (14 à 26 semaines);
- Le troisième trimestre correspond à plus de 26 semaines de grossesse (> 26 semaines).

Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

Asphyxie fœtale et obstétricale

L'asphyxie est un problème dans lequel l'échange de gaz est entravé. Si elle persiste, elle entraîne une hypoxémie progressive. Pendant un travail se déroulant normalement, les contractions utérines causent des diminutions temporaires des échanges de gaz. Après une contraction, une compensation fœtale se produit avec autoréanimation, suivie par une perfusion normale jusqu'à la prochaine contraction. Si ces mécanismes physiologiques compensatoires naturels ne suffisent pas, il en résulte une acidémie hypoxique. Si elle est assez grave et dure assez longtemps, l'acidémie hypoxique peut entraîner une lésion cérébrale et des séquelles neurologiques, des atteintes aux autres organes chez les enfants qui survivent ou même une mort intrapartum ou néonatale.

Le diagnostic d'acidémie hypoxique exige une gazométrie sanguine du cordon ombilical révélant une acidose métabolique (pH inférieur à 7,0 et déficit basal supérieur à 16 mmol/L). L'acidémie hypoxique confirme qu'un épisode d'asphyxie fœtale est survenu. Pour tenter de prédire l'effet de l'asphyxie fœtale sur le nouveau-né, il faut évaluer la gravité et la durée de celle-ci. Le prélèvement de sang provenant du cuir chevelu fœtal pendant le travail ou du cordon ombilical à la naissance fournit une mesure de la gravité de l'acidose métabolique, mais non de sa durée. Une certaine proportion de l'acidémie hypoxique se produit immédiatement avant l'accouchement et dure peu de temps. Dans ce cas, elle risque peu d'entraîner la morbidité ou la mortalité. Toutefois, l'acidose métabolique peut s'accompagner de constats néonataux précis révélant un incident d'asphyxie d'une intensité suffisante pour causer des dommages. Ces conséquences peuvent comprendre une dysfonction de systèmes à organes multiples, des séquelles neurologiques néonatales, tels que l'hypotonie, les convulsions et le coma, et des indices d'Apgar de 0 à 3, pendant cinq minutes ou plus.

Des études cliniques indiquent qu'au moins la moitié des nouveau-nés ayant souffert d'asphyxie ne sont l'objet d'aucune morbidité ou mortalité à court terme ni à long terme. Le but de la surveillance fœtale intrapartum est d'améliorer les issues fœtales en identifiant les fœtus atteints d'acidémie hypoxique à un moment où le processus est encore entièrement réversible, par réanimation intra-utérine ou par provocation de l'accouchement.

Les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommandent de procéder à une gazométrie sanguine du cordon ombilical pour tous les nouveau-nés; « cette pratique pourrait aider à donner au nouveau-né les soins nécessaires à la naissance et à planifier l'étape suivante »^{viii}.

viii. SOGC, « Clinical Practice Guideline—Fetal Health Surveillance in Labour », n° 112, mars 2002.

Voici certaines des causes du manque d'oxygène *avant* ou *pendant* le processus de la naissance (asphyxie fœtale)^{ix} :

- manque d'oxygène dans le sang de la mère;
- hypotension artérielle chez la mère;
- relaxation inadéquate de l'utérus pendant le travail ayant pour effet d'empêcher la circulation de l'oxygène vers le placenta;
- décollement placentaire;
- compression du cordon ombilical;
- placenta remplissant mal ses fonctions en raison d'une grossesse prolongée, ou de problèmes de santé de la mère tels que l'hypertension (éclampsie ou prééclampsie) ou une infection;
- travail prématuré ou prolongé;
- présentation anormale;
- anesthésie générale durant une césarienne.

Voici certaines des causes du manque d'oxygène chez le nouveau-né (asphyxie obstétricale) **après** la naissance:

- anémie sévère limitant la capacité de l'organisme à faire circuler l'oxygène dans le sang;
- hypotension ou état de choc;
- problèmes respiratoires limitant l'entrée d'oxygène;
- maladie du cœur ou des poumons;
- infection;
- prématurité.

Détresse respiratoire du nouveau-né

Le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR), aussi connu sous le nom de « maladie des membranes hyalines », est un syndrome causé par la déficience d'un surfactant se manifestant cliniquement par une détresse respiratoire chez l'enfant prématuré. Le SDR survient presque toujours chez les enfants nés avant la 37^e semaine de grossesse; plus l'enfant est prématuré, plus il risque d'être atteint du SDR. Le surfactant pulmonaire, un mélange de phospholipides et de trois lipoprotéines, est sécrété par les pneumocytes de type II. Si le surfactant fait défaut, le contact air-liquide créé par le film d'eau recouvrant les alvéoles exerce de grandes pressions qui poussent les alvéoles à se refermer. La compliance pulmonaire se trouve réduite, et il est plus difficile pour les poumons rigides de se gonfler. Si elle n'est pas traitée, une grave hypoxémie peut entraîner le dysfonctionnement de plusieurs organes et la mort. Néanmoins, si la ventilation du nouveau-né est soutenue adéquatement, la production de surfactant commencera et le SDR disparaîtra en quatre à cinq jours. Le rétablissement peut être accéléré au moyen d'un traitement par surfactant pulmonaire^x.

ix. Internet : <http://www.ucsfhealth.org/childrens/medical_services/critical/asphyxia/>.

x. Beers, Mark H., et Robert Berkow, *The Merck Manual*, 17^e édition, ed. Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, N.J., 2000, p. 2137.

La tachypnée transitoire du nouveau-né (TTN), également appelée « syndrome du poumon noyé », est une détresse respiratoire accompagnée de respirations rapides et d'hypoxémie causée par un retard dans la réabsorption du liquide pulmonaire chez le fœtus et nécessitant un supplément d'oxygène. Généralement, les nouveau-nés affectés sont nés d'une césarienne à terme ou presque et peuvent avoir subi une détresse périnatale. Le rétablissement requiert habituellement de deux à trois jours^{xi}.

Ictère néonatal

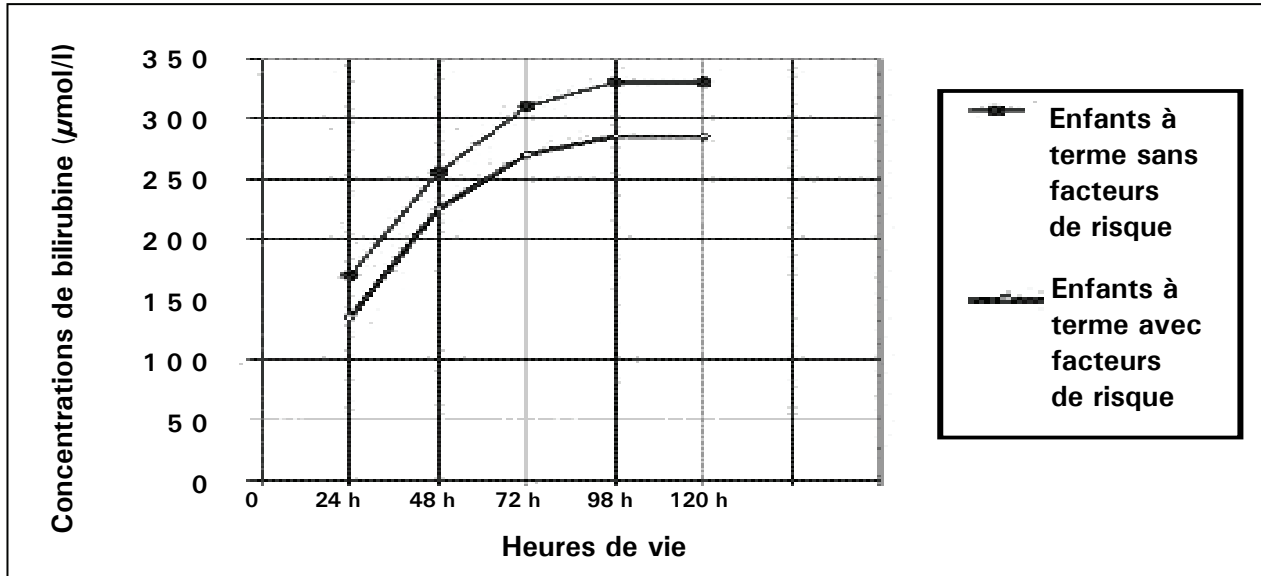
D'après le manuel Merck, l'hyperbilirubinémie néonatale est diagnostiquée lorsque les analyses de laboratoire mettent en évidence une concentration sérique en bilirubine supérieure à 10 mg/dL (171 µmol/L) chez les enfants nés avant terme ou supérieure à 15 mg/dL (257 µmol/L) chez les nouveau-nés à terme. L'ictère physiologique n'a généralement pas d'importance clinique et disparaît en une semaine. La photothérapie, un traitement sûr et efficace de l'hyperbilirubinémie, vise à empêcher l'apparition de niveaux de bilirubine potentiellement toxiques et à réduire la nécessité d'une exsanguinotransfusion. L'effet maximal est obtenu en exposant le nouveau-né à une lumière visible dans les teintes de bleu. Cependant, comme les lumières bleues empêchent de détecter la cyanose, une photothérapie utilisant une lumière blanche à large spectre est souvent préférée.

La Société canadienne de pédiatrie a publié le tableau ci-dessous pour aider les médecins à décider si une photothérapie est nécessaire pour la prise en charge d'une hyperbilirubinémie chez les enfants nés à terme.

Directives pour entreprendre une photothérapie pour traiter l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme, qu'ils présentent ou non des facteurs de risque. Parmi ceux-ci, on remarque un âge gestationnel de moins de 37 semaines, un poids inférieur à 2 500 g à la naissance, une hémolyse, un ictère moins de 24 heures après la naissance, une septicémie et le besoin de réanimation à la naissance^{xii}.

xi. Beers, Mark H., et Robert Berkow, *The Merck Manual*, 17^e édition, ed. Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, N.J., 2000, p. 2141.

xii. Reproduit avec la permission de la Société canadienne de pédiatrie; extrait de la déclaration « Un mode de prise en charge de l'hyperbilirubinémie chez les nourrissons à terme » (FN 98-02), publiée dans *Paediatrics & Child Health*, vol. 4, n° 2 (1999), p.167-170 et sur le site Web de la SCP.



Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Lésions par écrasement

Les lésions par écrasement se caractérisent par une tuméfaction très importante, ainsi que par des ecchymoses de la peau et des tissus mous. Des lésions de dégantage concomitantes et l'absence de pouls sont fréquentes. Il peut y avoir ou non présence de fractures. Une analyse d'urine peut révéler une hémoglobinurie ou une myoglobinurie^{xiii}. Le traitement consiste généralement en une décompression des tissus mous, un parage (débridement) des plaies et un traitement de l'état de choc, si nécessaire, ainsi qu'une fixation de la fracture ou une réparation des autres organes touchés.

xiii. Saunders, Charles E. et Mary T. Ho (éd.), *Current Emergency Diagnosis and Treatment*, 4^e édition, Appleton and Lange, Norwalk, Connecticut, 1992, p. 77-78.

Chapitre XXIII – Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires

Syndrome de la réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique

Le syndrome d'inflammation systémique ou syndrome de la réponse inflammatoire systémique (SRIS) est une réaction clinique à une agression, à une infection ou à un traumatisme impliquant une inflammation systémique, une température élevée ou basse, un pouls et une respiration rapides et un nombre élevé de leucocytes. La collectivité médicale reconnaît le SRIS comme une complication importante d'une infection ou d'un traumatisme. Ce syndrome est fréquemment associé à des séjours à l'unité de soins intensifs. Les symptômes de ce syndrome sont généralement présents chez les personnes souffrant d'une septicémie qui ont été admises à l'unité de soins intensifs. L'étiologie non infectieuse du SRIS comprend les traumatismes, les brûlures, les saignements, l'insuffisance surrénale, l'anaphylaxie, la tamponnade cardiaque, l'anévrisme aortique disséquant ou rompu, la surdose médicamenteuse, l'infarctus du myocarde, le syndrome post circulation extracorporelle et l'embolie pulmonaire^{xiv}.

Une agression de l'organisme provoque l'apparition des signes et des symptômes (p. ex. la fièvre et la leucocytose) d'un syndrome de la réponse inflammatoire systémique (SRIS). Si une infection est responsable du SRIS, l'affection est appelée « septicémie ». Si la septicémie est accompagnée d'un dysfonctionnement d'un ou de plusieurs organes vitaux, l'affection est nommée « septicémie sévère ». Si la septicémie sévère est associée à une hypotension réfractaire pour augmenter le volume sanguin, l'affection est désignée « choc septique »^{xv}.

La présence d'anomalies fonctionnelles dans plus d'un organe vital chez les patients atteints du SRIS est nommée « syndrome de défaillance multiviscérale » (SDMV) et est classée comme une septicémie sévère. De nombreux organes peuvent être impliqués dans ce syndrome clinique. Les organes les plus souvent touchés sont les poumons, les reins, le système cardiovasculaire et le système nerveux central. Une défaillance multiviscérale peut mener à un dysfonctionnement multiviscéral. Le dysfonctionnement viscéral le plus commun (poumons) dans ce cas est le syndrome de détresse respiratoire aiguë.

xiv. Gorbach, Sherwood L. et Matthew Falagas, *5-Minute Infectious Diseases Consult*, 1^{re} édition.

xv. Marino, Paul L., *ICU Book*, 2^e édition.

Annexe B – Interventions signalées

Les interventions énumérées sont des interventions liées aux patients dont on s'attend à ce qu'ils consomment considérablement plus de ressources que les autres cas semblables. Les codes de la CCI dans la liste signaleront les patients auxquels sont associés des coûts élevés. Par la suite, une majoration à la PCR et à la DPDS de base sera calculée. Veuillez prendre note que les interventions mêmes ne représentent pas des coûts élevés. Les interventions signalées ne sont pas utilisées dans l'attribution aux GMA+ et ne font pas partie de la liste de répartition des interventions de la CCI retrouvé à l'intérieur de chaque CCP. Cependant, elles doivent toujours être codifiées, car elles ont des répercussions sur le calcul de la PCR et de la DPDS.

