

Normes canadiennes de
codification pour la version 2009
de la CIM-10-CA et de la CCI
Révisé en septembre 2009



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

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 978-1-55465-552-6 (PDF)

© 2009 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI, révisé en septembre 2009*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

Parution: Février 2009

Révisé: Septembre 2009

This publication is also available in English under the title *Coding Standards for Version 2009 ICD-10-CA and CCI, Revised September 2009*.

ISBN 978-1-55465-551-9 (PDF)

**Normes canadiennes de codification pour la version 2009
de la CIM-10-CA et de la CCI,
Révisé en septembre 2009**

Table des matières

Remerciements.....	vii
Introduction	ix
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
Définition du typage de diagnostics selon la BDCP	5
Diagnostics d'importance équivalente	15
Spécificité	17
Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification.....	18
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	26
Séquelles.....	28
Admissions via le service des urgences.....	29
Interventions annulées.....	31
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	39
Codes multiples dans la CCI.....	40
Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction	41
Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées.....	42
Contrôle d'une hémorragie	44
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.....	52
Interventions reprises	52
Interventions endoscopiques	57
Interventions d'imagerie diagnostique.....	59

Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires	61
Infections	61
Micro-organismes résistant aux médicaments	62
Septicémie/Sepsie.....	64
Maladies dues au virus de l’immunodéficience humaine (VIH)	68
Hépatite virale	72
Chapitre II — Tumeurs	75
Tumeurs primitives et secondaires	75
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	77
Tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tissus apparentés.....	79
Tumeurs s’étendant dans les tissus adjacents.....	80
Tumeurs du tissu ectopique	80
Tumeurs dont les limites se chevauchent (sites contigus).....	81
Admissions à la suite d’un diagnostic de cancer.....	82
Complications d’une maladie maligne	83
Tumeurs malignes récurrentes	85
Interventions diagnostiques et thérapeutiques pertinentes à la codification des tumeurs.....	86
Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.....	91
Diabète sucré	91
Déshydratation.....	100
Chapitre VI — Maladies du système nerveux	103
Résection intracrânienne de lésions ou de tumeurs.....	103
Révision des systèmes de dérivation du LCR (ventricule, tronc cérébral, canal rachidien)	105
Convulsions	106
Déficits neurologiques à la suite d’un accident vasculaire cérébral	110
Chapitre IX — Maladies de l’appareil circulatoire	113
Hypertension et affections associées.....	113
Syndrome coronarien aigu (SCA)	115
Intervention coronaire percutanée (ICP)	126
Traitement thrombolytique	130
Angine de poitrine.....	134
Cardiopathie ischémique chronique	135
Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens (PAC)	137
Arrêt cardiaque.....	139
Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT).....	142
Maladie vasculaire périphérique	146
Anévrismes.....	147
Chapitre X — Maladies de l’appareil respiratoire.....	149
Pneumopathie lobaire	149
Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	150
Asthme	152

Résection d'une lésion nasale (polypes)	154
Réparations nasales	155
Ventilation artificielle.....	156
Chapitre XI — Maladies de l'appareil digestif	161
Sélection des attributs pour les réparations d'hernie	161
Gastroentérite et diarrhée	162
Varices œsophagiennes avec saignement.....	163
Saignement digestif	165
Œsophago-gastro-duodénoscopie diagnostique	167
Interventions diagnostiques par coloscopie.....	169
Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	175
Cellulite.....	175
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.....	177
Arthrectomie et arthroplastie.....	177
Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau.....	178
Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation	180
Fractures.....	181
Arthrose.....	185
Rétrécissement du canal médullaire.....	188
Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire	191
Stades de la maladie rénale chronique	191
Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	192
Ménorragie comme diagnostic principal.....	193
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité.....	195
Mort intra-utérine.....	195
Grossesse se terminant par un avortement.....	196
Poursuite de la grossesse après avortement/Réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples.....	200
Complications consécutives à un avortement et à une grossesse extra-utérine ou molaire.....	203
Infection par les streptocoques du groupe B/sujet porteur au cours de la grossesse.....	205
Accouchement complètement normal	206
Grossesses multiples.....	208
Sélection du sixième caractère pour la codification de l'obstétrique	209
Accouchement avec antécédents de césarienne antérieure.....	214
Séquence des codes de diagnostic en obstétrique	215
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement.....	219
Rupture prématurée des membranes.....	222
Travail avant terme	223
Travail prolongé.....	224
Travail trop rapide.....	226
Dystocie.....	226

Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale	229
Hémorragie du post-partum	230
Complications de l'anesthésie au cours du travail et de l'accouchement	232
Dilatation et curetage	233
Interventions associées à l'accouchement	234
Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale...	239
Faible poids à la naissance	239
Asphyxie fœtale et obstétricale	241
Ictère néonatal	245
Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né	246
Traumatisme à la naissance	249
Chapitre XVII — Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques.....	253
Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques	253
Chapitre XVIII — Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	257
Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique.....	257
Absence de signes vitaux (ASV)	262
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	265
Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements	265
Réaction allergique en usage non thérapeutique	271
Traumatisme intracrânien SAI versus traumatisme crânien SAI	273
Fracture du crâne et lésion intracrânienne	274
Plaies ouvertes	274
Fractures — Fermées versus ouvertes	276
Traitement des fractures.....	276
Luxations.....	277
Lésions des vaisseaux sanguins	277
Lésions significatives.....	278
Blessures par écrasement	278
Lésions bilatérales.....	280
Brûlures et corrosions.....	281
Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure	283
Attribution du diagnostic principal et du problème principal dans le cas de brûlures multiples	284
Brûlures touchant plusieurs régions corporelles	285
Brûlures et corrosions dues à des substances à usage topique ou à une irradiation ..	285
Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité.....	286
Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples.....	287
Attribution de codes pour plusieurs types de lésions significatives touchant une seule région corporelle	288
Attribution de codes pour plusieurs types de lésions significatives touchant plusieurs régions corporelles.....	290
Codification des lésions multiples non spécifiques — Visites aux urgences	292

Complications précoces de traumatismes	292
Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	293
Lésions traumatiques récentes versus anciennes	308
Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux.....	311
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	312
Hémorragie, perforation ou lacération durant une intervention.....	315
Corps étrangers intravasculaires	319
Chapitre XX – Causes externes de morbidité et de mortalité	321
Codes de causes externes.....	321
Lieu de l'événement	321
Type d'activité	322
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.....	323
Évaluation préalable au traitement.....	323
Admission pour observation	325
Admission pour examen de contrôle	327
Admission pour convalescence	330
Dépistage de maladies précises	334
Ablation d'un organe à titre prophylactique	337
Codification des visites pour le SNISA, services de réadaptation	338
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie.....	338
Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire	341
Admission pour transfusion sanguine.....	342
Soins palliatifs.....	342
Nourrissons et mères en pension à l'hôpital.....	348
Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes.....	349
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-15
Syndrome coronarien aigu (SCA)	A-15
Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT).....	A-18
Fibrillation auriculaire.....	A-19
Chapitre X – Maladies de l'appareil respiratoire.....	A-20
Pneumonie lobaire.....	A-20
Asthme	A-20
Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte	A-20
Chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif	A-21
Interventions diagnostiques par coloscopie.....	A-21

Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	A-22
Cellulite	A-22
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	A-22
Arthrose	A-22
Rétrécissement du canal médullaire	A-23
Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire	A-24
Relâchement du plancher pelvien	A-24
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité.....	A-26
Âge gestationnel.....	A-26
Trimestres	A-26
Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	A-27
Asphyxie fœtale et obstétricale.....	A-27
Détresse respiratoire du nouveau-né	A-28
Ictère néonatal	A-29
Chapitre XVIII — Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	A-30
Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique.....	A-30
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.....	A-31
Lésions par écrasement	A-31
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 représentants suivants des provinces et territoires pour leur participation aux *Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI* :

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

Brenda Antliff	Ontario
Maureen Aucoin	Nouvelle-Écosse
Roxanne Baldwin	Saskatchewan
Andrée Martin Desjardins	Nouveau-Brunswick
Sharilyn Kmech	Alberta
Bev McIntyre	Manitoba
Anne Mosher	Nunavut
Heather Murphy	Île-du-Prince-Édouard
Valerie Ross	Territoires du Nord-Ouest
Alain Saucier	Québec
Wendy White	Yukon
Lilian Wilson	Terre-Neuve-et-Labrador
Donna Wong	Colombie-Britannique

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

Nous souhaitons également remercier les représentants des groupes ci-dessous pour leur expertise :

la Société canadienne de cardiologie;
l'Association canadienne du diabète;
le Comité consultatif de classification de l'ICIS;
le Comité de mise à jour et de révision de l'OMS;
la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Introduction

Les *Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI, 2009* sont conçues pour être utilisées avec la version 2009 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).