Cardioversion

- | | |
|---------------|---|
| 1.HZ.09.GR-JF | Stimulation, cœur NCA, approche transluminale percutanée (voie veineuse), utilisation d'une électrode avec le choc en courant continu synchronisé |
| 1.HZ.09.JA-FS | Stimulation, cœur NCA, approche externe, utilisation d'un convertisseur/défibrillateur |
| 1.HZ.09.JA-JF | Stimulation, cœur NCA, approche externe, utilisation d'une électrode avec le choc en courant continu synchronisé |

Dialyse

- | | |
|-----------|--------------------------------|
| 1.PZ.21.^ | Dialyse, appareil urinaire NCA |
|-----------|--------------------------------|

Radiothérapie

- | | |
|-----------|--------------------|
| 1.^.^27.^ | Rayonnements, site |
|-----------|--------------------|

Réanimation cardiaque

- | | |
|-----------|-----------------------|
| 1.HZ.30.^ | Réanimation, cœur NCA |
|-----------|-----------------------|

Ventilation artificielle (< 96 heures et ≥ 96 heures)

- | | |
|---------------|---|
| 1.GZ.31.CA-ND | Ventilation, système respiratoire NCA, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP), approche invasive par voie naturelle, par intubation endotrachéale |
| 1.GZ.31.CR-ND | Ventilation, système respiratoire NCA, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP), approche invasive par voie naturelle avec incision pour intubation par trachéostomie |
| 1.GZ.31.GP-ND | Ventilation, système respiratoire NCA, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP), approche transluminale percutanée invasive (par exemple, VTTJ) à l'aide d'une aiguille |

Nutrition parentérale

- 1.LZ.35.HA-C6 Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, nutrition parentérale, approche percutanée par injection
- 1.LZ.35.HH-C6 Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, nutrition parentérale, approche percutanée, par perfusion
- 1.LZ.35.HR-C6 Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, nutrition parentérale, approche interosseuse percutanée, par transcathéter

Chimiothérapie

- 1.ZZ.35.HA-M[^] Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs
- 1.ZZ.35.CA-M[^] Pharmacothérapie, corps entier, voie naturelle (orale), agents anticancéreux et immunomodulateurs
- 1.ZZ.35.YA-M[^] Pharmacothérapie, corps entier, voie NCA [transdermique, etc.], agents anticancéreux et immunomodulateurs

Cell Saver

- 1.LZ.37.LA-FP Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, dispositif extracorporel de récupération du sang (Cell Saver) (intra-opératoire), approche (thorax) ouverte
- 1.LZ.37.GP-QM Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, oxygénation par membrane extracorporelle [OCEC], approche transluminale percutanée (thorax fermé)ⁱ

Pleurocentèse

- 1.GV.52.HA Drainage, plèvre, approche percutanée (à l'aiguille)
- 1.GV.52.HA-HE Drainage, plèvre, utilisation d'un cathéter percutané (intracostal) avec système de drainage à dépression d'eau
- 1.GV.52.HA-TK Drainage, plèvre, utilisation d'un cathéter percutané avec pompe d'aspiration (dépression d'eau ou pression négative)

Paracentèse

- 1.OT.52.HA Drainage, cavité abdominale, approche percutanée (à l'aiguille)
- 1.OT.52.HA-TS Drainage, cavité abdominale, approche percutanée (aiguille) et conservation d'un drain in situ
- 1.OT.52.HH-D1 Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par transcathéter et utilisation d'une solution d'irrigation antiinfectieuse
- 1.OT.52.HH-D2 Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par transcathéter et utilisation d'une solution d'irrigation salée
- 1.OT.52.HH-D3 Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par transcathéter et utilisation d'une autre solution d'irrigation

i. À l'heure actuelle, il ne s'agit pas d'une intervention signalée, mais d'un code nécessaire aux fins de recherches ultérieures sur le regroupement.

Sonde d'alimentation

1.NF.53.BT-TS	Implantation d'un appareil interne, estomac, approche endoscopique par voie naturelle avec incision percutanée, sonde (gastrique)
1.NF.53.BT-QB	Implantation d'un appareil interne, estomac, approche endoscopique par voie naturelle avec incision percutanée, sonde (gastrique) munie d'une valve
1.NF.53.DA-TS	Implantation d'un appareil interne, estomac, approche endoscopique (par laparoscopie), sonde (gastrique)
1.NF.53.DA-QB	Implantation d'un appareil interne, estomac, approche endoscopique (par laparoscopie), sonde (gastrique) munie d'une valve
1.NF.53.HA-TS	Implantation d'un appareil interne, estomac, approche percutanée, sonde (gastrique)
1.NF.53.LA-TS	Implantation d'un appareil interne, estomac, approche ouverte (laparotomie), sonde (gastrique)
1.NF.53.LA-QB	Implantation d'un appareil interne, estomac, approche ouverte (laparotomie), sonde (gastrique) munie d'une valve
1.NK.53.^	Implantation d'un appareil interne, intestin grêle

Dispositif d'accès vasculaire

1.IS.53.^	Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure)
-----------	---

Trachéostomie

1.GJ.77.LA	Pontage avec extériorisation, trachée, approche ouverte (par exemple, incision du cou)
1.GJ.77.LA-LG	Pontage avec extériorisation, trachée, approche ouverte et implant temporaire
1.GJ.77.QB	Pontage avec extériorisation, trachée, voie médiastinale

Annexe C – Historique des changements apportés aux normes de codification

Normes de codification du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)		
<i>Titre en 2005 – Normes de codification des soins ambulatoires</i>		
2007 – La section a été retirée et intégrée dans les autres chapitres des normes.		
Norme de codification	Dates	Explication
Codification des problèmes principaux et secondaires lors des visites en soins ambulatoires	En vigueur depuis 2002, déplacée en 2007	Norme intégrée aux Normes de codification générales de la CIM-10-CA et au chapitre XXI – 2007.
Codification des interventions réalisées pendant les visites en soins ambulatoires	En vigueur depuis 2002, déplacée en 2007	Norme intégrée aux Normes de codification générales de la CCI – 2007.
Codification des visites en soins ambulatoires, services de réadaptation	En vigueur depuis 2002, déplacée en 2007	Norme intégrée au chapitre XXI – 2007.
Codification des visites en soins ambulatoires pour des examens ou des soins de contrôle	En vigueur depuis 2002, déplacée en 2007	Norme intégrée au chapitre XXI – 2007.
Codification des visites en soins ambulatoires en vue d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie	En vigueur depuis 2002, déplacée en 2007	Norme intégrée au chapitre XXI – 2007.
Normes de codification générales de la CIM-10-CA		
Titre en 2006 – Normes de codification générales		
Définition du problème principal et d'un autre problème dans le SNISA	En vigueur depuis 2002, modifié en 2007, 2008	Titre en 2007 : Définition du problème principal et d'un autre problème en soins ambulatoires. Retiré des Normes de codification du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) – 2007.
Codification des problèmes principaux et secondaires dans le SNISA	En vigueur depuis 2002, modifié en 2008	Titre en 2007 : Codification des problèmes principaux et secondaires lors des visites en soins ambulatoires. Retiré des Normes de codification du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) – 2007.

Norme de codification	Dates	Explication
Types de diagnostic pour la BDCP	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008	Titre en 2007 : Définitions des types de diagnostic pour la BDCP. Titre en 2006 : Définitions des types de diagnostic.
Diagnostiques d'importance équivalente	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Spécificité	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003	
Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006	
Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque	En vigueur depuis 2006	
Affections aiguës et chroniques	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	
Conditions imminentes ou menaçantes	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006	
Symptômes ou conditions sous-jacents	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003	
Signes d'appel d'une affection diagnostiquée	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2003	Reportez-vous à la norme de codification « Symptômes ou conditions sous-jacents ».
Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, modifié en 2008	Titre en 2005 : Suspensions d'affections/Diagnostics discutables. Titre en 2001 : Codification des affections suspectées.
Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée	En vigueur depuis 2006, modifié en 2007	
Complications de soins médicaux	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2002	Reportez-vous à la norme de codification « Conditions et complications postopératoires » du chapitre XIX.
Organisation et saisie des complications	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2002	Intégré au chapitre XIX en 2002.
Brûlures et corrosions dues à des substances à usage topique ou à une irradiation	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2002	Intégré au chapitre XIX en 2002.
Complications liées à des prothèses, des implants ou des greffes	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2002	Intégré au chapitre XIX en 2002. Nouveau titre en 2002 : Complications liées aux dispositifs.
Séquelles	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005	

Norme de codification	Dates	Explication
Admissions via le service d'urgence	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007	Titre en 2006 : Admissions via l'urgence.
Sélection des interventions à codifier de la section 1	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Attributs obligatoires	En vigueur depuis 2003, modifié en 2004, supprimé en 2006	Intégré à l'annexe D en 2006.
Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Sélection des interventions à codifier de la section 5	En vigueur depuis 2002, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Codes composés dans la CCI	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Codes multiples dans la CCI	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Interventions annulées	En vigueur depuis 2001, modifié en 2007, 2008	Titre en 2006 : Interventions annulées – Sélection d'un code de diagnostic. Titre en 2005 : Interventions annulées. Titre en 2001 : Procédures annulées.
Interventions de chirurgie d'un jour annulées	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006. Titre en 2001 : Chirurgie ambulatoire annulée.
Interventions abandonnées	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006. Titre en 2001 : Procédures abandonnées.
Changement de plan au cours d'une intervention	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006 Titre en 2001 : Chirurgie modifiée.

Norme de codification	Dates	Explication
Interventions converties	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006. Titre en 2001 : Chirurgie convertie.
Échecs d'intervention	En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Interventions reprises	En vigueur depuis 2003, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Interventions endoscopiques	En vigueur depuis 2001, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006. Titre en 2001 : Endoscopies.
Interventions d'imagerie diagnostique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006. Titre en 2001 : Imagerie diagnostic.
Normes de codification générales de la CCI		
Sélection des interventions à codifier des sections 1, 2 et 3 dans le SNISA	En vigueur depuis 2002, déplacé en 2007, modifié en 2008	Titre en 2007 : Sélection des interventions à codifier des sections 1, 2 et 3 en soins ambulatoires. Retiré du chapitre Normes de codification du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) – 2007. Titre en 2006 : Codification des interventions réalisées pendant les visites en soins ambulatoires.
Sélection des interventions à codifier de la section 1 pour la BDCP	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2007, 2008	Titre en 2006 : Sélection des interventions à codifier de la section 1. Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3 pour la BDCP	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	Titre en 2006 : Sélection des interventions à codifier des sections 2 et 3. Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.

Norme de codification	Dates	Explication
Sélection des interventions à codifier de la section 5	En vigueur depuis 2002, modifié en 2008	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Codes composés dans la CCI	En vigueur depuis 2001	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Codes multiples dans la CCI	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2008	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction	En vigueur depuis 2002, modifié en 2008	Retiré du chapitre XIX en 2006.
Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Contrôle d'une hémorragie	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006	Retiré du chapitre XIX en 2006.
Destruction ou excision de tissu aberrant ou ectopique	En vigueur depuis 2006	
Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse	En vigueur depuis 2006	
Interventions de chirurgie d'un jour annulées	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, supprimé en 2007	Information ajoutée à celle sur les interventions annulées du chapitre Normes de codification générales de la CIM-10-CA – 2007. Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Interventions abandonnées	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2008	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Échecs d'intervention	En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2006, déplacé en 2007	Placé à la suite des Interventions abandonnées – 2007. Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Changement de plan au cours d'une intervention	En vigueur depuis 2001, modifié en 2007	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Interventions converties	En vigueur depuis 2001	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Interventions reprises	En vigueur depuis 2003	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.

Norme de codification	Dates	Explication
Interventions endoscopiques	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Interventions d'imagerie diagnostique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006	Retiré du chapitre Normes de codification générales en 2006.
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires		
Infections	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006	
Micro-organismes résistant aux médicaments	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006	
Septicémie	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2008	
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006, 2007, 2008	Modifié en 2007 : retrait de l'encadré sur l'exception.
Infection à cytomégalovirus (CMV)	En vigueur depuis 2003, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Hépatite virale	En vigueur depuis 2002	
Chapitre II – Tumeurs		
Recherche d'arguments en faveur d'un cancer – Résultats sanguins anormaux	En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, supprimé en 2006	Supprimé en raison d'un changement d'orientation. Reportez-vous à la norme de codification « Dépistage de maladies précises » du chapitre XXI.
Carcinome <i>in situ</i>	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, supprimé en 2006	Supprimé en raison d'un changement d'orientation. Pour la colposcopie, reportez-vous à la norme de codification « Interventions d'imagerie diagnostique » du chapitre Normes de codification générales de la CCI.
Tumeur primitive avec métastases	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007	
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006	
Tumeurs secondaires	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	

Norme de codification	Dates	Explication
Tumeur maligne de siège non précisé	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007	
Tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tissus apparentés	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	Titre en 2005 : Tumeur du tissu lymphatique.
Tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intra-hépatiques	En vigueur depuis 2002, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Précision de la codification des tumeurs	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Tumeurs s'étendant dans les tissus adjacents	En vigueur depuis 2002	
Tumeurs du tissu ectopique	En vigueur depuis 2006	
Tumeurs dont les limites se chevauchent (sites contigus)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Admissions à la suite d'un diagnostic de cancer	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Complications d'une maladie maligne	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006	
Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé car sujet traité dans une réponse à une question posée dans la Base de données en ligne d'interrogation sur la codification.
Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, déplacé en 2007	Intégré au chapitre XXI – 2007. Titre en 2005 : Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes, Utilisation adéquate des codes Z. Titre en 2001 : Antécédents de tumeur maligne.
Admission pour observation Admission pour examen de contrôle	En vigueur depuis 2001, modifié en 2007 et déplacé en 2007	En 2007, intégré au chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé. En 2007, créations de deux normes : Admission pour observation, Admission pour examen de contrôle. Titre en 2006 : Admission pour examen de contrôle après traitement complété d'une tumeur maligne.

Norme de codification	Dates	Explication
Ablation d'un organe à titre prophylactique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, déplacé en 2007	Intégré au chapitre XXI – 2007.
Tumeurs malignes récurrentes	En vigueur depuis 2002, modifié en 2008	
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, déplacé en 2007	Intégré au chapitre XXI – 2007. Titre en 2006 : Admissions en vue d'une chimiothérapie, d'une brachythérapie et/ou d'une radiothérapie – Traitement d'une tumeur maligne. Titre en 2005 : Admissions en vue d'une chimiothérapie et/ou d'une radiothérapie – Traitement d'une tumeur maligne. Titre en 2001 : Admissions uniquement pour chimiothérapie et/ou radiothérapie.
Interventions diagnostiques et thérapeutiques pertinentes à la codification des tumeurs	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	Titre en 2001 : Interventions diagnostiques et chirurgicales concernées par la codification des tumeurs.
Chapitre III – Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et troubles du système immunitaire		
Hémoglobinoïde Constant Spring (Hb CSpr)	En vigueur depuis 2003, supprimé en 2006	Supprimé car sujet traité dans une réponse à une question posée dans la Base de données en ligne d'interrogation sur la codification.
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		
Principes généraux de classification du diabète sucré	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Saisie du diagnostic de diabète sucré	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Sélection du 6 ^e chiffre à partir des tableaux sur le diabète	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2005	
Diabète sans mention de complications	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.

Norme de codification	Dates	Explication
Diabète limite	En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Complications aiguës du diabète	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Complications chroniques du diabète	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Néphropathie diabétique	En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA. Retiré du chapitre XIV en 2003.
Cataractes diabétiques	En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA. Retiré du chapitre VII en 2003.
Diabète avec complications vasculaires	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Arthropathie diabétique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Ulcère du pied et complications multiples liés au diabète	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA. Titre en 2004 : Ulcère du pied lié au diabète.
Diabète sucré	En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008	
Diabète sucré et hyperglycémie	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	
Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	
Coma dans les cas de diabète sucré	En vigueur depuis 2006, modifié en 2007	
Diabète sucré comme comorbidité après l'admission	En vigueur depuis 2006, modifié en 2007	
Diabète sucré lors de la grossesse	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	Titre en 2007 : Diabète sucré et grossesse.
Déshydratation	En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006	

Norme de codification	Dates	Explication
Déficience en acyl-CoA déshydrogénase à chaîne moyenne	En vigueur depuis 2003, supprimé en 2006	Supprimé afin de refléter les changements apportés aux codes de la CIM-10-CA.
Chapitre V – Troubles mentaux et du comportement		
Dépression postnatale	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Chapitre VI – Maladies du système nerveux		
Résection intracrânienne de lésions ou de tumeurs	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Révision des systèmes de dérivation du LCR (ventricule, tronc cérébral, canal rachidien)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Crises d'épilepsie	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2008	
Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008	
Accident vasculaire cérébral	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2002	Intégré au chapitre IX. Reportez-vous à la norme de codification « Ictus cérébraux, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT) ».
Chapitre VII – Maladies de l'œil et de ses annexes		
Cataractes	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Cataractes diabétiques	En vigueur depuis 2002, déplacé en 2003	Déplacé vers le chapitre IV en 2003.
Chapitre VIII – Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde		
Mastoïdectomie	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire		
Cardiopathie rhumatismale	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.

Norme de codification	Dates	Explication
Hypertension et conditions associées	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2007	
Syndrome coronarien aigu (SCA)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2007, 2008	Titre en 2007 : Syndrome coronarien aigu. Intégré au chapitre IX – 2007.
Intervention coronaire percutanée (ICP)	En vigueur depuis 2007, modifié en 2008	Nouvelle norme en 2007.
Traitement thrombolytique	En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008	Intégré au chapitre IX – 2007.
Infarctus aigus du myocarde comme complication d'une intervention chirurgicale et de la période périopératoire	En vigueur depuis 2007	Nouvelle norme en 2007.
Infarctus aigu du myocarde survenant durant la période postopératoire	En vigueur depuis 2007	Nouvelle norme en 2007.
Angine de poitrine	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007	Titre en 2001 : Angor et athérosclérose coronarienne et Angine de poitrine.
Angor et athérosclérose coronarienne	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2002	Reportez-vous à la norme de codification « Angine de poitrine » du chapitre IX.
Angine de poitrine	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2002	Reportez-vous à la norme de codification « Angine de poitrine » du chapitre IX.
Infarctus aigu du myocarde	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, supprimé en 2007	Norme supprimée en 2007, information contenue dans la norme <i>Syndrome coronarien aigu</i> . Sections « Infarctus aigu du myocarde comme complication d'une intervention chirurgicale et de la période périopératoire », et « Infarctus aigu du myocarde survenant durant la période postopératoire » retiré de la norme « Infarctus du myocarde pendant les périodes postopératoire et périopératoire » en 2006
Infarctus du myocarde pendant les périodes postopératoire et périopératoire	En vigueur depuis 2002, déplacé en 2006, supprimé en 2007	Norme supprimée et création de deux nouvelles normes – 2007. Intégré à la norme de codification « Infarctus aigu du myocarde » en 2006.

Norme de codification	Dates	Explication
Cardiopathie ischémique chronique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2007	
Complications des pontages aortocoronariens (PAC)	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006	
Arrêt cardiaque	En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2008	
Cathétérismes cardiaques	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison d'un changement d'orientation. Reportez-vous à la norme de codification « Interventions d'imagerie diagnostic » du chapitre Normes de codification générales de la CCI.
Pacemakers	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Hémorragie cérébrale	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Occlusion et rétrécissement des vaisseaux cérébraux ou précérébraux	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2005, 2006, 2008	Titre en 2001 : Accident vasculaire cérébral. Retiré du chapitre VI en 2002.
Maladie vasculaire périphérique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006	
Anévrismes	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Fibrillation auriculaire postopératoire	En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2006	Titre en 2005 : Fibrillation auriculaire.
Insuffisance cardiaque postopératoire	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006	Titre en 2005 : Insuffisance/ Défaillance cardiaque.
Chapitre X – Maladies de l'appareil respiratoire		
Pneumopathie lobaire	En vigueur depuis 2006	
Bronchopneumopathie chronique obstructive (MPOC)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.

Norme de codification	Dates	Explication
Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2008	
Asthme	En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2005, 2006	
Insuffisance respiratoire	En vigueur depuis 2002, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Épanchement pleural au cours de maladies classées ailleurs	En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Résection d'une masse (polypes) nasale	En vigueur depuis 2002	
Réparations nasales	En vigueur depuis 2002	
Ventilation artificielle	En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008	
Chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif		
Sélection des attributs pour les réparations d'hernie	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008	Titre en 2005 : Hernies.
Gastroentérite et diarrhée	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006	
Varices œsophagiennes hémorragiques	En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006	
Hémorragie digestive	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008	
Hépatite et cirrhose alcoolique du foie	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité et parce que le sujet est traité dans une réponse à une question posée dans la Base de données en ligne d'interrogation sur la codification. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Maladie inflammatoire de l'intestin	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé car ne traite que des types de diagnostics.

Norme de codification	Dates	Explication
Anastomoses gastro-intestinales	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité et changement apporté au code K91.4 de la CIM-10-CA dans la version 2006. Les remarques de la CCI « À codifier aussi » donnent les instructions appropriées à l'utilisateur. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Fibroscopie œsophago-gastro-duodénale diagnostique	En vigueur depuis 2003, modifié en 2008	
Interventions diagnostiques par coloscopie	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007, 2008	Titre en 2005 : Interventions par coloscopie.
Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, déplacé en 2003	Intégré au chapitre XIV en 2003.
Chapitre XII – Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané		
Cellulite	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2007	
Chapitre XIII – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif		
Déchirure du ménisque ou du ligament	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2002	Reportez-vous à la norme de codification « Lésions traumatiques récentes versus anciennes » du chapitre XIX.
Arthrectomie et arthroplastie	En vigueur depuis 2001	
Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau	En vigueur depuis 2001	
Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002	Titre en 2001 : Réduction, fixation et fusion d'une articulation.
Fractures pathologiques	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, supprimé en 2006	Supprimé car le graphique sur les fractures a été combiné aux normes de codification « Fractures pathologiques » et « Fractures de fatigue » afin de créer une seule norme de codification complète sur les fractures. Titre en 2001 : Fractures pathologiques et fractures de stress.

Norme de codification	Dates	Explication
Fractures de fatigue	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, supprimé en 2006	Supprimé car le graphique sur les fractures a été combiné aux normes de codification « Fractures pathologiques » et « Fractures de fatigue » afin de créer une seule norme de codification complète sur les fractures. Titre en 2001 : Fractures pathologiques et fractures de stress.
Fractures	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Arthrose	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	Titre en 2007 : Arthrose bilatérale.
Rétrécissement du canal médullaire	En vigueur depuis 2008	Nouvelle norme en 2008.
Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire		
Néphropathie hypertensive	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Néphropathie diabétique	En vigueur depuis 2002, déplacé en 2003	Intégré au chapitre IV en 2003.
Affections génito-urinaires nécessitant une intervention chirurgicale	En vigueur depuis 2003, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2006	Retiré du chapitre XI en 2003.
Ménorragie comme diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour	En vigueur depuis 2006	
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité		
Âge gestationnel	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Intégré à l'annexe A en 2006.
Trimestres	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Intégré à l'annexe A en 2006.
Mort intra-utérine	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Grossesse se terminant par un avortement	En vigueur depuis 2001, modifié en 2004, 2006	
Poursuite de la grossesse après avortement/Réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008	Titre en 2007 : Avortement avec rétention fœtale.

Norme de codification	Dates	Explication
Complications consécutives à un avortement et à une grossesse extra-utérine ou molaire	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003	
Infection par les streptocoques du groupe B, sujet porteur de streptocoques du groupe B au cours de la grossesse	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2008	
Accouchement complètement normal	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	
Grossesses multiples	En vigueur depuis 2008	Nouvelle norme en 2008.
Sélection du sixième chiffre pour la codification obstétrique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	
Accouchement avec antécédents de césarienne antérieure	En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006	
Organisation des codes de diagnostic en obstétrique	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	
Diabète sucré lors de la grossesse	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, supprimé en 2008	Supprimé. Consultez la norme de codification <i>Diabète sucré lors de la grossesse</i> au chapitre IV.
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique, et problèmes possibles posés par l'accouchement	En vigueur depuis 2001, modifié en 2007	
Rupture prématurée des membranes	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006	
Travail avant terme	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	Titre en 2006 : Accouchement avant terme.
Travail prolongé	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	
Travail trop rapide	En vigueur en 2007	Nouvelle norme en 2007.
Dystocie	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2007	
Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Hémorragie du post-partum	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	
Complications de l'anesthésie au cours du travail et de l'accouchement	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Complications liées aux suites de couche	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Interventions obstétriques	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.

Norme de codification	Dates	Explication
Dilatation et curetage	En vigueur depuis 2001	
Travail latent et travail actif	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Interventions associées à l'accouchement	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007	Titre en 2005 – Interventions lors de l'accouchement.
Chapitre XVI – Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale		
Faible poids à la naissance	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006	
Asphyxie fœtale et obstétricale	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	
Détresse respiratoire du nouveau-né	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Ictère néonatal	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006	
Septicémie néonatale	En vigueur depuis 2002, supprimé en 2006	Supprimé car remplacé par la norme de codification « Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né » le 9 août 2005.
Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né	En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008	
Traumatisme à la naissance	En vigueur depuis 2007	Nouvelle norme en 2007.
Chapitre XVII – Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques		
Anomalies congénitales	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.
Chapitre XVIII – Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs		
Découvertes fortuites	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique. Titre en 2001 : Arythmies cardiaques.
Présyncope	En vigueur depuis 2003, supprimé en 2006	Supprimé en raison de son inutilité. Consultez l'index alphabétique ou la table analytique.

Norme de codification	Dates	Explication
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		
Réactions indésirables et empoisonnements	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008	
Lésion traumatique intracrânienne SAI et lésion traumatique de la tête SAI	En vigueur depuis 2008	Nouvelle norme en 2008.
Fracture du crâne et lésion intracrânienne	En vigueur depuis 2001	
Plaies ouvertes	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Fractures (fermées versus ouvertes)	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Traitement des fractures	En vigueur depuis 2001	
Luxations	En vigueur depuis 2001	
Lésions des vaisseaux sanguins	En vigueur depuis 2001	
Contrôle d'une hémorragie	En vigueur depuis 2002, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Fractures dues à un écrasement	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, supprimé en 2006	
Écrasement d'un organe interne	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	
Lésions importantes	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	
Blessures par écrasement	En vigueur depuis 2006	
Lésions traumatiques bilatérales	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008	
Écrasement touchant plusieurs sites corporels	En vigueur depuis 2001, supprimé en 2006	
Brûlures et corrosions	En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007	
Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Attribution d'un diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour et du problème principal dans le cas de brûlures multiples	En vigueur depuis 2001, modifié en 2008	Titre en 2007 : Attribution d'un diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour dans le cas de brûlures multiples.
Brûlures touchant plusieurs régions corporelles	En vigueur depuis 2001	
Brûlures et corrosions dues à des substances à usage topique ou à une irradiation	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006	

Norme de codification	Dates	Explication
Ordre de codification des lésions multiples en fonction du degré de gravité	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008	
Attribution de codes pour un type unique de blessure touchant une ou plusieurs régions corporelles	En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, supprimé en 2006	Titre en 2001 : Attribution de codes pour un type unique de blessure touchant plusieurs régions corporelles.
Attribution de codes pour plusieurs lésions superficielles	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	
Attribution de codes pour plusieurs types de lésions importantes touchant une seule région corporelle	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008	Titre en 2007 : Attribution de codes pour plusieurs types de lésions touchant une seule région corporelle.
Attribution de codes pour plusieurs types de lésions importantes touchant plusieurs régions corporelles	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008	Titre en 2007 : Attribution de codes pour plusieurs types de lésions touchant plusieurs régions corporelles.
Utilisation des codes de lésions traumatiques multiples (sous-catégorie du quatrième caractère 7)	En vigueur depuis 2003, supprimé en 2006	
Codification des lésions multiples non spécifiques – Visites à l'urgence	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006	Titre en 2005 : Codification de lésions traumatiques multiples non spécifiques dans le cadre des visites à l'urgence et des sorties de patient. Titre en 2001 : Saisie de blessures multiples pour une consultation à l'urgence et décès d'un patient à l'hôpital.
Complications précoces de traumatismes	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Lésions traumatiques récentes versus anciennes	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006	
Conditions et complications postopératoires	En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008	
Complications de soins chirurgicaux et médicaux, NCA	En vigueur depuis 2003, modifié en 2008	
Signes et symptômes postopératoires	En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2008	
Rejet ou échec d'organes, de greffons et de lambeaux transplantés	En vigueur depuis 2002, modifié en 2006	Titre en 2005 : Rejet/Échec/Infection d'organes, de greffons et de lambeaux transplantés.
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2008	Titre en 2001 : Complications de dispositifs.