Cette révision (septembre 2009) remplace la version originale publiée en février 2009. Elle comprend la correction des erreurs mentionnées dans le Bulletin Errata 09-10-CLASS-003-Normes de codification.

Format des normes de codification

Chacune des normes présente :

- Les directives principales dans des encadrés ombrés;
- Des exemples qui démontrent la façon d'appliquer les directives principales.

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 directives principales 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 directive 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 diagnostics 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, des renseignements cliniques ou de l'information supplémentaire concernant les interventions sont ajoutés lorsque cela peut permettre une meilleure compréhension des directives dans les normes de codification. Les exceptions s'appliquant aux directives sont également insérées aux endroits appropriés.

Il est plus facile de comprendre les normes de codification lorsqu'elles sont lues dans leur intégralité. Il peut y avoir plus d'une directive à l'intérieur d'un encadré et il peut y avoir plus d'un encadré dans une même norme. Ces encadrés et énoncés sont présentés dans un ordre logique. Chaque directive doit être appliquée à l'ensemble de la norme à laquelle elle se rapporte.

Modifications

L'ICIS apporte des modifications et élabore de nouvelles normes en collaboration avec les divers territoires et provinces du Canada. Quelques normes ont été adaptées à partir de documents provinciaux et 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.

Il n'y a pas la mention « modifié » lorsque les changements apportés à la norme 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 changeants d'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.

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

Lorsque 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 favoriser une 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 clinique, les codificateurs sauront quels dossiers ou documents sont nécessaires.



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.

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/du cas (cas complexes) ➤ Rapport d'examen physique et antécédants personnels ➤ Notes d'évolution ➤ Protocole opératoire (incluant le diagnostic postopératoire) ➤ Protocole 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/du cas (incluant les diagnostics finaux) ➤ Rapport d'examen physique et antécédants ➤ Notes d'évolution ➤ Rapports de consultation ➤ Rapports sur les interventions (p. ex. cathétérisme cardiaque et ventilation artificielle) ➤ Rapports d'imagerie diagnostique (pour plus de précision)
Décès	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Résumé à la sortie/du cas (incluant les diagnostics finaux) ➤ Rapport d'autopsie provisoire (le cas échéant) ➤ Rapport d'examen physique et antécédants personnels ➤ Notes d'évolution ➤ Rapports de consultation ➤ Rapports d'imagerie diagnostique (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 ➤ Protocole 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 (incluant les diagnostics finaux) ➤ Rapports des tests diagnostiques
Chirurgie d'un jour	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dossier de la consultation externe (incluant les diagnostics finaux) ➤ Remarques sur les antécédents et l'examen physique ➤ Protocole opératoire (incluant le diagnostic postopératoire) ➤ Protocole 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 à l'aide des outils Sélection  et Instantané  .

Des hyperliens ont été insérés dans le document afin de permettre un accès rapide à d'autres normes, au besoin. Le titre des normes de codification comprend un hyperlien lorsque des changements ont été apportés à cette norme. En cliquant sur le titre, vous pourrez vous rendre directement à l'endroit où se trouve la description des changements, dans l'Annexe C.

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, 2009

Problème principal (PP)

Le « problème principal » correspond au problème qui est considéré comme la raison la plus importante de la visite du client sur le plan clinique et qui requiert une évaluation et/ou un traitement ou une prise en charge. 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)

Un code de la CIM-10-CA est attribué en tant qu'« autre problème » lorsque :

- l'affection ou les circonstances existent au moment de la visite du client et augmentent significativement les besoins du client en matière de traitement ou de soins;
 - Détermination de la significativité : nécessite suivi et traitement.
- la directive existe dans une autre norme de codification et dans la classification même.

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

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

Les « autres problèmes » comprennent les codes de causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98) et de lieu de l'événement (U98).

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

Exemple : Un patient se présente au service d'urgence 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 depuis de nombreuses années. Il souffre également de coronaropathie.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.9	PP	Pneumonie, sans précision
E11.52	AP	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées

Justification : Le code E11.52 est attribué en tant qu'autre problème parce que la norme de codification *Diabète sucré* donne la directive d'attribuer un code de la plage E10-E14, obligatoire, chaque fois que diabète est consigné. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée*.

Exemple : Une patiente 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 : Un patient se présente au service d'urgence 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 ». Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)*.

Codification des problèmes principaux et des autres problèmes pour le SNISA

En vigueur en 2002, modifié en 2008, 2009

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 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 définitif (formulé) du diagnostic;
 - 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 aux normes de codification *Diagnosics d'importance équivalente*, *Spécificité* et *Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)*.

Énoncé définitif (formulé) du diagnostic

Exemple : Une femme se présente avec une hématomérose. 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 : Il est obligatoire d'attribuer un code de cause externe en tant qu'autre problème lorsqu'un effet indésirable en usage thérapeutique doit être codifié. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements*.



Attribuez un code de cause externe provenant du chapitre XX — *Causes externes de morbidité et de mortalité* (V01-Y98), obligatoire, en tant qu'autre problème avec toute affection qui peut être classifiée dans le chapitre XIX — *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*.



Lorsqu'il s'agit d'un accident ou d'un empoisonnement pouvant être classifié dans les catégories W00 à Y34, sauf Y06 et Y07, attribuez un code de la catégorie U98.— *Lieu de l'événement*, obligatoire, en tant qu'autre problème.

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 au service d'urgence en se plaignant d'étourdissements. Lors de l'examen, le médecin constate que la tension artérielle du patient est élevée et note la dispute comme étant la cause des étourdissements. Il n'y a pas eu de diagnostic d'hypertension. Un suivi est organisé avec son médecin de famille et un travailleur social.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R03.0	PP	Constatacion 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*.

Définition du typage de diagnostics selon la BDCP

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009

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.



Attribuez un code de la CIM-10-CA, obligatoire, pour tout diagnostic ou état qui correspond à la définition d'un type de diagnostic de comorbidité ou de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X et Y).

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 classés 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 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 principalⁱ

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 ayant requis la plus grande part des ressources médicales (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.

i. Organisation mondiale de la Santé, « Rules and guidelines for mortality and morbidity coding », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2004), p. 113.

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).

Remarque : Dans des circonstances particulières, les préfixes 5 et 6 sont utilisés lorsqu'un diagnostic de type (2) est attribué sur un abrégé. Consultez le champ 01 du groupe 10 dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP* pour obtenir des instructions sur l'application des préfixes 5 et 6.

Diagnostic de Type (3) — Diagnostic secondaire

Un diagnostic de type (3) est un diagnostic ou une condition secondaire pour laquelle 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'un diagnostic de type (1) ou d'une comorbidité de type (2).

Un diagnostic de type (3) est également utilisé dans le cas des codes de la CIM-10-CA qui sont attribués pour donner des détails qui, en soi, ne représentent pas une comorbidité.

Remarque : La documentation d'une médication en cours pour le traitement d'une condition préexistante ne suffit pas à ce que cette condition soit significative et considérée comme une comorbidité. Les conditions qui ne répondent pas aux critères de comorbidité seront codifiées en tant que diagnostics de type (3).

Le type (3) n'est pas permis lorsque le code d'entrée est : (N) — Nouveau-né.

Consultez l'*annexe F1 — Références aux diagnostics de type (3)/autre problème obligatoires énoncés dans les normes* et l'*annexe F2 — Références aux diagnostics de type (3)/autre problème 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 au niveau 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 est permis comme diagnostic de type (6).

Exemple : Un patient est au stade avancé de la maladie de Crohn. Il prend une médication de maintenance pour traiter l'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 d'une 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 atteint de lupus érythémateux disséminé connu se présente avec une hématurie et de la fièvre. On diagnostique une néphrite et il est admis pour le traitement de la 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 : Une patiente 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 : Un patient est atteint de diabète sucré de type 1 et de 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.

Diagnostic de Type (7) et (8) — Réserve 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*. L'utilisation de la catégorie U98 *Lieu de l'événement* est obligatoire 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

L'usage du type (0) est restreint aux codes de nouveau-nés seulement (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 : Aucun diagnostic de type (3) ne peut être attribué sur 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 d'un autre chapitre de la CIM-10-CA correspondant à une condition significative (toute condition qui répond aux critères d'une comorbidité), la catégorie Z38.— doit être un diagnostic de type (0). Dans de telles circonstances, ce type de diagnostic peut être utilisé pour enregistrer toute condition non significative qui est 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 considéré être « 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 prévision d'une circoncision ne signifie pas que le nouveau-né est en « mauvaise santé ». Le code **Z41.2 Circoncision rituelle et de routine**, est toujours un diagnostic de type (0) lorsqu'il est consigné dans l'abrégié d'un nouveau-né.

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, elle est diagnostiquée de 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
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Le nouveau-né n'est pas en bonne 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>
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)
P12.0	(0)	Céphalématome dû à un traumatisme obstétrical
P03.2	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps

Justification : Le nouveau-né est considéré comme étant en santé, car aucune note n'indique qu'il y a eu des complications liées au céphalématome. Si cet état est codifié, le type (0) sera attribué au diagnostic.

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
Z38.000	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 la sortie de l'hôpital a été retardée parce que sa 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>
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 : Un patient 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, propranolol 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 les doses de digoxine et de propranolol ont été ajustées. L'abrégé de congé indique également que le patient est resté à l'unité de soins intensifs pendant 24 heures afin que la fibrillation auriculaire soit surveillée de près.



<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 : Un patient 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 a 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>
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
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. S'il est attribué, le code M17.9 sera un diagnostic de type (3). La codification d'un code de la série R94.3- à titre de diagnostic de type (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 : Un patient est admis avec une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et une exacerbation aiguë de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Le traitement et l'évolution sont consignés dans le sommaire de congé et dans les notes d'évolution. Il est traité avec du furosémide (Lasix) en IV, de l'oxygène et par pharmacothérapie locale (Ventolin et Combivent). Il se rétablit rapidement. Une hypokaliémie est consignée dans les notes d'évolution du médecin et le patient reste hospitalisé pendant 24 heures supplémentaires pour recevoir deux bolus de KCl. Le patient est retourné chez lui avec un traitement oral d'élixir 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 un diagnostic 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 un diagnostic 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 : Une patiente est admise avec une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et une exacerbation aiguë de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Elle est traitée avec du furosémide (Lasix) en IV, de 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 un faible taux de potassium est signalé 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

Justification : À moins qu'une hypokaliémie n'ait été consignée par le médecin, aucun code n'est attribué.

Diagnostiques d'importance équivalenteⁱⁱ

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

BS 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 : Une patiente obtient son congé après avoir reçu un diagnostic de bronchopneumonie 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)	Bronchopneumonie, sans précision
1.NA.13.BA-AG		Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser

Exemple : Une patiente 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'a été traité par chirurgie. La maladie pulmonaire obstructive chronique est choisie comme diagnostic principal, car elle apparaît en premier dans la liste des diagnostics.

ii. Organisation mondiale de la Santé, « Rules and guidelines for mortality and morbidity coding », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2004), p. 113.

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 une 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 soit 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. Une radiographie de la poitrine est effectuée et la patiente est 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	Pneumonie, 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.

Spécificitéⁱⁱⁱ

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)	Stade III ulcère de décubitus [pression]

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

iii. Organisation mondiale de la Santé, « Rules and guidelines for mortality and morbidity coding », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2004), p. 113.

Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2009

BS Utiliser 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.

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

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 la fiche de médicaments indique que le patient a reçu des antibiotiques. Les notes du médecin n'en font pas mention.

BS

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

Justification : Une interprétation clinique est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Exemple : Un patient souffre de douleurs abdominales basses. Un tomodensitogramme démontre des adhérences abdominales, mais il n'y a aucune information dans les notes du médecin qui identifie les adhérences comme étant la cause de la douleur.

BS

<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 : L'interprétation clinique est nécessaire pour confirmer la cause de la douleur.

Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque^{iv}

En vigueur depuis 2006

Dans la CIM-10-CA, le symbole de la dague (†) est utilisé pour indiquer 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.



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



Attribuez un type (6) ou un 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*.

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*)

Tuberculose méningée (cérébrale) (médullaire)
Leptoméningite tuberculeuse

- (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*)
- ostéite (M90.0*)
- ostéomyélite (M90.0*)
- synovite (M68.0*)
- ténosynovite (M68.0*)

iv. Organisation mondiale de la Santé, « How to Use the ICD », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2004), pp. 23 à 25.

- (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*)
- méningite† (G01*)
- myocardite† (I41.0*)
- péricardite† (I32.0*)
- péritonite† (K67.1*)
- pneumonie† (J17.0*)
- sepsie
- lésions cutanées

- (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)
- - sepsie (à) A41.-† J17.0*
- - - streptocoques A40.-† J17.0*

Exemple : Un patient 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'apparaît 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 : Une patiente présente un carcinome du poumon et a développé une anémie en raison de sa maladie tumorale. Elle est admise pour le traitement de l'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 état est donc classé séparément. Le type de diagnostic et son classement dépendent des circonstances consignées au dossier.

Affections aiguës et chroniques^v

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007



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 l'état chronique, facultatif, comme diagnostic de type (3)/ autre problème.



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 en raison d'une cholécystite chronique. Le médecin note dans le sommaire de congé que la cholécystite aiguë et chronique sont mentionnées sur le rapport de pathologie.



<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.



<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



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.

v. Organisation mondiale de la Santé, « Rules and guidelines for mortality and morbidity coding », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2004), p. 111.

Conditions imminentes ou menaçantes

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006

BS Attribuez un code pour une condition imminente ou menaçante seulement lorsqu'elles sont classifiées 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 ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
L89.3	(M)	PP	Stade IV ulcère de décubitus [pression]

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 classifié par rapport à l'état précurseur consigné.

Exemple : Menace d'avortement.



<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^{vi}

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2009

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.

- Assignez un code additionnel pour le symptôme ou l'affection, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement.

Exemple : Le patient se présente au service d'urgence suite à une convulsion. Il n'y a pas d'antécédants de convulsions au dossier. Une tomodensitométrie révèle une tumeur cérébrale de taille importante. Le patient est alors admis pour subir une biopsie stéréotaxique du cerveau.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
D43.2	PP	Tumeur de l'encéphale, sans précision, à évolution imprévisible ou inconnue
R56.88	AP	Convulsions, autres et non précisées (facultatif)
3.AN.20.WA		Tomodensitométrie, cerveau, sans produit de contraste

vi. Organisation mondiale de la Santé, « Rules and guidelines for mortality and morbidity coding », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2004), p. 113.

Exemple : Le patient dont il est question ci-dessus est admis pour subir une biopsie stéréotaxique du cerveau après que le tomodensitogramme ait 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 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 par 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 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/problème principal.

- Attribuez un code pour la maladie sous-jacente comme diagnostic de type (3)/ autre problème.

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 : Une patiente atteinte d'un cancer du côlon à un stade avancé 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, 2009

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.

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



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 :

Un patient est transporté en chirurgie d'un jour pour subir une bronchoscopie et faire examiner une lésion suspecte mise en évidence par la radiographie. La bronchoscopie a donné des résultats négatifs et le patient obtiendra un autre rendez-vous pour subir une médiastinoscopie.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R91	(M)	PP	Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du poumon



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 sepsie néonatale, veuillez consulter la norme de codification *Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né*.

Remarque : Le préfixe « Q » pour désigner les affections suspectées et les diagnostics possibles ou incertains n'est utilisé qu'avec les codes de diagnostic. Il n'est pas utilisé avec les codes de causes externes. Consultez le champ 01 du groupe 10 du *Manuel de saisie de l'information, BDCP*, et l'élément de données 43 dans le *Manuel du Système national d'information sur les soins ambulatoires*.

Exemple :

Le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin est le suivant :

Douleur localisée à la partie inférieure droite de l'abdomen. Appendicite aiguë possible.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R10.30	(M)	PP	Douleur localisée au quadrant inférieur droit
(Q) K35.8	(3)	AP	Appendicite aiguë, autre et sans précision

Justification : Le médecin n'a pas confirmé ni écarté le diagnostic d'appendicite et la seule information connue sur cette affection à ce moment-ci est la douleur abdominale.

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



Ulcère digestif possible

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
(Q) K27.9	(M)	PP	Ulcère digestif, non précisé comme étant aigu ou chronique, sans hémorragie ni perforation

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



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

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

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2009



Lorsqu'il y a la mention « utiliser un code supplémentaire » dans la CIM-10-CA, il est obligatoire de suivre cette directive et d'ajouter un code.



Lorsqu'il y a la mention « codifier séparément » dans la CIM-10-CA, il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire lorsque l'état satisfait aux critères de significativité.

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 : La directive « Utiliser un code supplémentaire (B95-B97) pour identifier l'agent infectieux » est facultative lorsqu'il ne s'agit pas d'un organisme résistant aux médicaments. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée [Micro-organismes résistant aux médicaments](#).

Exemple : Un patient est admis pour investigation suite à des résultats d'examen 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 le code de 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. L'attribution de codes de la rubrique B95 à B97 n'est obligatoire que pour les agents infectieux en raison des organismes résistant aux médicaments.

Exemple : Un patient, âgé de 54 ans, est admis pour subir une vitrectomie en raison d'une hémorragie du corps vitré. Selon les notes du médecin, le patient est atteint de diabète de type 2 depuis de nombreuses 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 : Dans le présent exemple, l'hémorragie du corps vitré satisfait aux critères de significativité; par conséquent, la directive « codifier séparément » est respectée en attribuant le code E11.33.

Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence avec de la toux et de la fièvre. Elle est admise pour le traitement d'une pneumonie. Elle souffre de diabète de type 2 depuis des années. Elle souffre également de coronaropathie et elle a fait un infarctus du myocarde il y a trois ans.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.9	(M)	PP	Pneumonie, sans précision
E11.52	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées

Justification : Étant donné que ni la coronaropathie ni les antécédents d'infarctus du myocarde ne satisfont aux critères de significativité durant cet épisode de soins, il n'est pas obligatoire de suivre la directive « codifier séparément ».

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 cérébral^{vii}. Une cicatrice est la séquelle d'une brûlure au troisième degré qui se développe longtemps après l'incident même.



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), facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de définir le problème actuel comme une séquelle.

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



<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.



<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).



<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.

vii. 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 poursuivre un traitement débuté 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*.

- 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 continuer le traitement de la condition présente.

Exemple : Un patient présentant une coronaropathie connue est amené au service d'urgence pour une douleur thoracique. Un ECG démontre une élévation du segment ST. À la suite de ce résultat, le patient reçoit un traitement thrombolytique. Le diagnostic au service d'urgence 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-1C		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'un agent thrombolytique

Exemple : Le patient cité dans l'exemple ci-haut est subséquemment admis à partir du service d'urgence pour obtenir des soins et un traitement continu. Le diagnostic final apparaissant au dossier du patient 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-1C		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'un agent thrombolytique

Justification : Avec l'administration d'agents thrombolytiques, il a été possible d'éviter un infarctus du myocarde. Puisque l'ECG indiquait une surélévation 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 d'urgence 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 au service d'urgence. 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>
S43.000	(M)	PP	Luxation antérieure de l'épaule, fermée
W09.08	(9)	AP	Chute impliquant autre 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, 2009

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.

L'inscription du terme « CANCELLED » ou « ANNULÉ » dans le champ de l'intervention signifie que le patient a obtenu son congé sans subir d'intervention.

- 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, inscrivez le terme « CANCELLED » ou « ANNULÉ » dans le champ de l'intervention de l'abrégié. Informez-vous auprès du ministère de la Santé de votre province ou territoire pour savoir s'il existe des politiques qui pourraient s'appliquer à la codification des interventions de chirurgie d'un jour annulées qui sont soumises à la BDCP. Assurez-vous de ne jamais inscrire ce terme sur l'abrégié d'un patient hospitalisé.
- S** Lorsqu'un patient se présente à une unité de chirurgie d'un jour, à une clinique ou au service d'urgence pour subir une intervention prévue qui n'a pas lieu, inscrivez le terme « CANCELLED ou ANNULÉ », obligatoire, dans la section « code d'intervention » de l'abrégié.
- 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.

Remarque : Il n'y a pas d'attribut de situation dans la CCI pour désigner une intervention annulée et il est erroné de codifier ces cas sous l'intervention prévue avec l'attribut de situation « A ».

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

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

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).

BS

<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

- BS** 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 prendre 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 : Étant donné qu'il s'agit d'une hospitalisation, le champ de l'intervention demeure vide et le terme « annulé » n'est pas saisi dans l'abrégé.

Exemple : Une patiente atteinte d'un cancer du sein se présente 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
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé

ANNULÉE



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

- Assignez la contre-indication à titre de diagnostic principal/problème principal et le code Z53.0 *Acte non effectué en raison de contre-indication* à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire.



Dans le cas d'une admission pour hospitalisation, lorsque la contre-indication correspond à la définition d'une comorbidité après l'admission, codifiez la contre-indication à titre de diagnostic principal et de diagnostic de type (2).

Exemple : Un patient est admis pour un remplacement de hanche, non urgent, car il souffre d'arthrose (coxarthrose). Avant la chirurgie, le patient a ressenti une douleur thoracique aiguë. Un cardiologue a été appelé en consultation pour examiner le patient et un diagnostic de STEMI est inscrit au dossier. Le patient a été transféré à l'unité des soins coronariens 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
I21.0	(2)	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]
Z53.0	(3)	Acte non effectué en raison de contre-indication (obligatoire)
M16.9	(3)	Coxarthrose, sans précision
1.ZZ.35.HA-1C		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'un agent thrombolytique

Justification : La contre-indication est inscrite à titre de diagnostic principal avec un type (2). Il est obligatoire d'inscrire le code Z53.0 avec un type (3) au diagnostic. 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 et une transfusion de globules rouges est débutée 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
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé
1.LZ.19.HH-U1-J		Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion homologue, culot globulaire

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'examens mineurs et majeurs. Les interventions d'investigation telles l'angiographie coronaire (3.IP.10.^), l'IRM, la tomodensitométrie, 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. Vérifiez 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 fait 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, une perfusion de clindamycine est débutée par intraveineuse.
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 conduit au service d'urgence à la suite d'un accident de motocyclette. Une tomodensitométrie de la tête, du torse et de l'abdomen est réalisée ainsi que des radiographies du radius et du cubitus. 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, toutes les interventions classées dans la section 1 de la CCI, dont le numéro d'intervention générique est supérieur ou égal à 50, devraient être codifiées dans les établissements de soins de courte durée.

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, approche par voie naturelle et cathéter de drainage</i>
1.PM.55.CA-TS	<i>Retrait d'un appareil, vessie, cathéter de drainage (à demeure dans la vessie)</i>
1.PM.54.^	<i>Gestion d'un appareil interne, vessie</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 signalées sont des interventions associées à des patients dont il est attendu qu'il y aura une consommation plus considérable de ressources en comparaison avec d'autres cas semblables. Les codes de la CCI compris dans cette 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. Reportez-vous également à l'[Annexe B – Interventions signalées](#).



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, avec technique d'apposition (p. ex. suture, colle) pour la fermeture, approche ouverte [excisionnelle] |
| 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 attribué lorsqu'il s'applique, même si le numéro de l'intervention générique est « 30 ». Reportez-vous également à la norme de codification *Interventions associées à l'accouchement*.

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* et 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 classer les interventions pratiquées pendant la phase périnatale (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 qualificatifs 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 qualificatifs 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, avec curage ganglionnaire
cervical radical modifié, utilisation d'un lambeau pédiculé
distant (p. ex. lambeau musculo-cutané)

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 apposition simple 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.CO | 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 : Il est obligatoire d'attribuer un code de la rubrique 3.IP.10.^*Radiographie, cœur avec artères coronaires* avec toute intervention thérapeutique pratiquée par cathétérisme cardiaque.

Exception : Afin de faire la distinction entre une intervention thérapeutique par sigmoïdoscopie ou par coloscopie, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser l'inspection. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Interventions endoscopiques*.

Exemple : Une patiente 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. Classifiez 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 : Une patiente 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 transportée en salle d'opération en vue d'une laparotomie exploratrice. Une rupture de la rate est identifiée au moment de l'ouverture de la cavité abdominale. Une splénectomie totale est pratiquée.

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

Justification : Lorsque l'intervention prévue est d'ordre diagnostique et qu'elle est 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 procédures telles que la pleurocentèse sont codifiées sous l'intervention thérapeutique intitulée « drainage ».

BS 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 : Un patient est suivi par un néphrologue à cause de taux élevés de créatinine et d'urée. Il est admis pour une biopsie rénale afin d'éliminer la possibilité de 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

BS 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. 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 évitant des 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, un patient 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 (artérielle)
Étendue : 0 et autre matière synthétique (p. ex., éponge de gélatine, microsphères, polystyrène, alcool polyvinylique, particules de contour)

Exemple : Au cours de son séjour à l'hôpital, un patient nécessite des soins pour un épisode d'épistaxis réfractaire. Ceci a été accompli par une ligature de l'artère ethmoïdale à l'aide d'agrafes, effectuée par approche ouverte transantrale.

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

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 réparé 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 à contrôler une hémorragie interne causée par la section de l'artère hépatique, qui est réparée à l'aide d'une simple suture lors d'une approche 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 à contrôler une hémorragie suite à une blessure au foie. Une approche ouverte est utilisée 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 de colle de fibrine,
Étendue : 0 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 : Une patiente est admise afin de subir une embolisation utérine pour contrôler des saignements utérins abondants causés par des fibromes. Ceci est accompli par une embolisation transartérielle utérine au moyen de deux spirales.

1.RM.13.GQ-GE Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes,
Étendue : 02 approche transluminale percutanée et utilisation de spirales (détachables)



Lorsque le contrôle d'un saignement ou d'une hémorragie est effectué sur un site de la peau par la destruction de tissus, codifiez cette intervention à 1.^^. 59.^^. *Destruction, peau* (selon le site). Omettez le code lorsque le contrôle de l'hémorragie fait partie d'une intervention plus invasive.