Norme de codification	Dates	Explication
Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction	En vigueur depuis 2002, déplacé en 2006	Intégré au chapitre Normes de codification générales de la CCI en 2006.
Organisation et saisie des complications	En vigueur depuis 2001	
Hémorragie, perforation ou lacération durant une intervention	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	
Corps étrangers intravasculaires	En vigueur depuis 2006	
Chapitre XX – Causes externes de morbidité et de mortalité		
Codes de causes externes	En vigueur depuis 2001	
Lieu de l'événement	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Type d'activité	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé		
Évaluation préalable au traitement	En vigueur en 2002, modifié en 2007, 2008	Titre en 2007 : Évaluation préopératoire Retiré du chapitre II – 2007.
Admission pour observation	En vigueur en 2003, modifié en 2006, 2007	Retiré du chapitre II – 2007.
Admission pour examen de contrôle	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007, 2008	Titre en 2006 : Observation ou examen de contrôle.
Admission pour convalescence	En vigueur depuis 2008	Nouvelle norme en 2008.
Dépistage de maladies précises	En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2008	
Ablation d'un organe à titre prophylactique	En vigueur en 2001, modifié en 2006, déplacé en 2007	Retiré du chapitre II – 2007.
Codification des visites dans le SNISA, services de réadaptation	En vigueur en 2002, modifié en 2006, 2008	Titre en 2007 : Codification des visites en soins ambulatoires, services de réadaptation. Retiré des Normes de codification du Système national d'information sur les soins ambulatoires – 2007.
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2008	Titre en 2006 : Admission en vue de l'administration d'une pharmacothérapie. Titre en 2001 : Admission pour chimiothérapie.
Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007	

Norme de codification	Dates	Explication
Admission pour transfusion sanguine	En vigueur depuis 2001, modifié en 2007	
Soins palliatifs	En vigueur depuis 2008	Nouvelle norme en 2008.
Nourrissons et mères en pension à l'hôpital	En vigueur depuis 2001, modifié en 2006	Titre en 2005 : Nourrissons en pension à l'hôpital.
Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes	En vigueur en 2001, modifié en 2002, 2006, 2007, 2008	Retiré du chapitre II – 2007.
Chapitre XXIII – Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires		
Syndrome d'inflammation systémique	En vigueur depuis 2006, modifié en 2008	

Annexe D – Attributs obligatoires de la CCI

(en vigueur depuis 2006)

Les attributs sont obligatoires pour les raisons suivantes :

- ils ont une incidence sur l'attribution aux GMA + ;
- ils donnent les détails nécessaires non fournis dans la structure générique du code de la CCI.

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.BF.59.^	Destruction, nerfs sympathiques		✓	
1.FU.87.^	Excision partielle, glande thyroïde		✓	
1.FU.89.^	Excision totale, glande thyroïde		✓	
1.FV.87.^	Excision partielle, glande parathyroïde		✓	
1.GJ.77.^	Pontage avec extériorisation, trachée	✓		
1.GT.85.^	Transplantation, poumon NCA		✓	
1.GZ.31.^	Ventilation, système respiratoire NCA			✓
1.HD.53.^	Implantation d'un appareil interne, endocarde			✓
1.HZ.53.^	Implantation d'un appareil interne, cœur NCA			✓
1.IJ.50.^	Dilatation, artères coronaires	✓		✓
1.IJ.54.^	Gestion d'un appareil interne, artères coronaires			✓
1.IJ.55.^	Retrait d'un appareil, artères coronaires			✓
1.IJ.57.^	Extraction, artères coronaires			✓
1.IJ.76.^	Pontage, artères coronaires			✓
1.IM.51.^	Occlusion, artère pulmonaire			✓
1.IN.51.^	Occlusion, veine pulmonaire			✓
1.JE.51.^	Occlusion, artère carotide			✓
1.JJ.51.^	Occlusion, tronc artériel brachiocéphalique			✓
1.JK.51.^	Occlusion, artère sous-clavière			✓

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.JL.51.^	Occlusion, artère mammaire interne			✓
1.JM.51.^	Occlusion, artères du bras NCA			✓
1.JW.51.^	Occlusion, vaisseaux intracrâniens			✓
1.JX.51.^	Occlusion, autres vaisseaux de la tête, du cou et de la colonne vertébrale NCA			✓
1.JY.51.^	Occlusion, vaisseaux thoraciques NCA			✓
1.KE.51.^	Occlusion, artères abdominales NCA			✓
1.KG.51.^	Occlusion, artères de la jambe NCA			✓
1.KQ.51.^	Occlusion, veines abdominales NCA			✓
1.KT.51.^	Occlusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière			✓
1.NK.87.^	Excision partielle, intestin grêle		✓	
1.NM.87.^	Excision partielle, gros intestin		✓	
1.NV.89.^	Excision totale, appendice	✓		
1.OA.87.^	Excision partielle, foie		✓	
1.PB.87.^	Excision partielle, glande surrénale		✓	
1.PB.89.^	Excision totale, glande surrénale		✓	
1.PL.74.^	Fixation, col vésical	✓		
1.QM.89.^	Excision totale, testicule		✓	
1.RB.89.^	Excision totale, ovaire NCA		✓	
1.RF.51.^	Occlusion, trompe de Fallope NCA		✓	
1.RF.59.^	Destruction, trompe de Fallope NCA		✓	
1.RF.89.^	Excision totale, trompe de Fallope NCA		✓	
1.RM.87.^	Excision partielle, utérus et structures environnantes			✓

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.RS.80.^	Réparation, vagin NCA	✓	✓	
1.SC.55.^	Retrait d'un appareil, vertèbres		✓	
1.SC.74.^	Fixation, vertèbres		✓	
1.SC.75.^	Fusion, vertèbres		✓	
1.SC.80.^	Réparation, vertèbres		✓	
1.SC.87.^	Excision partielle, vertèbres		✓	
1.SC.89.^	Excision totale, vertèbres		✓	
1.SE.53.^	Implantation d'un appareil interne, disque intervertébral		✓	
1.SE.55.^	Retrait d'un appareil, disque intervertébral		✓	
1.SE.59.^	Destruction, disque intervertébral		✓	
1.SE.87.^	Excision partielle, disque intervertébral		✓	
1.SE.89.^	Excision totale, disque intervertébral		✓	
1.SQ.53.^	Implantation d'un appareil interne, bassin	✓	✓	
1.SY.80.^	Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen	✓	✓	
1.TA.53.^	Implantation d'un appareil interne, articulation de l'épaule	✓	✓	
1.TA.55.^	Retrait d'un appareil, articulation de l'épaule		✓	
1.VA.53.^	Implantation de appareil interne, articulation de la hanche	✓	✓	
1.VA.55.^	Retrait d'un appareil, articulation de la hanche		✓	
1.VG.53.^	Implantation d'un appareil interne, articulation du genou	✓	✓	✓

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.VG.55.^	Retrait d'un appareil, articulation du genou		✓	
1.VP.53.^	Implantation d'un appareil interne, rotule	✓	✓	
1.VP.55.^	Retrait d'un appareil, rotule		✓	
1.WJ.87.^	Excision partielle, articulations tarsométatarsiennes, métatarses et articulations métatarsophalangiennes [avant-pied]		✓	
1.YM.79.^	Réparation d'augmentation, sein	✓		
1.YM.87.^	Excision partielle, sein		✓	
1.YM.88.^	Excision partielle avec reconstruction, sein		✓	
1.YM.89.^	Excision totale, sein		✓	
1.YM.90.^	Excision totale avec reconstruction, sein		✓	
1.YM.91.^	Excision radicale, sein		✓	
1.YM.92.^	Excision radicale avec reconstruction, sein		✓	
2.AZ.02.^	Examen psychiatrique	✓		✓
2.NK.70.^	Inspection, intestin grêle		✓	
2.NK.71.^	Biopsie, intestin grêle		✓	
2.NM.70.^	Inspection, gros intestin		✓	
2.NM.71.^	Biopsie, gros intestin		✓	
2.ZZ.02.^	Évaluation (examen), corps entier	✓		
5.CA.90.^	Réduction sélective de fœtus			✓
6.AA.10.^	Consultation, santé mentale			✓
6.AA.30.^	Traitement, santé mentale			✓

Annexe E – Règles de vérification des classifications

Règles de vérification relatives au poids

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Nouveau-né de faible poids à la naissance, pas de code P07 Modifié en 2007	07 03 57	Si le code d'entrée est « N » (nouveau-né) et le poids à la naissance est supérieur à 0001 g et inférieur à 2 500 g, un code de diagnostic P07.0 ou P07.1 doit être inscrit avec le type de diagnostic M, 1, W, X ou Y. Le système remplace le poids par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».