Exemple : Un patient présente une lacération cutanée au front. Le saignement est contrôlé 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 un saignement 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 technique d'apposition (p. ex. pose de sutures, 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

BS 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 du site d'origine et à distance de celui-ci.

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 d'exciser une lésion complètement. 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). Une deuxième résection prévue et planifiée pour compléter le traitement chirurgical de la lésion peut être signalée à l'aide de l'attribut de situation « S — par étape ». Puisqu'il s'agit d'une intervention se terminant en un deuxième épisode opératoire distinct, il ne faut pas utiliser l'attribut de situation « reprise ». Cela reste valable même si un patient revient des années plus tard pour une résection tumorale au même site. Dans ce cas, la résection serait 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, l'attribut de situation « reprise » peut être utilisé. 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, en utilisant un laser lors d'une 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 afin de réduire une tumeur cérébrale en utilisant un aspirateur chirurgical ultrasonique.

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, classifiable dans les sections 1 ou 5, 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 appartenant à l'une des catégories suivantes :

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



Inscrivez ensuite le code de la CCI pour l'intervention planifiée de la section 1 ou 5, facultatif. Si ce code est assigné, il est obligatoire d'utiliser 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 il est placé sous anesthésie générale. Le chirurgien note que le patient présente un cou très 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,
Situation : « A » amygdalectomie uniquement, utilisation d'un dispositif NCA

Exemple : Une patiente se présente pour 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 et répond ainsi au critère d'une intervention annulée. L'application de Xylocaine peut être capturée dans le champ « technique anesthésique » de l'abrégié (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 selon l'attente du chirurgien. **Codifiez l'angioplastie coronarienne.**

1.IJ.50.GQ-BD Dilatation, artères coronaires, sans insertion d'une endoprothèse
Situation : Z [stent, tuteur], approche transluminale percutanée (p. ex.,
Étendue : 1 angioplastie seule), utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant

Inscrivez également le code suivant :

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

Remarque : Dans un tel cas, le médecin responsable tente parfois d'éliminer la plaque ou le thrombus en injectant un agent thrombolytique directement dans l'artère coronaire. Ceci est classé au code 1.IL.35.HA-1C **Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), agent thrombolytique.** Lorsqu'un médicament est administré par voie veineuse, ceci doit être considéré comme une pharmacothérapie systémique. Lorsque le médicament est injecté dans une artère, il doit toujours être classifié comme une pharmacothérapie locale.

Exemple : Le patient est préparé en prévision d'une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). L'intervention a débuté ; l'ampoule semble enflammée, comme si elle avait subi un traumatisme. Le canal de Wirsung a facilement été opacifié et apparaît 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 est abandonnée.

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

Exemple : L'échec d'une réduction fermée de l'articulation de l'épaule se produit lorsque le médecin responsable ne parvient pas à réduire l'os déplacé à son emplacement anatomique 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 de 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 : Une patiente 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, approche ouverte
Lieu : « U »

Interventions converties

En vigueur depuis 2001



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 en cholécystectomie par approche ouverte.

1.OD.89.LA Excision totale, vésicule biliaire, approche ouverte,
Situation : « C » cholécystectomie uniquement

Interventions reprises

En vigueur depuis 2003, modifié en 2009

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

Remarque : L'attribut de situation est actuellement activé en tant qu'obligatoire (c.-à-d. la boîte de l'attribut de situation est rose) dans le cas des interventions les plus courantes qui pourraient faire l'objet d'une « reprise »; cependant, l'utilisation obligatoire de l'attribut de situation « R » (reprise) ne se limite pas aux rubriques où l'attribut de situation est activé en tant qu'obligatoire.



Utilisez l'attribut de situation « R » lorsque l'intervention actuelle est une « répétition » complète ou partielle d'une intervention antérieure pour pallier à un problème inattendu.

Remarque : Les interventions suivantes ne sont pas classifiées comme des reprises :

- **Réinsertion d'endoprothèses, de cathéters et de systèmes de dérivation (1.^^.52) :**
Le remplacement des endoprothèses et des cathéters est si courant 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 sont toujours synonymes d'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 agent 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.).**
- **Gestion des complications de blessures opératoires, p. ex. réparation initiale d'une hernie cicatricielle, parage initial d'une plaie, reprise initiale de cicatrice.**
- **Implantation d'un appareil interne (1.^^.53.^.) lorsqu'il s'agit de l'implantation initiale d'un appareil interne à un site où une intervention a été effectuée auparavant.**
- **Seconde résection au même site anatomique :** Cette intervention est habituellement pratiquée pour enlever du tissu atteint supplémentaire et doit systématiquement être considérée comme une « nouvelle » résection.
- **Toute intervention sur un site construit chirurgicalement (uniquement les sites anatomiques OW, « Sites construits chirurgicalement dans le tube digestif et les voies biliaires », et PV, « Appareil urinaire construit chirurgicalement » 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 pas être désignées comme des « reprises », puisqu'elles n'entraînent pas de changement réel par rapport à l'intervention antérieure sur ce même site anatomique.**

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 Implantation d'un appareil interne, bassin, par une source
Situation : « R » combinée de tissus [p. ex., greffe osseuse, ciment ou pâte],
Lieu : « L » prothèse à un composant [par exemple, cupule]

Justification : L'attribut de situation « R » aux rubriques des remplacements articulaires est utilisé lorsqu'une reprise est nécessaire après l'implantation initiale d'une prothèse.

Exemple : Diagnostic : Douleur au genou gauche. Le patient a subi une méniscectomie au genou gauche deux ans auparavant et il a développé de l'arthrose qui nécessite maintenant une arthroplastie totale du genou.
Intervention antérieure : Réparation du genou par méniscectomie
Intervention actuelle : Remplacement total de la prothèse du genou, non cimentée, utilisation d'une prothèse à trois composants

1.VG.53.LA-PP Implantation d'un appareil interne, articulation du genou,
Situation : « 0 » prothèse à trois composants (interne, externe et 150
Lieu : « L » fémoro-rotulien), non cimenté
Étendue : « 3 »

Justification : Dans le présent exemple, l'attribut de situation « R » à la rubrique 1.VG.53.^ ne s'applique pas puisque l'intervention antérieure a été pratiquée sur le ménisque et non sur l'articulation elle-même (genou). Il s'agit de la première implantation d'une prothèse et non d'une reprise de l'implantation antérieure d'une prothèse.

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, avec
Situation : « R » implantation de prothèse, sans utilisation
Lieu : « L » de tissu

Justification : Le remplacement d'une prothèse insérée auparavant est désigné comme une « reprise » à l'aide de l'attribut de situation. L'intervention actuelle est une « répétition » de l'insertion antérieure des prothèses mammaires en raison d'une complication.

Exemple : Diagnostic : Hernie cicatricielle dans la partie supérieure de l'abdomen à la suite d'une cholécystectomie.
Intervention antérieure : Cholécystectomie
Intervention actuelle : Herniorraphie avec treillis et autogreffe, approche ouverte

1.SY.80.LA-XX-Q Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, approche
Situation : « 0 » ouverte, utilisation d'une source combinée de tissus (p.ex.
Lieu : « UP » treillis avec autogreffe)

Justification : Dans le présent exemple, l'attribut de situation « R » à la rubrique 1.SY.80.^ ne s'applique pas puisqu'il s'agit de la première réparation d'une hernie cicatricielle (c.-à-d. qu'il ne s'agit pas d'une hernie cicatricielle récurrente qui a été réparée auparavant).

Exemple : Diagnostic : Un patient présente des symptômes continus de compression nerveuse après une libération du canal carpien (poignet gauche) effectuée deux ans auparavant.

Intervention antérieure : Libération du canal carpien, poignet gauche

Intervention actuelle : Libération du canal carpien, poignet gauche

1.BN.72.LA Libération, nerfs de l'avant-bras et du poignet,

Situation : « R » approche ouverte

Lieu : « L »

Justification : Le résultat souhaité n'a pas été atteint suite à la première libération du canal carpien; par conséquent, le patient nécessite une chirurgie ultérieure qui correspond à la définition d'une « reprise ». Utilisez l'attribut de situation « R » lorsqu'il s'applique même si ce dernier n'est pas activé en tant qu'obligatoire dans cette rubrique.

Exemple : Un an après la fixation des deuxième et troisième métatarses du pied droit, le patient revient 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, autres métatarses

Situation : « R » et autres articulations métatarsophalangiennes [avantpied],

Lieu : « R » fusion articulaire uniquement, avec autogreffe osseuse, utilisation de fil, d'agrafes

Prélèvement, bassin, greffon osseux sur un donneur

1.SQ.58.LA-XX-A vivant [par exemple, 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 site de chirurgie a pour but de corriger un problème qui est apparu suite à la chirurgie initiale. L'attribut de situation n'est pas activé en tant qu'obligatoire dans cette rubrique. Cependant, cette intervention correspond à la définition d'une reprise et l'attribut «R » est utilisé.