Règles de vérification relatives au diagnostic

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Utilisation incorrecte des codes E10, E11, E13 et E14	10 00 54	Les catégories E10, E11, E13 et E 14 s'excluent mutuellement. Seule l'une d'entre elles peut être inscrite sur l'abrégé. Le système remplace les données par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Utilisation incorrecte des codes I10, I11, I12, I13 et I15	10 00 55	Les catégories I10, I11, I12, I13 et I15 s'excluent mutuellement. Seule l'une d'entre elles peut être inscrite sur l'abrégé. Le système remplace tous les types et codes de diagnostic (I10, I11, 112, 113 et I15) par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Diagnostic de type 9 manquant	10 00 56	Le code J95.1 ou J95.2 est inscrit, mais le type de diagnostic 9 correspondant (chapitre XX – Causes externes de morbidité et de mortalité) ne l'est pas. Le système remplit le premier champ du diagnostic vide par « ZZZZZZ » et inscrit 9 dans la case du type de diagnostic. S'il n'y a pas de diagnostic vide, seul un message d'erreur est émis. Le système remplace les données par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Utilisation incorrecte des codes N18, N19 et N26	10 00 57	<p>Si le code de diagnostic de trois caractères I10 est jumelé à n'importe quel type de diagnostic, les codes de diagnostic de trois caractères N18, N19 et N26 jumelés à n'importe quel type de diagnostic ne peuvent être inscrits sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace les données par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Utilisation incorrecte des codes N18, N19 et N26	10 00 58	<p>Si le code de diagnostic de trois caractères I11 est jumelé à n'importe quel type de diagnostic, les codes de diagnostic de trois caractères N18, N19 et N26 jumelés à n'importe quel type de diagnostic ne peuvent être inscrits sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace les données par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Utilisation incorrecte des codes K92.0 à K92.2	10 00 60	<p>Si le code de diagnostic A09, I98.20, K22.6, K25.0, K25.2, K25.4, K25.6, K26.0, K26.2, K26.4, K26.6, K27.0, K27.2, K27.4, K27.6, K28.0, K28.2, K28.4, K28.6, K29.0, K31.80, K55.20 ou K63.80 est inscrit en combinaison avec n'importe quel code de diagnostic, le code de diagnostic K92.0, K92.1 ou K92.2 ne peut être inscrit en combinaison avec le type de diagnostic M, 1, 2, 3, W, X ou Y sur le même abrégé. Il pourrait s'agir d'une double codification.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Utilisation incorrecte des codes A41, J13 à J15 et J18	10 00 61	<p>Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque : L'entrée d'index « Pneumonie/au cours de/septicémie » appuie la codification de A41 en combinaison avec J17*.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Utilisation incorrecte du code E86.0 Déshydratation	10 00 62	<p>Le code E86.0 (diagnostic principal) est inscrit en combinaison avec un code de trois caractères de la catégorie K52 ou A09 ou les codes A02.0, A05.9, A07.2, A08.0 à A08.5, J10.8 ou J11.8 et n'importe quel type de diagnostic. Il pourrait s'agir d'un non-respect de la norme de codification (Gastroentérite et diarrhée).</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Combinaison invalide du sixième caractère des codes d'obstétrique	10 00 63	<p>Si le premier caractère de plusieurs codes de diagnostic en obstétrique est « O », le sixième chiffre de tous les codes d'obstétrique doit être identique, à l'exception des sixièmes chiffres 1 et 2, qui peuvent figurer sur le même abrégé.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Codes T20 à T29 inscrits mais diagnostic manquant	10 00 64	<p>Les codes de diagnostic de trois caractères T20 à T29 sont inscrits en combinaison avec n'importe quel type de diagnostic, mais le code de diagnostic T31 ou T32 ne l'est pas.</p> <p>Le système remplace les données du premier champ par « ZZZZ ».</p>
Utilisation incorrecte du code R40.29	10 00 65	<p>L'un des codes de diagnostic de trois caractères de E10 à E14 est inscrit en combinaison avec n'importe quel type de diagnostic. Par conséquent, le code de diagnostic R40.29 jumelé au type de diagnostic 1, 2, 3, W, X ou Y ne peut pas apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Combinaison invalide des codes de diagnostic O75.701, O66.401 et O34.201	10 00 66	<p>Les codes O75.701, O66.401 et O34.201 s'excluent mutuellement. Seul l'un d'entre eux peut être inscrit sur l'abrégé.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Utilisation incorrecte des codes J44.0 à J44.9	10 00 67	<p>Les codes de diagnostic J44.0, J44.1, J44.8 ou J44.9 jumelés au type de diagnostic M, 1, 2, 3, W, X ou Y ne peuvent pas apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace tous les codes de diagnostic de la catégorie J44 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Utilisation incorrecte du code S02.6	10 00 68	<p>Plusieurs codes de diagnostic de la catégorie S02.6 ont été inscrits. Le sixième caractère de tous ces codes doit être le même.</p> <p>Le système remplace tous les codes de la catégorie S02.6 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Utilisation de plusieurs codes de diagnostic de la catégorie T31	10 00 69	<p>Plusieurs codes de trois caractères de la catégorie T31 ne peuvent être inscrits sur le même abrégé. Il s'agit d'un non-respect de la norme de codification (Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure).</p> <p>Le système remplace tous les codes de diagnostic de la catégorie T31 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Utilisation de plusieurs codes de diagnostic de la catégorie T32	10 00 70	<p>Plusieurs codes de trois caractères de la catégorie T32 ne peuvent être inscrits sur le même abrégé. Il s'agit d'un non-respect de la norme de codification (Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure).</p> <p>Le système remplace tous les codes de diagnostic de la catégorie T32 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Utilisation incorrecte des codes I50 et J81	10 00 71	<p>Le code de diagnostic de trois caractères I50 jumelé avec le type de diagnostic M, 1, 2, 3, W, X ou Y ne peut pas apparaître sur le même abrégé que le code de trois caractères J81 jumelé au type de diagnostic M, 1, 2, 3, W, X ou Y.</p> <p>Le système remplace le code de diagnostic J81 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Utilisation incorrecte des codes A40 à A41 et U97 (Syndrome de réponse inflammatoire systémique)	10 00 72	<p>Les codes de diagnostic de trois caractères A40 et A41 jumelés avec n'importe quel type de diagnostic ne peuvent pas apparaître sur le même abrégé que le code de trois caractères U97 jumelé au type de diagnostic M, 1, 2, 3, W, X ou Y.</p> <p>Le système remplace le code de diagnostic U97 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Utilisation incorrecte du code E15	10 00 73	<p>Les codes de diagnostic de trois caractères E10 à E14 jumelés avec n'importe quel type de diagnostic ne peuvent pas apparaître sur le même abrégé que le code E15 jumelé avec n'importe quel type de diagnostic.</p> <p>Le système remplace le code de diagnostic E15 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Utilisation du I21 ou I240 sans le code R943 Nouveau en 2008	10 00 78	Lorsqu'un code de diagnostic de la catégorie I21.- ou que le code I24.0 est inscrit sur l'abrégé avec n'importe quel type de diagnostic, le code de diagnostic R94.30, R94.31 ou R94.38 doit être inscrit sur le même abrégé à titre de diagnostic de type (3). Le système remplace les codes de diagnostic I21.- ou I24.0 par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Utilisation incorrecte des codes P700, P701 et P704 Nouveau en 2008	10 00 79	Les codes P70.0, P70.1 et P70.4 s'excluent mutuellement. Seul l'un d'entre eux peut être inscrit sur l'abrégé. Le système remplace les codes de diagnostic P70.0, P70.1 et P70.4 par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Utilisation incorrect du code S02	10 02 61	Si le code du diagnostic principal est S02 (code de trois caractères), le code de diagnostic de trois caractères S06 ne peut pas être jumelé au type de diagnostic 1, 2, 3, W, X ou Y sur le même abrégé. Le système remplace le diagnostic principal par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Doit être un diagnostic de type 3	10 02 81	Le code n'est pas un type de diagnostic valide important. Le système remplace le code de diagnostic par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Doit être un diagnostic de type 0, 3 ou 6	10 02 82	Les codes à astérisque doivent être inscrits sur le même abrégé que les types de diagnostic 0, 3 ou 6. Le système remplace le type de diagnostic par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Code B24 inscrit en combinaison avec la maladie infectieuse responsable de la plus grande proportion du séjour	10 02 88	La codification ne respecte pas la norme de codification sur le VIH. Toute maladie infectieuse classifiable sous les codes A00 à B19, B25 à B49, B99, C46, C81 à C96 ou J12 à J18 doit être considérée comme une conséquence directe de la maladie due au VIH déclarée. Le système remplace le diagnostic principal par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
R75 ou Z21 inscrit en combinaison avec B24	10 02 89	<p>Les catégories R75 ou Z21 et B24 s'excluent mutuellement et ne peuvent pas apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace les codes R75 et Z21 ainsi que le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
R73.0 ou R73.9 inscrit avec un code de la plage E10 à E14	10 02 90	<p>Les codes R73.0 ou R73.9 et les codes des catégories E10 à E14 s'excluent mutuellement. Ils ne peuvent donc pas apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace le code R73.0 ou R73.9 et le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Code de diabète sans mention de complication combiné avec d'autres complications Modifié en 2008	10 02 91	<p>Si un code de diagnostic de l'une des sous-catégories E10.9, E11.9, E13.9 ou E14.9 (Diabète sucré sans mention de complication) est inscrit, aucun autre code de diagnostic de trois caractères des catégories E10, E11, E13 ou E14 ne peut apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Les diagnostics de transfert (W, X ou Y) et les codes E10.63, E11.63, E13.63, E14.63 (hypoglycémie) et E10.11, E11.11, E13.11, E14.11 (acidose lactique) font exception à cette règle.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Combinaison d'un AIT et d'un AVC invalide Modifié en 2008	10 02 92	<p>Si l'un des codes de la plage 160 à 164 est inscrit, le code G45.9 (Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision) ne devrait pas apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Affections à la fois aiguës et chroniques	10 02 93	<p>La laryngite aiguë (J04) et la laryngite chronique (J37.0) ne doivent pas être désignées comme des <u>types de diagnostic importants</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace le code J37.0 et le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Affections à la fois aiguës et chroniques	10 02 93	<p>La trachéite aiguë (J04.1) et la trachéite chronique (J42) ne doivent pas être désignées comme des <u>types de diagnostic importants</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace le code J42 et le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Affections à la fois aiguës et chroniques	10 02 93	<p>La cholécystite aiguë (K81.0) et la cholécystite chronique (K81.1) ne doivent pas être désignées comme des <u>types de diagnostic importants</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace le code K81.1 et le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Affections à la fois aiguës et chroniques	10 02 93	<p>La laryngo-trachéite aiguë (J04.2) et la laryngo-trachéite chronique (J37.1) ne doivent pas être désignées comme des <u>types de diagnostic importants</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace le code J37.1 et le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Autres maladies codifiées avec MPOC	10 02 94	<p>Si le code de trois caractères J44 est inscrit, peu importe le type de diagnostic, les codes de trois caractères J41, J42, J42, J45, J60-J68 et J70 ne peuvent être inscrits à titre de types de diagnostics M, 1, 2, 3, W, X ou Y.</p> <p>Le système remplace le code de la catégorie J41, J42, J43, J45, J60 à J68 ou J70 et le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Autres troubles respiratoires codifiés avec une maladie respiratoire chez l'adulte	10 02 95	<p>Les catégories J80 and J96 s'excluent mutuellement (comme le précise la remarque sur les termes exclus du code J96) et ne doivent pas apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace le code J96 et le type de diagnostic correspondant par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Non-concordance entre le diagnostic principal et l'intervention	10 02 97	Si le code de l'intervention principale est 1.VG.53 (code de cinq caractères sur une intervention au genou), le code de trois caractères du diagnostic principal M16 (Coxarthrose [arthrose de la hanche]) ne peut pas être inscrit. Le système remplace le diagnostic principal par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Non-concordance entre le diagnostic principal et l'intervention	10 02 97	Si le code de l'intervention principale est 1.VA.53 (code de cinq caractères sur une intervention à la hanche), le code de trois caractères du diagnostic principal M17 (Gonarthrose [arthrose du genou]) ne peut pas être inscrit. Le système remplace le diagnostic principal par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Code du diagnostic principal de 000 à 008, sans le sixième caractère « 9 »	10 02 98	Si le diagnostic principal est un code de 000 à 008 (Grossesse se terminant par un avortement) et des codes des catégories 010-016, 021-028, 030-045, 061-066, 070-071, 074-075, 089, 095, 098 et 099 sont inscrits, ces codes doivent avoir le sixième caractère « 9 ». Ceci n'est qu'un message d'avertissement. Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.
Diagnostic de type 2 invalide	10 04 51	Les codes de diagnostic C00 à D48 ne peuvent pas être jumelés au type de diagnostic 2. Le système remplace le type de diagnostic par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Diagnostic de type 2 invalide Modifié en 2008	10 04 51	Les codes de la plage E10 à E11 ou le code E14 (à l'exception de E10.63, E11.63, E14.63, E10.11, E11.11 et E14.11) ne peuvent pas être jumelés au type de diagnostic 2. Le système remplace le type de diagnostic par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Diagnostic de type 2 invalide	10 04 51	Les codes de la plage I10 à I13 (hypertension) ne doivent jamais être jumelés au type de diagnostic 2. Le système remplace le type de diagnostic par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Diagnostic de type 2 invalide	10 04 51	Le code de diagnostic B24 ne doit pas être jumelé au type de diagnostic 2. Le système remplace le type de diagnostic par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Diagnostic de type 2 invalide	10 04 51	Les catégories J41 à J45 font référence à des affections chroniques et ne doivent jamais être jumelées au type de diagnostic 2. Le système remplace le type de diagnostic par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Diagnostic de type 2 invalide	10 04 51	Les codes de la catégorie Z75 (Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé) ne doivent jamais être inscrits à titre de diagnostic de type 2 sur l'abrégé. Le système remplace le type de diagnostic 2 par « Z ». Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».
Diagnostic de type 3 douteux	10 04 52	Les codes de diagnostic de trois caractères T31 et T32 ne peuvent pas être jumelés au type de diagnostic 3. Ceci n'est qu'un message d'avertissement. Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.

Règles de vérification relatives à l'intervention

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Utilisation incorrecte des codes 1.SC.74, 1.SC.75 et 1.SC.80 Modifié en 2008	11 02 58	La fusion des vertèbres (1.SC.75) l'emporte sur la fixation (1.SC.74) et la réparation (1.SC.80) des vertèbres lorsqu'elle est pratiquée au cours du même épisode opératoire. Lorsque le code 1.SC.74 est inscrit, il n'est pas nécessaire d'inscrire un des codes de la catégorie 1.SC.80 lorsque l'intervention est pratiquée sur le même site. Ceci n'est qu'un message d'avertissement. Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Erreur d'attribut de lieu pour le code 1.SY.80	11 02 59	<p>Si le code du diagnostic principal est K40, K41, K42, K43, K45 ou K46 (codes de trois caractères sur l'hernie) et que celui de l'intervention principale est 1.SY.80 (code de cinq caractères), l'attribut de lieu de l'intervention ne peut pas être « 0 » (Non applicable).</p> <p>Le système remplace l'intervention principale et l'attribut de lieu de l'intervention par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Intervention au moment de l'accouchement codifié avec un diagnostic post-partum	11 02 60	<p>Si le premier caractère du code de diagnostic d'obstétrique est « O » et le sixième, « 4 », ou si un code de diagnostic de trois caractères de la catégorie Z39 est inscrit, il ne peut s'agir des codes de cinq caractères de l'intervention au cours de l'accouchement 5.MD.50 à 5.MD.60.</p> <p>Le système remplace l'intervention et les attributs par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Interventions autres qu'obstétriques avec diagnostic principal de la catégorie 000 Modifié en 2008	11 02 64	<p>Un code de la CCI à cinq caractères, 1RD89, 1RF52, 1RF56, 1RF80, 1RF87 ou 1RF89 a été inscrit avec un diagnostic principal de la catégorie 000.</p> <p>Ceci n'est qu'un message d'avertissement.</p> <p>Les données telles qu'enregistrées sur l'abrégé restent pareilles.</p>
Déclenchement du travail en vue d'un avortement Nouveau en 2008	11 02 65	<p>Lorsque qu'un code d'intervention de la catégorie 5CA88 (interruption pharmacologique de grossesse) ou 5CA89 (interruption de grossesse par chirurgie) est inscrit, un code de la catégorie 5AC30 (déclenchement du travail) ne pas doit être inscrit.</p> <p>Le système remplace l'intervention 5AC30 par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>
Attribut de situation A de la CCI invalide, intervention principale	11 03 51	<p>L'attribut de situation A (abandonnée) ne peut pas être jumelé au code de l'intervention principale.</p> <p>Le système remplace l'intervention principale et l'attribut de situation par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>

Annexe F1 – Références aux diagnostics de type (3) obligatoires énoncés dans les normes

Norme	Énoncé principal	Raison
Normes de codification générales de la CIM-10-CA		
Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque	Attribuez le type de diagnostic (6) ou (3) aux codes à astérisque selon les définitions des types de diagnostic.	Étant donné qu'il s'agit d'une convention de la CIM-10-CA, les deux codes sont nécessaires. Les codes à astérisque contiennent de l'information sur une maladie généralisée sous-jacente et sur une manifestation dans un organe ou un siège en particulier qui représente un problème clinique en soi.
Interventions annulées	Lorsqu'une intervention est annulée en raison d'une contre-indication et que le patient reçoit un traitement pour cette contre-indication : <ul style="list-style-type: none"> vous devez inscrire la contre-indication à titre de diagnostic principal et le code Z53.0 comme type de diagnostic (3). 	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires		
Septicémie	Lorsque le patient présente une septicémie classée dans l'une des catégories suivantes : <ul style="list-style-type: none"> 003-005 Grossesse se terminant par un avortement (avec le cinquième chiffre .0 ou .5) 007.3 Échec d'une tentative d'avortement, avec complications 008.0 Infection de l'appareil génital et des organes pelviens, consécutive à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou molaire 	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Raison
Septicémie (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • O75.3– Autres infections au cours du travail • O85.– Septicémie puerpérale • O98.– Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (avec le quatrième caractère .2, .5 ou .8) • T80.2 Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion • T81.4 Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs • T88.0 Septicémie consécutive à une vaccination • T82-T85 Infections et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant ou une greffe <p>Assignez le code approprié, selon la liste ci-dessus, comme diagnostic significatif.</p> <p>Assignez un code supplémentaire obligatoire pour le type précis de septicémie, comme diagnostic de type (3), afin de préciser le micro-organisme responsable de la septicémie.</p> <p>Attribuez un code de cause externe des rubriques Y60 à Y89, s'il y a lieu.</p>	

Norme	Énoncé principal	Raison
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Dans le cas des patients admis et sortis le même jour pour une chimiothérapie prophylactique primaire, en raison d'une infection par le VIH, sélectionnez le code Z29.2 <i>Autres mesures de chimiothérapie prophylactique</i> comme diagnostic principal avec le code Z21 <i>Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</i> comme diagnostic de type (3) supplémentaire.	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre II – Tumeurs		
Tumeurs secondaires	Lorsque le traitement mis en place concerne uniquement un site secondaire, la tumeur secondaire doit être codifiée en tant que diagnostic principal. Vous devez attribuer un code supplémentaire (obligatoire) afin de désigner le siège de la tumeur primitive, c'est-à-dire un code du chapitre II ou de la série Z85.- <i>Antécédents personnels de tumeur maligne</i> .	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Tumeurs secondaires	Lorsque le siège primitif correspond à un code du chapitre II, assigner le type de diagnostic selon les définitions sur le type de diagnostic. Lorsque le siège primitif de la tumeur est identifié avec un code de la catégorie Z85.-, assignez un diagnostic de type (3).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Complications d'une maladie maligne	Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'une complication précise d'une tumeur, et que le traitement n'est pas axé sur la tumeur même, codifiez la complication comme le diagnostic principal. Attribuez à la tumeur maligne le type de diagnostic (3).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Raison
Complications d'une maladie maligne	Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'un effet secondaire résultant d'un traitement contre le cancer, codifiez l'effet secondaire comme le diagnostic principal. Attribuez le type de diagnostic (3) à la tumeur maligne.	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Tumeurs malignes récurrentes	Utilisez un code de la plage C00 à C75 si la tumeur maligne primitive qui avait été éradiquée réapparaît dans le même organe ou tissu. Inscrivez un code supplémentaire, obligatoire, de la catégorie Z85.– Antécédents personnels de tumeur maligne comme diagnostic de type (3).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		
Diabète sucré	Lorsqu'il y a instruction d'utiliser un « code supplémentaire » à un code de diabète, assignez un code supplémentaire selon l'affection. Assignez le type de diagnostic (6) ou (3) au code sous la directive « utiliser un code supplémentaire » selon les définitions sur les types de diagnostics.	Cette directive fournit plus de détails sur la codification du diabète. Elle doit être suivie.
Diabète sucré et hyperglycémie	Lorsqu'il y a évidence d'un taux de glycémie plus grand que ou égal à 14,0 mmol/L (le taux le plus élevé), inscrivez un code de la catégorie R73.8–2 Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grande que ou égale à 14.0 mmol/L comme diagnostic de type (3). Utilisez les résultats de n'importe quel système de surveillance de la glycémie, dont les glucomètres.	Renseignements supplémentaires décrivant la gravité de la condition selon le niveau de contrôle et importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Raison
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire		
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Lorsqu'un code de la catégorie I21.- <i>Infarctus aigu du myocarde</i> ou le code I24.0 <i>Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde</i> est inscrit, il est obligatoire d'ajouter un code de la sous-catégorie R94.3- <i>Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires</i> à titre de type de diagnostic (3).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Infarctus aigus du myocarde comme complication d'une intervention chirurgicale et de la période périopératoire	Sélectionnez le code I21.- <i>Infarctus aigu du myocarde</i> comme type de diagnostic (2) lorsqu'il s'agit d'un infarctus du myocarde qui complique une intervention chirurgicale ou qui se produit dans la période postopératoire ou périopératoire immédiate (c'est-à-dire pendant que le patient se trouve en salle d'opération ou après sa sortie et pendant la période de surveillance postopératoire de 96 heures). Il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3- à titre de type de diagnostic (3).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Infarctus aigu du myocarde survenant durant la période postopératoire	Lorsqu'il s'agit d'un infarctus du myocarde qui se produit au cours de l'hospitalisation pendant la période postopératoire (soit plus de 96 heures suivant la fin de l'intervention chirurgicale), inscrivez un code de la catégorie I21.- <i>Infarctus aigu du myocarde</i> à titre de type de diagnostic (2). Il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3- à titre de type de diagnostic de type (3).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Raison
Chapitre XIII – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif		
Fractures – Fractures pathologiques	Lorsqu'une catégorie combinée n'est pas disponible ou que la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique pas, inscrivez un code pour la fracture pathologique et un autre pour la maladie sous-jacente à l'origine de la fracture. Saisissez d'abord le code correspondant à la fracture pathologique, puis le code de la maladie sous-jacente comme diagnostic de type (3) (obligatoire).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité		
Grossesse se terminant par un avortement	Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une mortinaissance (c.-à-d. à ≥ 20 semaines de gestation, le fœtus peut-être enregistré comme un enfant mort-né par l'établissement. Dans ce cas, choisissez le code P96.4 <i>Interruption de grossesse, fœtus et nouveau-né</i> pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégé de la mortinaissance. Assignez un ou plusieurs codes pour décrire toute anomalie congénitale connexe comme diagnostic de type (3).	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Raison
Accouchement complètement normal	<p>Vous devez attribuer un code de la catégorie Z37.– <i>Résultat de l'accouchement</i> à tous les accouchements.</p> <p>Sélectionnez le code Z37.0– <i>Naissance unique, enfant vivant</i> comme diagnostic principal lorsqu'il s'agit de l'accouchement spontané par voie vaginale d'un enfant unique et qu'aucune complication n'est survenue au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la puerpéralité.</p> <p>Lorsque tout autre code du chapitre XV – <i>Grossesse, accouchement et puerpéralité</i> s'applique à la situation, inscrivez un code approprié dans la catégorie Z37.– comme diagnostic de type (3) (obligatoire).</p>	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	Lorsque, selon le dossier, une prothèse, une greffe ou un implant infecté est la cause de la septicémie, attribuez un code supplémentaire obligatoire, au type de septicémie en cause, avec le type de diagnostic (3).	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé		
Évaluation préalable au traitement	<p>Vous devez codifier toute condition significative diagnostiquée au cours de l'évaluation préalable au traitement qui nécessite un traitement ou d'autres examens et lui attribuer le diagnostic principal.</p> <p>Inscrivez le code obligatoire Z01.8 <i>Autres examens spéciaux précisés</i> comme diagnostic de type (3).</p>	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Raison
Admission pour examen de contrôle	<p>Si l'examen révèle que l'affection primaire a récidivé ou si une autre affection connexe a été mise en évidence au cours de la visite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • attribuez un code à l'affection comme diagnostic principal; • attribuez un code obligatoire de la catégorie Z08.– ou Z09.– comme diagnostic de type (3). 	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Admission pour convalescence	<p>Lorsqu'un patient est transféré dans un autre hôpital ou qu'il est admis à l'unité de chirurgie d'un jour dans le seul but de recevoir des soins de convalescence à la suite du traitement d'une maladie ou d'une blessure ou d'une intervention chirurgicale, inscrivez un code de la catégorie Z54.– <i>Convalescence</i> comme diagnostic principal.</p> <p>Vous devez attribuer un code supplémentaire obligatoire, comme diagnostic de type (3) afin de préciser la condition qui nécessite une période de convalescence.</p>	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Dépistage de maladies précises	<p>Lorsque le test de dépistage a permis de détecter une affection ou le signe d'une affection :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous devez attribuer un code à l'affection ou au signe, qui devient le diagnostic principal; • vous devez aussi inscrire un code obligatoire de la catégorie Z11, Z12 ou Z13 comme diagnostic de type (3). 	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Raison
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie	<p>Lorsqu'un patient déjà diagnostiqué avec une affection maligne est admis uniquement pour un traitement de radiothérapie, inscrivez le code Z51.0 <i>Séance de radiothérapie</i> comme diagnostic principal.</p> <p>Lorsqu'un patient a déjà été diagnostiqué avec une affection maligne et est admis uniquement pour un traitement de chimiothérapie, inscrivez le code Z51.1 <i>Séance de chimiothérapie pour tumeur</i> comme diagnostic principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire obligatoire, pour désigner l'affection maligne comme diagnostic de type (3) lié aux visites en radiothérapie ou en chimiothérapie.</p>	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie	<p>Lorsque le patient est admis uniquement pour la chimiothérapie (pharmacothérapie) visant à traiter des affections autres qu'une tumeur maligne, inscrivez le code Z51.2 <i>Autres formes de chimiothérapie</i> à titre de diagnostic principal/problème principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire obligatoire, pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.</p>	Désigne une autre condition présente importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Annexe F2 – Références aux diagnostics de type (3) facultatifs énoncés dans les normes