Intervention en plusieurs étapes versus reprise d'une intervention

Les interventions en plusieurs étapes sont des interventions 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 à plusieurs étapes supposent un traitement complexe planifié dès la première chirurgie.



Utilisez l'attribut de situation « S » à toutes les interventions chirurgicales (initiales et subséquentes) qui font partie d'un traitement complexe. Actuellement, la saisie de l'intervention à plusieurs étapes est facultative. Cependant, les établissements peuvent choisir de le faire en fonction de leurs besoins particuliers en données.

Remarque : Il est parfois difficile de déterminer si une seconde intervention est une reprise ou si elle fait partie d'une série d'étapes prévues afin d'obtenir les résultats souhaités. En cas de doute, la décision d'utiliser l'attribut d'intervention à plusieurs étapes ou de reprise devrait être discutée avec le chirurgien.

Exemple : Une enfant née avec une fente faciale a subi une réparation à la majeure partie de son visage 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)

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

1.FB.86.LA-XX-E

Situation : « R »

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)

Justification : Étant donné que la fermeture (réparation) initiale n'a pas apporté les résultats escomptés, il s'agit d'une reprise et non d'une intervention à plusieurs étapes. L'attribut de situation n'est pas activé en tant qu'obligatoire à cette rubrique; cependant, utilisez l'attribut de reprise lorsqu'il s'applique.

Interventions endoscopiques

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2009

Les interventions endoscopiques sont fréquemment pratiquées et elles peuvent avoir un but diagnostique ou thérapeutique.



Lorsque le but de l'intervention endoscopique est uniquement diagnostique, classifiez l'intervention sous le terme « inspection » du site anatomique.



Sélectionnez le site anatomique en fonction du site le plus profond visualisé par l'endoscope.

Exemple : Une oesophagogastroduodénoscopie est réalisée à des fins de dépistage.

2.NK.70.BA-BL Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie



Lorsqu'une biopsie et une inspection sont réalisées au même site anatomique, seule la biopsie est codifiée.

Exemple : Une coloscopie et la biopsie d'une lésion du côlon transverse.

2.NM.71.BA-BJ Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope



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 : 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-BL Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie



Lorsqu'une inspection et une intervention thérapeutique sont toutes deux effectuées au même site anatomique, ne codifiez que l'intervention thérapeutique.

Exception : Afin de faire la distinction entre une intervention thérapeutique par sigmoïdoscopie et une intervention thérapeutique par coloscopie, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser l'inspection.

Exemple : Cystoscopie avec électrodessiccation d'une tumeur de la vessie

1.PM.59.BA-GX Destruction, vessie, approche endoscopique par voie naturelle, utilisation d'un dispositif NCA (en vue de l'ablation de tissu ou de lithotritie (lithotripsie))

Justification : L'inspection par cystoscopie est inhérente au qualificateur de dispositif (BA) dans le code de destruction, vessie; par conséquent, un code distinct n'est pas attribué pour la cystoscopie.

Exemple : Coloscopie avec exérèse d'un polype du gros intestin

1.NM.87.BA Excision partielle, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle, procédure excisionnelle simple
Lieu : « U »
2.NM.70.BA-BJ Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Un code pour l'inspection est attribué avec l'intervention thérapeutique pour préciser qu'une coloscopie a été réalisée par rapport à une sigmoïdoscopie.

Exemple : Coloscopie jusqu'au cæcum avec polypectomie du côlon sigmoïde et biopsies aléatoires du côlon ascendant.

1.NM.87.BA Excision partielle, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle, procédure excisionnelle simple
Lieu : « U »
2.NM.71.BA-BJ Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Dans le présent exemple, la coloscopie est inhérente au qualificateur de dispositif (BA) dans le code de biopsie; par conséquent, un code distinct n'est pas attribué pour l'inspection.



Lorsque des 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 : Une oesophagoduodéno-gastroscopie avec la biopsie d'une lésion gastrique et la biopsie d'une lésion duodénale.

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

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

Reportez-vous également aux normes de codification intitulées *Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées*, *Oesophago-gastro-duodéno-gastroscopie 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 : Une cholécystectomie ouverte avec 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 (colposcopie) (facultatif)

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

Exception : Il est obligatoire d'attribuer un code de la rubrique 3.IP.10.^ ^ *Radiographie, cœur avec artères coronaires* avec toute intervention thérapeutique pratiquée par cathétérisme cardiaque.

Il est important d'inscrire le code 3.IP.10.^ ^ lors de la codification des 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
Situation : « Z » percutanée (p. ex., angioplastie seule), utilisation d'un dilatateur
Étendue : « 1 » à ballonnet ou à ballonnet coupant
- 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 porter une attention particulière aux sites anatomiques examinés au cours des interventions d'imagerie.

Exemple : 3.OE.^.^ Canaux biliaires uniquement

Exemple : 3.OJ.^.^ Pancréas uniquement

Exemple : 3.0G.^.^ 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 selon le site atteint.

Exemple : Une patiente 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 : Une patiente 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 a permis au médecin de confirmer 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, siège non précisé

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, 2009

L'information clinique se trouve à l'[Annexe A – Micro-organismes résistant aux médicaments](#).



Lorsque la documentation fait état d'une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments, il est obligatoire d'attribuer la combinaison de codes appropriée afin d'identifier :

- Le siège de l'infection, s'il s'agit d'un type de diagnostic de comorbidité/d'un problème principal ou d'un autre problème ;
- l'organisme infectieux, des rubriques B95 à B97 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres*, s'il s'agit d'un diagnostic de type (3)/d'un autre problème, quand il n'est pas inclus dans un code de combinaison;
- la résistance aux médicaments, des rubriques U82.– *Résistance aux antibiotiques bêta-lactames* à U85 *Résistance aux antinéoplasiques*, comme diagnostic de comorbidité de type (1) ou (2)/autre problème.

Remarque : Assurez-vous qu'un code de la catégorie U82 à U85 n'est jamais attribué comme diagnostic principal/problème principal.

Remarque : Il est obligatoire d'utiliser l'Indicateur de série pour identifier la relation entre les codes utilisés pour décrire un micro-organisme résistant aux médicaments. Pour obtenir des instructions précises sur l'application de l'Indicateur de série, consultez le Groupe 10, Champ 03 dans le *Manuel de saisie de l'information, Base de données sur les congés des patients (BDCP)* ou l'élément de données 127 Relation entre problèmes du *Manuel du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)*.

Exemple : Un patient atteint d'arthrose bilatérale primaire de la hanche a été admis pour subir une arthroplastie totale de la hanche. Cinq jours après la chirurgie, le médecin inscrit dans le dossier que le patient présente une infection de la prothèse de la hanche ainsi que la présence de SARM dans la plaie. Le patient a reçu des antibiotiques et a été placé en isolation. Lors d'une consultation avec une infirmière spécialisée en prévention des infections, on a établi le protocole SARM (staphylocoque aureus résistant à la méthicilline).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
M16.0	(M)		Coxarthrose primaire, bilatérale
T84.53	(2)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la hanche
B95.6	(3)	A	Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.1	(2)	A	Résistance à la méthicilline
Y83.1	(9)	A	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

Exemple : Une patiente atteinte de la maladie de Crohn est admise en raison d'épisodes multiples de diarrhée. Puisque qu'on croyait qu'il s'agissait de l'exacerbation de la maladie de Crohn, la patiente a reçu de la vancomycine et de la métronidazole. Le médecin a inscrit dans le dossier que la coproculture a révélé la présence du Clostridium difficile résistant à de multiples antibiotiques. Dans les notes d'évolution, il est inscrit que la patiente a été placée en isolation en raison d'une entérocologie à Clostridium difficile. Après une consultation avec l'infirmière spécialisée en prévention des infections, on a établi le protocole des infections résistant aux antibiotiques.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
A04.7	(M)	A	Entérocologie à Clostridium difficile
U83.7	(1)	A	Résistance à de multiples antibiotiques seulement



Attribuez le code Z22.30 – *Sujet porteur de maladies à micro-organismes résistant aux médicaments*, obligatoire, 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).

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.

Exemple : Un patient se présente avec une insuffisance cardiaque congestive. Le médecin a inscrit au dossier qu'un prélèvement sur écouvillon réalisé au moment de l'admission a révélé la présence d'un SARM. Il n'y a aucune documentation indiquant que le patient présente actuellement d'une infection. Par mesure de précaution, le patient est placé en isolation.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I50.0	(M)	PP	Insuffisance cardiaque congestive
Z22.300	(3)	AP	Porteur de staphylocoque résistant aux médicaments

Septicémie/Sepsie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2008, 2009

BS Attribuez un code pour la septicémie/sepsie uniquement lorsque le médecin a inscrit ce diagnostic au dossier. Ce diagnostic ne peut être présumé, ni éliminé, sur la seule base des résultats de laboratoire.