Norme	Énoncé principal	Justification
Normes de codification générales de la CIM-10-CA		
Affections aiguës et chroniques	Lorsqu'une condition est dite à la fois aiguë (ou subaiguë) et chronique, et que la CIM-10-CA propose des catégories ou des sous-catégories distinctes pour chacune, mais pas pour la combinaison des deux, codifiez la condition aiguë. Attribuez un code à la condition chronique, comme diagnostic de type (3).	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Symptômes ou conditions sous-jacents	Lorsqu'un patient se présente avec un symptôme ou une condition, et que la maladie ou le trouble sous-jacent est identifié pendant cet épisode de soins, cette maladie ou ce trouble doit être identifié comme étant le diagnostic principal. De plus, un autre code peut être attribué au symptôme ou à l'affection selon les besoins de l'établissement, mais il doit être désigné comme un diagnostic de type (3).	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Symptômes ou conditions sous-jacents	Lorsqu'un patient se présente avec une manifestation de maladie ou de trouble sous-jacent connu au moment de l'admission et que seule la manifestation est traitée, cette dernière doit être indiquée comme diagnostic principal. Attribuez un code pour la maladie sous-jacente et le type au diagnostic (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Séquelles	Lorsqu'un patient se présente avec une séquelle d'une affection précédemment traitée, codifiez la condition pour laquelle le patient est examiné ou traité comme un type de diagnostic significatif. Inscrivez des codes des catégories intitulées « Séquelles de... » (B90-B94, E64.-, E68, I69, O97, T90-T98) comme diagnostic de type (3) afin de définir le problème actuel comme une séquelle (facultatif).	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires		
Infections	Lorsque l'agent pathogène est identifié, classifiez le cas selon l'une des trois possibilités suivantes tel qu'indiqué par la classification : <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la double classification (dague et astérisque) avec un code précisant l'agent pathogène, suivi de la manifestation. Ces deux codes doivent être utilisés ensemble pour identifier la maladie infectieuse. • Utilisation d'un code combiné. • Utilisation de deux codes, identification de la manifestation locale en premier et l'agent pathogène en second. L'agent pathogène est classé aux rubriques B95 à B97 mais l'assignation de codes à cette rubrique est facultative. S'ils sont utilisés, les codes auront un diagnostic de type (3). 	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Micro-organismes résistant aux médicaments	Lorsque la documentation fait état d'une infection courante causée par un micro-organisme résistant aux médicaments, utilisez un code des rubriques B95 à B97 <i>Agents d'infections bactériennes, virales</i> et autres avec le type (3) au diagnostic afin d'identifier l'agent infectieux, et un autre code des rubriques U80 à U89 <i>Agents bactériologiques</i> résistant aux antibiotiques avec le type (3) au diagnostic, afin d'identifier le médicament auquel l'organisme est résistant. (Bien que la saisie des infections à des organismes résistant aux médicaments soit facultative, elle est fortement recommandée.)	Le code de l'organisme résistant aux médicaments et du médicament en question fournissent des renseignements supplémentaires. Il est connu que le traitement des organismes résistant aux médicaments a des répercussions sur le plan de traitement des patients atteints (p. ex. isolation, prescription d'antibiotiques puissants et coûteux).
Micro-organismes résistant aux médicaments	Assignez le code Z22.30 <i>Sujet porteur de maladies à micro-organismes résistant aux médicaments</i> , avec un type (3) au diagnostic, afin d'identifier les sujets porteurs de micro-organismes résistant aux médicaments (c.-à-d. les patients qui n'ont pas une infection courante documentée au dossier).	Désigne une autre circonstance utile pour l'extraction de données locales.
Chapitre II – Tumeurs		
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	Lorsqu'un diagnostic de tumeurs primitives à sièges multiples indépendants a été posé, chaque tumeur primitive doit faire l'objet d'un code distinct. De plus, il est facultatif d'inscrire le code C97 <i>Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)</i> à titre de type de diagnostic (3).	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	<p>Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec plusieurs tumeurs primitives invasives distinctes dans un même organe, mais de localisations non contiguës, chaque tumeur primitive doit être codifiée.</p> <p>De plus, vous pouvez facultativement attribuer le code C97 <i>Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)</i> à titre de diagnostic de type (3).</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		
Diabète sucré	Lorsqu'un terme d'inclusion de la table analytique apparaissant sous les codes de diabète n'a pas de code à astérisque, vous pouvez inscrire un code supplémentaire facultatif comme diagnostic de type (3), selon les exigences de données de l'établissement.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire		
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Exception : Lorsque le diagnostic principal est un code de la catégorie I22 <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> , il est possible d'inscrire un code de la catégorie I21 <i>Infarctus aigu du myocarde</i> à titre de type de diagnostic (3) afin de préciser le site de l'IM original.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Syndrome coronarien aigu (SCA)	<p>Il est facultatif d'inscrire le code I25.2 <i>Infarctus du myocarde</i>, ancien (antécédents d'IM) à titre de type de diagnostic (3) uniquement lorsque les DEUX critères suivants s'appliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'infarctus du myocarde précédent s'est produit plus de 4 semaines auparavant (28 jours); • à l'heure actuelle, le patient n'est pas en observation, ni sous évaluation, ni en traitement en raison de l'infarctus du myocarde précédent. 	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Arrêt cardiaque comme complication d'un acte chirurgical	<p>Lorsqu'un arrêt cardiaque se produit dans la période péri/postopératoire immédiate (que ce soit en salle d'opération ou d'intervention ou dans les 96 heures suivant la sortie du patient de la salle), suivant une chirurgie cardiaque ou non, sélectionnez le code T81.88 <i>Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs</i>.</p> <p>Lorsque la description du code d'un état postopératoire ou d'une complication chirurgicale ou de soins médicaux ne décrit pas pleinement l'état (p. ex. arrêt cardiaque), utilisez un code supplémentaire, facultatif, en tant que diagnostic de type (3), afin de fournir des renseignements supplémentaires concernant la nature de l'état. Saisissez le code (communément appelé code « sandwich ») entre le code de la catégorie T et le code de cause externe.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT) – Séquelles de maladies cérébrovasculaires	<p>Sélectionnez un code de la catégorie I69 <i>Séquelles de maladies cérébrovasculaires</i> pour classer les états de la rubrique I60 à I67 s'ils résultent d'une séquelle (déficit neurologique continu).</p> <p>Lorsqu'il ne reste plus aucun déficit neurologique, assignez le code Z86.7 <i>Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire</i>, facultatif, comme diagnostic de type (3).</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XII – Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané		
Cellulite	<p>Lorsqu'une plaie ouverte avec cellulite associée doit être codifiée, ceci doit être considéré comme une plaie ouverte avec « complication ».</p> <p>Lorsque le traitement comprend l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse, le phlegmon est considéré comme le diagnostic principal et la lésion des tissus mous est enregistrée en tant que diagnostic secondaire.</p> <p>Si le traitement comprend seulement la prise d'antibiotiques oraux, la lésion des tissus mous est considérée comme le diagnostic principal tandis que le phlegmon est désigné comme une condition de comorbidité.</p> <p>Un code supplémentaire de la rubrique B95 à B97 <i>Agents d'infections bactériennes, virales et autres</i> peut être utilisé pour identifier l'agent pathogène, lorsque précisé dans la documentation. Il suivra le code approprié de cellulite et sera codé comme type de diagnostic (3).</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire		
Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	<p>Lorsqu'il existe une relation de cause à effet entre une péritonite et une infection du cathéter de dialyse, et que ceci est documenté par le médecin, classez la péritonite sous le code T85.7 <i>Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes</i>.</p> <p>Assignez un code supplémentaire (facultatif) de la rubrique B95 à B97 comme type (3) au diagnostic, lorsqu'un agent étiologique est précisé.</p>	Le code de l'agent infectieux fournit des renseignements supplémentaires sur l'infection.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité		
Infection par les streptocoques du groupe B, sujet porteur au cours de la grossesse	<p>Sélectionnez le code O23.90– <i>Infections de l'appareil génito-urinaire au cours de la grossesse, autres et sans précision</i> seulement lorsqu'il y a évidence d'une infection active documentée au dossier. Lorsqu'il y a une infection active, attribuez le code B95.1 <i>Streptocoques, groupe B, cause de maladies classées dans d'autres chapitres</i>, comme diagnostic de type (3), pour identifier l'organisme.</p> <p>Attribuez le code Z22.38 <i>Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées</i> (facultatif) comme diagnostic de type (3), afin d'indiquer que la patiente est porteuse de SGB.</p> <p>Lorsque des antibiotiques sont administrés de façon prophylactique chez une patiente porteuse du SGB, attribuez le code Z29.2 <i>Autres mesures de chimiothérapie prophylactique</i> comme diagnostic de type (3) (facultatif).</p>	Désigne une autre circonstance utile pour l'extraction de données locales.
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		
Réactions indésirables et empoisonnements	<p>Classifiez les conditions résultant de non-observance d'un traitement à l'aide d'un code décrivant la manifestation, suivi du code Z91.1 <i>Antécédents personnels de non-observance d'un traitement médical et d'un régime</i>, comme diagnostic de type (3).</p>	Désigne une autre circonstance utile pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Blessures par écrasement	<p>Codifiez toutes les lésions significatives associées à une blessure par écrasement comme des conditions comorbides.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire, avec le type (3) au diagnostic, pour identifier la blessure par écrasement. Lorsqu'une blessure par écrasement touche plusieurs régions corporelles, choisissez un code d'écrasement de la rubrique T04 <i>Écrasements de plusieurs parties du corps</i>.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Brûlures et corrosions	<p>Lorsqu'un patient se présente pour un changement de pansements pour brûlures, utilisez le code Z48.0 <i>Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux</i>, comme diagnostic principal. Utilisez un code supplémentaire, avec le type (3) au diagnostic, pour identifier la brûlure en tant que telle.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Brûlures touchant plusieurs régions corporelles	<p>Lorsque la documentation indique des sièges de brûlures précis, attribuez des codes distincts à chacun de ces sièges.</p> <p>Assignez le code T29.- <i>Brûlures et corrosions de plusieurs régions corporelles</i>, comme diagnostic de type (3) (facultatif), afin de faciliter l'extraction des données.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Lésions traumatiques récentes versus anciennes	<p>Dans le cas des visites effectuées uniquement dans le but d'administrer des soins de contrôle ou de suivi (p. ex. pansements, examens et plâtres), utilisez un code du chapitre XXI – <i>Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé</i>. Choisissez un code supplémentaire pour décrire la lésion, facultatif, avec le type (3) au diagnostic.</p> <p>Inscrivez un code de la rubrique T90 à T98 Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes, pour décrire la nature sous-jacente de la lésion ancienne, facultatif, avec le type (3) au diagnostic.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
<p>Conditions et complications postopératoires</p> <p>Étape 3 : Ajout de précisions – pour identifier précisément la nature de la complication ou de la condition</p>	<p>Lorsque le titre du code d'une condition à la suite d'un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, ou d'une complication à la suite d'une chirurgie ou de soins médicaux, ne décrit pas précisément le problème, vous pouvez inscrire un code supplémentaire facultatif (sauf si une autre norme de codification ne l'exige) avec un type (3) au diagnostic afin de fournir plus de détails sur la nature de la condition.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
<p>Signes et symptômes postopératoires</p>	<p>Inscrivez un code pour le signe ou symptôme, avec le type de diagnostic (M) ou (2) ou le problème principal ou autre problème, suivi d'un code de cause externe précisant la relation de cause à effet de l'intervention, lorsque les conditions suivantes sont réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • selon le dossier, le patient présente un signe ou un symptôme (de la liste ci-dessous) attribuable à l'épisode de l'intervention et pouvant être classé sous le chapitre XVIII – <i>Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs;</i> • la documentation du médecin indique que le signe ou symptôme nécessite une prise en charge au-delà des soins postopératoires habituels ou qu'il persiste depuis au moins 96 heures; <p>Lorsque, selon le dossier, le signe ou le symptôme résulte de l'épisode de l'intervention, mais qu'il ne satisfait pas les critères ci-dessus, vous pouvez utiliser un code facultatif, avec le type de diagnostic (3), suivi d'un code de cause externe précisant la relation de cause à effet de l'intervention.</p>	<p>Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.</p>

Norme	Énoncé principal	Justification
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	<p>Attribuez un code des catégories T82 à T85 aux conditions décrites comme étant des complications attribuables à des prothèses, des implants et des greffes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • T82.– <i>Complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires</i> • T83.– <i>Complications de prothèses, implants et greffes génito-urinaires</i> • T84.– <i>Complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes</i> • T85.– <i>Complications d'autres prothèses, implants et greffes internes</i> <p>Lorsqu'un organisme infectieux a été identifié, utilisez un code supplémentaire des catégories B95 à B97, facultatif, avec un type (3) au diagnostic pour identifier l'agent infectieux.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	Lorsqu'une complication d'une prothèse, d'un implant ou d'une greffe ne suffit pas à décrire entièrement le problème, inscrivez un code supplémentaire (facultatif) avec un type (3) au diagnostic pour donner plus de détails sur la nature de la condition. Insérez ce code entre le code de la complication et le code de cause externe.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Organisation et saisie des complications	Lorsqu'une complication liée aux soins ne représente qu'un problème mineur et ne satisfait pas les critères de comorbidité, vous pouvez la codifier avec le type (3) au diagnostic (facultatif).	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
<p>Hémorragie, perforation ou lacération durant une intervention</p> <p>Hémorragie peropératoire ou postopératoire</p>	<p>Inscrivez le code T81.0 <i>Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs</i>, facultatif, avec le type de diagnostic (3), lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'hémorragie peropératoire ou postopératoire est qualifiée ainsi par le médecin, mais n'a aucune incidence sur la durée du séjour, les soins ou la surveillance. 	<p>Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.</p>
<p>Hémorragie, perforation ou lacération durant une intervention</p> <p>Perforation et lacération</p>	<p>Inscrivez le code T81.2 facultatif, avec le type de diagnostic (3), lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une réparation mineure est réalisée (ne pas codifier l'intervention); • aucune autre intervention n'est nécessaire, par exemple une réparation; • il n'y a aucune incidence sur la durée du séjour; • une dissection pendant un cathétérisme cardiaque ou une angioplastie coronarienne est mentionnée sous forme de remarque secondaire; • il y a lacération de l'organe malade pendant l'ablation. 	<p>Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.</p>
<p>Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé</p>		
<p>Évaluation préalable au traitement</p>	<p>Inscrivez le code Z01.8 <i>Autres examens spéciaux précisés</i> à titre de diagnostic principal pour décrire l'évaluation préalable au traitement. Vous pouvez aussi inscrire un code supplémentaire facultatif, comme diagnostic de type (3), pour décrire la raison sous-jacente de l'évaluation.</p>	<p>Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.</p>

Norme	Énoncé principal	Justification
Admission pour examen de contrôle	<p>Lorsque l'examen vise à évaluer la condition ou la blessure traitée auparavant (c.-à-d. antécédents personnels d'une affection pouvant être classée sous les catégories Z85 à Z88) et que <i>l'évaluation révèle qu'aucun autre traitement n'est nécessaire</i>, choisissez l'un des codes suivants comme diagnostic principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z08.– <i>Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne;</i> • Z09.– <i>Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes.</i> <p>Vous pouvez inscrire un code supplémentaire comme diagnostic de type (3) (facultatif) afin d'indiquer que le patient a des antécédents personnels d'une affection.</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.
Admission pour examen de contrôle	<p>Dans le cas d'une visite ayant pour seul but la réalisation d'une <i>intervention ou la prestation de services</i>, choisissez un code de l'une des catégories suivantes comme diagnostic principal :</p> <p>Z39.2 <i>Contrôle de routine au cours du post-partum</i> Z42.– <i>Soins de contrôle comprenant une opération plastique</i> Z47.– <i>Autres soins de contrôle orthopédiques</i> Z48.– <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux</i></p> <p>Vous pouvez aussi inscrire un deuxième code, facultatif, comme diagnostic de type (3) pour décrire la maladie ou la blessure sous-jacente ayant nécessité les soins de suivi.</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Dépistage de maladies précises	<p>Lorsqu'un patient a subi un test de dépistage et qu'aucun signe de maladie n'a été décelé, inscrivez un code de la catégorie Z11.–, Z12.– ou Z13.– <i>Examen spécial de dépistage</i> comme diagnostic principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire comme diagnostic de type (3) (facultatif) afin de préciser les raisons ayant motivé le test de dépistage (p. ex. antécédents familiaux).</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.
Dépistage de maladies précises	<p>Lorsqu'un patient a subi un test de dépistage et qu'aucun signe de maladie n'a été décelé, inscrivez un code de la catégorie Z11.–, Z12.– ou Z13.– <i>Examen spécial de dépistage</i> comme diagnostic principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire comme diagnostic de type (3) (facultatif) afin de signaler toute découverte fortuite à l'examen.</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.
Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire	<p>Lorsqu'un patient est admis uniquement pour l'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire visant à traiter une affection existante, inscrivez le code Z51.88 <i>Autres formes précisées de soins médicaux NCA</i> comme diagnostic principal.</p> <p>Classifiez toute autre admission axée uniquement sur un dispositif d'accès vasculaire à demeure sous le code Z45.2 <i>Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire</i> comme diagnostic principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire (facultatif) pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3).</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Admission pour transfusion sanguine	<p>Lorsqu'un patient est admis uniquement pour subir une transfusion sanguine, inscrivez le code Z51.3 Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic en tant que diagnostic principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire (facultatif) pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3).</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.
Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes	<p>Inscrivez un code de la catégorie Z80.– <i>Antécédents familiaux de tumeur maligne</i> avec le type de diagnostic (3)/autre problème (facultatif) afin de préciser la raison d'un examen ou d'une chirurgie prophylactique.</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.

Annexe G – Codes de la section 1 de la CCI ayant des interventions génériques sous 50 qui ont des répercussions sur le GMA +

Les codes de la CCI de la présente liste doivent être inscrits lorsqu'ils ont une incidence sur la visite du patient et/ou lorsque le prescrivent les règles des classifications.