BS Lorsqu'un choc septique est documenté, attribuez le code R57.2 *Choc septique*, obligatoire.

Exemple : Une patiente est traitée à l'unité de soins intensifs pour une pneumonie et une sepsie à staphylocoques dorés.



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

Remarque : Il est possible que le terme « sepsie » soit quelquefois utilisé par les médecins pour décrire une infection localisée. Ainsi, il faut être attentif lors de l'attribution de ce code. Lorsque le terme « sepsie » est utilisé pour décrire une infection localisée, recherchez le terme pilote « infection » plutôt que « sepsie ».

Exemple : Une patiente a subi une hystérectomie abdominale et développe une fièvre deux jours après l'intervention. Le site de l'incision présente de la rougeur ainsi qu'un écoulement purulent. Le médecin inscrit au dossier que la patiente a une sepsie de la plaie causée par le *Staphylococcus epidermidis*.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T81.4	(2)	A	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
B95.7	(3)	A	Autres staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)
Y83.6	(9)	A	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 médecin a utilisé le terme « sepsie » pour décrire une infection localisée (rougeur et écoulement purulent). Il n'y a pas de mention de maladie touchant l'ensemble du corps, ainsi, il ne faut pas attribuer un code pour une 'sepsie'. Étant donné qu'il s'agit d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, il est obligatoire d'utiliser l'indicateur de série pour tous les codes liés à cette affection afin de démontrer la relation entre ces diagnostics. Reportez-vous également à la norme de codification *Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*.

Exemple : Un patient de 35 ans ayant subi un traumatisme est gardé à l'unité de soins intensifs pendant plusieurs jours. Il développe une infection des voies urinaires à E. coli qui a évolué en septicémie à E. coli. L'état du patient se détériore; il présente des signes d'insuffisance rénale aiguë et d'insuffisance hépatique menant à un choc septique. Il décède par la suite, malgré le traitement rigoureux qu'il a reçu.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
A41.50	(2)	Sepsie due à Escherichia coli (E.coli)
N17.9	(2)	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
K72.9	(2)	Insuffisance hépatique, sans précision
R57.2	(2)	Choc septique
N39.0	(2)	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B96.2	(3)	Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
R65.1	(3)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë (facultatif)

Justification : Quand le choc septique est inscrit dans le dossier d'un patient, il faut attribuer le code R57.2, car ce dernier indique le degré de gravité du continuum de la sepsie.

BS

Lorsque le patient présente une septicémie/sepsie classée dans l'une des catégories suivantes :

- 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*
- 075.3– *Autres infections au cours du travail*
- 085.– *Sepsie puerpérale*
- 098.– *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 *Infection consécutive à vaccination*
- T82-T85 *Infections et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant ou une greffe*

- Attribuez le code approprié, selon la liste ci-dessus, comme diagnostic significatif, problème principal ou autre problème.
- Attribuez un code supplémentaire, **obligatoire**, pour préciser le type de sepsie, comme diagnostic de type (3)/autre problème.
- Attribuez un code de cause externe des rubriques Y60 à Y84, 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 sepsie. Si tel n'est pas le cas, attribuez le code T81.4 *Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs*.

Exemple : Une patiente qui a subi un avortement spontané incomplet présente une septicémie à Candida diagnostiquée pendant l'épisode de soins en cours.

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	Sepsie à Candida

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



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T81.4	(2)	A	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
A41.50	(3)	A	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E.coli</i>)
Y83.6	(9)	A	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.

Exemple : Un patient a contracté une sepsie à staphylocoques postopératoire, documentée comme étant due au remplacement d'une valvule cardiaque prothétique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T82.6	(2)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque
A41.2	(3)	A	Sepsie à staphylocoques non précisés
Y83.1	(9)	A	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.



Lorsque plus d'un micro-organisme est responsable de la septicémie/sepsie, 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	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E.coli</i>)
A41.2	Sepsie à staphylocoques non précisés

Reportez-vous également aux normes de codification [Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né](#), [Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes](#) et [Syndrome de réponse inflammatoire 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 :

- Attribuez le code B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]* comme diagnostic principal/problème principal.
- Attribuez 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. Organisation mondiale de la Santé, « Rules and guidelines for mortality and morbidity coding », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2004).

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 dans la deuxième ligne de l'abrégé, après le code B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]*. Comme, dans le présent exemple, les soins sont axés sur la démence due au SIDA, le type (6) est attribué au diagnostic.



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
Sepsie 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 : <<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 affections 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 : Un patient 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 autoroute
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 du patient 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



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*.



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*.



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 la patiente. Il est impossible de consulter le médecin afin de savoir si la patiente en est au stade aigu ou chronique de la maladie.



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

Chapitre II – Tumeurs

Tumeurs primitives et secondaires

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007, 2009

BS Lorsqu'un diagnostic de tumeur primitive avec métastases est posé, et que le traitement vise également les sièges primitif et secondaire, inscrivez le siège primitif de la tumeur avant le siège secondaire.

BS Lorsque des métastases sont diagnostiquées au cours d'un épisode de soins, attribuez le type (1) au diagnostic/autre problème pour les sites de métastases précisés.

Remarque : Les codes des rubriques C00 à D48 ne doivent jamais être attribués en tant que diagnostics de comorbidité de type (2).

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



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
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], utilisation d'agents anticancéreux SAI
1.SC.27.JA		Rayonnements, vertèbres, approche externe

Exemple : Une patiente est admise pour subir une mastectomie radicale modifiée. Le rapport de pathologie révèle la présence d'un carcinome canalaire infiltrant du sein droit. Trois ganglions lymphatiques de l'aisselle confirment la présence de métastases.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C50.90	(M)	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée
C77.3	(1)	Tumeur maligne secondaire des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur

Justification : Des métastases aux ganglions lymphatiques ont été diagnostiquées au cours de l'épisode de soins et satisfont aux critères de diagnostic de type (1).

BS Lorsqu'un diagnostic de tumeur secondaire est posé, un code supplémentaire doit être attribué, obligatoire, afin d'identifier le siège de la tumeur primitive, c'est-à-dire un code du chapitre II ou de la catégorie Z85.– *Antécédents personnels de tumeur maligne.*

Reportez-vous également à la norme de codification *Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes*.

Exemple : Un 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 : 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 en lien avec la 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



Lorsqu'un siège primitif est précisé et qu'un diagnostic de « *carcinomatose* » est inscrit comme diagnostic final:

- Sans mention du siège secondaire précis, attribuez **C79.9 Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé**.
- Avec mention du siège secondaire précis, attribuez des codes individuels pour les sièges secondaires.



Lorsque le siège primitif n'est pas précisé et que le diagnostic final est « *carcinomatose* », attribuez deux codes : **C80.9 Tumeur maligne, non précisé** et **C79.9 Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé**.

Exemple : Une patiente présente une tumeur maligne primitive du côlon sigmoïde « avec carcinomatose ». Les sites des métastases ne sont pas précisés dans le dossier de la patiente.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C18.7	(M)	Tumeur maligne du côlon sigmoïde
C79.9	(1)	Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé

Justification : Le siège primitif est connu. Par conséquent, la mention de « *carcinomatose* » se rapporte aux métastases propagées du siège primitif. Il n'y a aucune mention de sites secondaires. Pour cette raison, il faut attribuer le code C79.9 afin d'identifier la présence d'un cancer métastatique.

Exemple : Une patiente est admise au service de chirurgie générale en raison de douleurs abdominales sévères. Une laparotomie exploratrice révèle une importante carcinomatose.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C80.9	(M)	Tumeur maligne, non précisé
C79.9	(1)	Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé

Justification : Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec une tumeur secondaire, il est obligatoire d'identifier le siège primitif. Dans cet exemple, le siège primitif n'est pas précisé, ainsi le code C80.9 doit être attribué.

Exemple : Un patient est examiné durant son admission et le rapport de pathologie indique un carcinome primitif du pancréas avec métastases au poumon, aux os et au cerveau. Diagnostic final: Carcinomatose.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C25.9	(M)	Tumeur maligne du pancréas, partie non précisée
C78.0	(1)	Tumeur maligne secondaire du poumon
C79.3	(1)	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales
C79.5	(1)	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse

Justification : Le siège primitif et les sites des métastases sont connus et bien indiqués dans le dossier. Ainsi, il faut attribuer un code pour chaque site.

Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006



Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec des tumeurs primitives à sièges multiples indépendants, attribuez un code pour identifier le siège de chaque tumeur primitive.

- De plus, attribuez le code **C97 Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)**, facultatif, à titre de 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.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
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.