Code de la CCI	Description
1AA13SEC2	Contrôle d'une hémorragie, méninges et duremère du cerveau, par injection d'un agent antihémorragique via le trou de trépan
1AN09JADV	Stimulation, cerveau, stimulation électrique externe (pour choc ou convulsion)
1AN26SZ	Brachythérapie, cerveau, approche par craniotomie (craniectomie)
1AN35SZM1	Pharmacothérapie (locale), cerveau, agent alcalisant (p. ex. carmustine) et approche ouverte avec craniotomie et volet osseux
1AX13GPGE	Contrôle d'une hémorragie, canal rachidien et méninges, approche transluminale percutanée et utilisation de spirales (détachables)
1CN13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, rétine, approche transluminale percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1DZ37LAPM	Installation d'un appareil externe, oreille NCA, prothèse d'oreille, approche ouverte
1EA35LAK8	Pharmacothérapie (local), crâne, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1EE03HAKC	Immobilisation, mandibule, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané (p. ex. dispositif à double pas)
1EG35LAK8	Pharmacothérapie (locale), plusieurs os de la région médiofaciale sans le crâne, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1ET13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, nez, approche transluminale percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1FR13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, amygdales et végétations adénoïdes, approche transluminale percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1FU13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, glande thyroïde, approche percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1FU13NZ	Contrôle d'une hémorragie, glande thyroïde, approche ouverte (p. ex. incision du cou)
1GJ13BAC2	Contrôle d'une hémorragie, trachée, approche endoscopique par voie naturelle et agents antihémorragiques topiques
1GJ13BACD	Contrôle d'une hémorragie, trachée, approche endoscopique par voie naturelle et pression manuelle directe

Code de la CCI	Description
1GM13BA	Contrôle d'une hémorragie, bronches NCA, approche endoscopique par voie naturelle
1GM13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, bronches NCA, approche transluminale percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1GT13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA, approche endoscopique par voie naturelle et dispositif NCA (p. ex. électrocautère)
1GT13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA, approche endoscopique par voie naturelle et dispositif de chauffage électrique spécial (p. ex. coagulation au plasma Argon)
1GT13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA, approche transluminale percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1GY13LA	Contrôle d'une hémorragie, cavité thoracique NCA, approche ouverte
1HZ03LATK	Immobilisation, cœur NCA, approche ouverte et dispositif d'aspiration mécanique
1HZ09LACJ	Stimulation, cœur NCA, approche ouverte, massage manuel interne
1HZ09LAFS	Stimulation, cœur NCA, approche ouverte, utilisation d'un convertisseur/défibrillateur
1HZ09LAJF	Stimulation, cœur NCA, approche ouverte, utilisation d'une électrode avec le choc en courant continu synchronisé
1HZ34LAXXN	Compression, cœur NCA, approche ouverte
1LZ19HHU7A	Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion autologue, cellules souches (hémaphérèse)
1LZ19HHU7J	Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion homologue, cellules souches (hémaphérèse)
1LZ19HHU8A	Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion autologue, cellules souches du sang de cordon
1LZ19HHU8J	Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion homologue, cellules souches du sang de cordon
1LZ37GPGB	Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, dispositif de circulation extracorporelle (intra-opératoire), approche transluminale percutanée (thorax fermé)
1LZ37LAGB	Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, dispositif de circulation extracorporelle (intra-opératoire), approche (thorax) ouverte
1NA13BA	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle
1NA13BAAG	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser
1NA13BABD	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et tamponnement par sonde à ballonnet (ou sonde de Blakemore)

Code de la CCI	Description
1NA13BAFA	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et cerclage (varices)
1NA13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et dispositif NCA (p. ex. électrocautère, agrafes)
1NA13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et dispositif de chauffage électrique spécial (p. ex. coagulation au plasma Argon, Gold Probe)
1NA13BAX7	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent chimique (p. ex. éthanolamine, murrhate sodique, polidocanol, sclérosants, sulfate de tétradécyl)
1NA13DAE3	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique (chirurgie thoracique vidéo assistée) et cardiotonique (p. ex. épinéphrine)
1NA13LB	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche abdominale ouverte (pour dissection transversale)
1NF13BA	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle
1NF13BAAG	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser
1NF13BABD	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dilateur à ballonnet (tamponnement)
1NF13BAC2	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent antihémorragique
1NF13BAFA	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et cerclage (varices)
1NF13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. électrocautère, agrafes)
1NF13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif chauffant électrique spécial (p. ex. coagulation du plasma à l'argon, Gold Probe [thermocoagulation bipolaire])
1NF13BAW4	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation de colle (p. ex. Superglue, Histoacryl)
1NF13BAX7	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent chimique (p. ex. éthanol, adrénaline, solution hypertonique, Scléromate, éthanolamine, murrhate sodique, polidocanol, sclérosants, tétradécyl sulfate)
1NF13GPGE	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche transluminale veineuse percutanée et utilisation de spirales (détachables)
1NF13LA	Contrôle d'une hémorragie, estomac, approche ouverte (en vue d'une dévascularisation)
1NP13BAC2	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent antihémorragique

Code de la CCI	Description
1NP13BAGN	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif de compression (p. ex. ballon ou bulle gastrique)
1NP13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. pince)
1NP13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle et dispositif de chauffage électrique (p. ex. coagulation au plasma Argon, Gold Probe [thermocoagulation bipolaire])
1NP13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin, approche transluminale percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1NQ13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, rectum, approche endoscopique par voie naturelle et dispositif thermique (p. ex. coagulateur par plasma d'argon)
1OA13DAAG	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), coagulation au laser
1OA13DAW2	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), utilisation d'une poudre collagénique
1OA13DAW3	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), utilisation d'une colle de fibrine
1OA13DAX7	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), utilisation d'un cautère chimique
1OA13DAXXE	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), utilisation d'un lambeau local de transposition (p. ex. patch épiploïque)
1OA13DAXXN	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), utilisation de tissu synthétique (p. ex. feutre téflon, treillis)
1OA13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche transluminale percutanée, utilisation de spirales (détachables)
1OA13LA	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, avec pression manuelle, suture ou pansement occlusif
1OA13LAAG	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, coagulation au laser
1OA13LAW2	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'une poudre collagénique
1OA13LAW3	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'une colle de fibrine
1OA13LAX7	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'un cautère chimique
1OA13LAXXE	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'un lambeau local de transposition (p. ex. patch épiploïque)
1OA13LAXXN	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation de tissu synthétique (p. ex. feutre téflon, treillis)

Code de la CCI	Description
10A35LAM1	Pharmacothérapie (locale), foie, approche ouverte, utilisation d'un agent alcoylant
10B13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche transluminale percutanée, utilisation de spirales (détachables)
10B13LA	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), par apposition (p. ex. suture ou SAI)
10B13LAAG	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), par coagulation au laser
10B13LAGX	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), utilisation d'un dispositif NCA
10B13LAW2	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), utilisation d'une poudre à base de collagène
10B13LAW3	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), utilisation de colle de fibrine
10B13LAX7	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), utilisation d'un cautère chimique (p. ex. thrombine topique)
10B13LAXXE	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), utilisation d'un lambeau local (p. ex. gaine épiploïque)
10B13LAXXN	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte (voie abdominale), utilisation de tissu synthétique (p. ex. treillis, languettes de Téflon)
10B13PF	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, par apposition (p. ex. suture ou SAI)
10B13PFAG	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, par coagulation au laser
10B13PFGX	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation d'un dispositif NCA
10B13PFW2	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation d'une poudre à base de collagène
10B13PFW3	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation de colle de fibrine
10B13PFX7	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation d'un cautère chimique (p. ex. thrombine topique)
10B13PFXXE	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation d'un lambeau local (p. ex. gaine épiploïque)
10B13PFXXN	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation de tissu synthétique (p. ex. treillis, languettes de Téflon)
10J13LA	Contrôle d'une hémorragie, pancréas, approche ouverte et apposition (p. ex. suture)

Code de la CCI	Description
1OJ13LAW3	Contrôle d'une hémorragie, pancréas, approche ouverte et fibrine (avec ou sans compression)
1OT13LA	Contrôle d'une hémorragie, cavité abdominale, approche ouverte
1OT13LANP	Contrôle d'une hémorragie, cavité abdominale, approche ouverte, paquetage laissé en place
1PB13LA	Contrôle d'une hémorragie, glande surrénale, approche ouverte et apposition (p. ex. sutures ou SAI)
1PC13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, rein, approche transluminale percutanée et utilisation de spirales (détachables)
1PC13LA	Contrôle d'une hémorragie, rein, approche ouverte
1PM13BAAG	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un laser
1PM13BAC2	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un agent antihémorragique
1PM13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un dispositif NCA
1PM13BANP	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un pansement occlusif ou languettes de coton (temporaire)
1PM13BAZ9	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un agent NCA
1PM13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche transluminale percutanée, utilisation de spirales (détachables)
1PM13LAAG	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche ouverte, utilisation d'un laser
1PM13LAC2	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche ouverte, utilisation d'un agent antihémorragique
1PM13LAGX	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche ouverte, utilisation d'un dispositif NCA
1PM13LANP	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche ouverte, utilisation d'un pansement occlusif ou languettes de coton (temporaire)
1PM13LAZ9	Contrôle d'une hémorragie, vessie NCA, approche ouverte, utilisation d'un agent NCA
1PM35LAM1	Pharmacothérapie (locale), vessie NCA, approche ouverte, utilisation d'un agent alcoylant
1QT13BAAG	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser
1QT13BAC2	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent antihémorragique

Code de la CCI	Description
1QT13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. électrocoagulation)
1QT13BAZ9	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent NCA (p. ex. nitrate d'argent)
1QT13QZAG	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche ouverte (par voie transvésicale) et utilisation d'un laser
1QT13QZC2	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche ouverte (par voie transvésicale) et utilisation d'un agent antihémorragique
1QT13QZGX	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche ouverte (par voie transvésicale) et utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. électrocoagulation)
1QT13QZZ9	Contrôle d'une hémorragie, prostate, approche ouverte (par voie transvésicale) et utilisation d'un agent NCA (p. ex. nitrate d'argent)
1RM13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes, approche transluminale percutanée et utilisation de spirales (détachables)
1RS13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, vagin NCA, approche transluminale percutanée (transartérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1SA03HAKC	Immobilisation, atlas et axis, immobilisation uniquement avec dispositif de fixation percutanée (p. ex. pinces, par halo)
1SC03HAKC	Immobilisation, vertèbres, immobilisation uniquement avec dispositif de fixation percutanée (pinces, par halo)
1SM03HAKC	Immobilisation, clavicule, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1SM35LAK8	Pharmacothérapie (locale), clavicule, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. perles de gentamycine)
1SQ03HAKC	Immobilisation, bassin, immobilisation uniquement avec appareil de fixation externe percutané
1SQ35LAK8	Pharmacothérapie (local) bassin, agent antibactérien (p. ex. Tobramycine), approche ouverte
1TA03HAKC	Immobilisation, articulation de l'épaule, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TA35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopique), utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1TA35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopique), utilisation d'une solution d'irrigation salée
1TA35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopique), utilisation d'une autre solution d'irrigation
1TA35DAP1	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopique), utilisation d'un anesthésique local
1TA35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche ouverte, utilisation d'un antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)

Code de la CCI	Description
1TK03HAKC	Immobilisation, humérus, avec traction percutanée (p. ex. squelettique), utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TK35LAK8	Pharmacothérapie (locale), humérus, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)
1TM03HAKC	Immobilisation, articulation du coude, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TM35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation antiinfectieuse
1TM35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation salée
1TM35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche endoscopique (arthroscopique) et autre solution d'irrigation
1TM35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)
1TV03HAKC	Immobilisation, radius et cubitus, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TV35LAK8	Pharmacothérapie (locale), radius et cubitus, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)
1UB03HAKC	Immobilisation, articulation du poignet, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1UB35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation antiinfectieuse
1UB35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation salée
1UB35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche endoscopique (arthroscopique) et autre solution d'irrigation
1UB35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)
1UJ03HAKC	Immobilisation, phalange de la main, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1UL03HAKC	Immobilisation, articulations des doigts et de la main NCA, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1UL35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulations des doigts et de la main NCA, agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine), approche ouverte
1VA03HAKC	Immobilisation, articulation de la hanche, avec traction percutanée (p. ex. squelettique), utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1VA35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation de la hanche, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation antiinfectieuse
1VA35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation de la hanche, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation salée

Code de la CCI	Description
1VA35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation de la hanche, approche endoscopique (arthroscopique) et autre solution d'irrigation
1VA35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation de la hanche, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)
1VC03HAKC	Immobilisation, fémur, avec traction percutanée (p. ex. squelettique), utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1VC35LAK8	Pharmacothérapie (locale), fémur, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)
1VG03HAKC	Immobilisation, articulation du genou, avec traction percutanée (p. ex. squelettique), utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1VG35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation du genou, approche endoscopique (arthroscopique), utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1VG35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation du genou, approche endoscopique (arthroscopique), utilisation d'une solution d'irrigation salée
1VG35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation du genou, approche endoscopique (arthroscopique), utilisation d'une autre solution d'irrigation
1VG35LAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation du genou, approche ouverte, utilisation d'une solution d'irrigation salée
1VG35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation du genou, approche ouverte, utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. gouttes de gentamicine)
1VQ03HAKC	Immobilisation, tibia et péroné, avec traction percutanée (p. ex. squelettique), utilisation d'un appareil de fixation externe (broche percutanée, fil)
1VQ35LAK8	Pharmacothérapie, tibia et péroné, approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1WA03HAKC	Immobilisation, articulation de la cheville, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1WA35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation de la cheville, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation anti-infectieuse
1WA35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation de la cheville, approche endoscopique (arthroscopique) et solution d'irrigation salée
1WA35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation de la cheville, approche endoscopique (arthroscopique) et autre solution d'irrigation
1WA35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation de la cheville, approche ouverte et utilisation d'un antibactérien aminoside (p. ex. gouttes de gentamicine)
1WE35LAK8	Pharmacothérapie (locale), tarse et articulations intertarsiennes (arrière pied et pied moyen), approche ouverte et agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1WJ35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulations tarsométatarsiennes, métatarses et articulations métatarsophalangiennes (avant-pied), agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine), approche ouverte

Code de la CCI	Description
1WLO3HAKC	Immobilisation, phalange du pied, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1WM35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulations interphalangiennes de l'orteil, approche ouverte et utilisation d'un antibactérien aminoside (p. ex. gouttes de gentamicine)
1WY19HHXXA	Transfusion, moelle osseuse, injection (greffe) de moelle osseuse autologue
1WY19HHXXI	Transfusion, moelle osseuse, injection (greffe) de moelle osseuse homologue sans épuration
1WY19HHXXM	Transfusion, moelle osseuse, injection de moelle osseuse homologue épurée