- De plus, attribuez le code C97 *Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)*, facultatif, à titre de 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 serve 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 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



Classez 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



Classez les tumeurs des tissus ectopiques ou aberrants 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 Classez 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, ni 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

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

BS Classez, à l'aide d'un seul code distinct de la liste figurant à la cinquième remarque au début du Chapitre II – Tumeurs de la classification CIM-10-CA, 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 : La tumeur maligne du pylore est classée sous C16.4 et la tumeur maligne du duodénum est classée sous 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 cours ne confirme pas la présence d'une tumeur maligne.

Exemple :



Une patiente 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. Elle 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, attribuez le code lié à la complication comme diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez le code lié à la tumeur maligne comme diagnostic de type (3) diagnostic secondaire/autre problème.

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

Exemple : Un patient est amené au service d'urgence par des membres de sa famille. 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.



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

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



<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, attribuez un code lié à l'effet secondaire comme diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez le code lié à la tumeur maligne comme 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.



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

Exemple : Un patient 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 au service d'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, 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 : 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)	Autres médicaments antitumoraux ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
1.ZZ.35.HA-MO		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'agents anticancéreux SAI

Reportez-vous également à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique 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 un code supplémentaire de la catégorie Z85.– *Antécédents personnels de tumeur maligne*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin d'identifier le siège primitif.

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.



Code	BDCP	SNISA	Description
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 et le rapport de pathologie démontrent une récurrence du carcinome canalaire infiltrant dans la paroi thoracique droite (après la mastectomie).



Code	BDCP	SNISA	Description
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 et le rapport de pathologie démontrent un carcinome canalaire infiltrant métastatique au niveau de la cicatrice.



Code	BDCP	SNISA	Description
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.



Code	BDCP	Description
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 apposition simple de tissu (par exemple, une suture)
------------	--

Remarque : Il n'existe aucune intervention générique distincte pour la biopsie excisionnelle dans la CCI. Cette intervention est classée 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 (pour fermer 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, approche ouverte et autogreffe



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



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



Attribuez des codes d'intervention 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.



<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 différé de la source de rayonnement scellée est effectué la deuxième journée.



<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 (hystéroscopie)
1.RM.26.BA (Deuxième épisode)		Brachythérapie, utérus et structures environnantes, approche endoscopique par voie naturelle (hystéroscopie)

Exemple : Une patiente 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.

BS 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 d'attribuer l'inspection.
- Si une biopsie excisionnelle est pratiquée, le code de l'*excision partielle, site corporel* est attribué 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.

BS 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*.

BS 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, 2009

Le diabète est une condition sérieuse qui peut avoir des conséquences fatales si elle n'est pas contrôlée. Il est souvent associé à des complications à long terme pouvant toucher tous les systèmes et toutes les parties du corps. Le diabète peut être un facteur dans les 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.

Les titres de codes de la plage E10 à E14 *Diabète sucré* dans la CIM-10-CA indiquent clairement le diabète sucré *avec* une complication. Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une relation de cause à effet soit explicitement documentée afin de classer les cas dans ces catégories.

Reportez-vous également à la norme de codification [Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée](#). L'information clinique se trouve à la section [Diabète sucré](#) de l'*annexe A*.

BS Attribuez un code lié au diabète sucré chaque fois que la condition est consignée au dossier.

Remarque : L'objectif n'est pas de faire une recherche exhaustive des références au diabète dans toute la documentation secondaire, mais plutôt d'attribuer un code lié au diabète sucré lorsque ceci est remarqué lors de la révision de routine du dossier du patient.

Exemple : Un patient est vu au service d'urgence en raison de colique néphritique diagnostiquée en tant que calcul de l'uretère gauche. L'infirmière de triage a inscrit que le patient est diabétique de type 2 sur la feuille du service d'urgence. Aucun autre détail sur les complications du diabète ou sur le contrôle de la glycémie ne figurait au dossier du patient.



Code	SNISA	Description
N20.1	PP	Calcul de l'uretère
E11.9	AP	Diabète sucré de type 2 sans (mention de) complication

Justification : Le diabète doit toujours être codifié lorsqu'il est mentionné dans le dossier. Il est acceptable d'utiliser les notes de l'infirmière afin de remplir cette exigence.

BS Lorsqu'il y a des complications du diabète sucré, attribuez un code de la plage E10 à E14 pour décrire chaque complication qui répond aux critères de significativité.

BS Lorsqu'il y a de multiples complications du diabète sucré qui touchent différents systèmes corporels et qu'aucune de ces complications ne correspond aux critères de significativité, attribuez un code de la catégorie E1-.78 *Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples*.

Exemple : Une patiente de 51 ans atteinte de diabète sucré de type 2 est admise à l'hôpital pour le traitement d'une 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
E11.23†	(1)	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	(3)	Glomérulopathie non précisée au cours du diabète sucré

Exemple : Une patiente de 45 ans atteinte de diabète de type 1 est admise en raison de rétinopathie diabétique préproliférante. Elle souffre également de néphropathie diabétique et de mononeuropathie, mais elle n'a reçu aucun traitement pour ces affections au cours de cette admission.



<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

Justification : Le diabète doit toujours être codifié lorsqu'il est documenté. Étant donné que seule la rétinopathie diabétique est significative dans le cas de cette visite, seul le code E10.31† est assigné avec le code à astérisque correspondant.

Exemple : Un patient diabétique de type 2, connu pour insuffisance rénale au stade terminal et insuffisance cardiaque congestive (ICC) se présente au service d'urgence. Il se plaint d'une augmentation de l'essoufflement, d'un faible appétit et d'une soif excessive. Le diagnostic final est l'insuffisance cardiaque congestive et l'insuffisance rénale au stade terminal. Le patient reçoit le traitement approprié.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I50.0	PP	Insuffisance cardiaque congestive
E11.52	AP	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées
E11.23†	AP	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.35*	AP	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 5

Exemple : Une patiente se présente à l'urgence à la suite d'une chute sur la glace ayant causée une fracture bimalléolaire de la cheville gauche. Elle est atteinte de diabète de type 2 ainsi que de neuropathie et de rétinopathie.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S82.800	PP	Fracture bimalléolaire de la cheville, fermée
W00	AP	Chute de plain-pied due à la glace et la neige
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision
E11.78	AP	Diabète sucré de type 2 avec plusieurs autres complications

Justification : Il est obligatoire de codifier le diabète lorsqu'il est documenté. La neuropathie et la rétinopathie ne sont pas significatives dans le cas de cette visite à l'urgence. Il faut attribuer le code E11.78 afin de préciser le diabète.

Exemple : Un patient est inscrit pour la séance d'hémodialyse bihebdomadaire. Il est atteint de diabète de type 2 et d'insuffisance rénale au stade terminal. Il souffre également de maculopathie et de neuropathie périphérique sensorimotrice.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z49.1	PP	Dialyse extra-corporelle
E11.23†	AP	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.35*	AP	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 5

Justification : Bien que ce patient souffre de complications multiples liées au diabète, seule la maladie rénale répond aux critères de significativité et il s'agit du seul code requis.



Lorsque le type de diabète n'est pas clairement identifié dans le dossier, demandez des précisions au médecin ou au dispensateur de soins primaires ou attribuez le code de la catégorie E14.– *Diabète sucré non précisé.*



Lorsque le diabète est décrit comme étant « mal contrôlé » par le médecin ou le dispensateur de soins primaires au moment de l'admission ou à tout autre moment au cours de l'épisode de soins, attribuez un code de la catégorie E1–.64 *Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi.*

Remarque : Un code de la catégorie E1–.64 *Diabète sucré de Type ~ mal contrôlé, décrit ainsi* identifie le diabète mal contrôlé. Le code R73.8–2 *Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L* n'est pas requis.

Un code de la catégorie E1–.64, *Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi* ne peut pas être un diagnostic de type (2).

La terminologie servant à décrire le diabète mal contrôlé comprend : hors de contrôle, non contrôlé, instable, inadéquatement contrôlé ou diabète avec échec du traitement secondaire. Les patients qui requièrent une stabilisation d'un diabète mal contrôlé incluent les patients qui doivent être initiés à une insulinothérapie suite à l'échec d'un traitement secondaire aux agents hypoglycémiques oraux. Il est à noter que l'utilisation d'un traitement à doses variables d'insuline ne signifie pas forcément qu'il s'agit d'un cas de diabète non contrôléⁱ.

Exemple : Un patient de 54 ans est admis en raison d'insuffisance cardiaque congestive. Il souffre de diabète de type 2 depuis plusieurs années et prend des médicaments hypoglycémiques oraux. Dernièrement, son taux de glycémie est invariablement élevé. Le médecin a noté que le diabète est hors de contrôle et le patient a commencé le traitement approprié.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
E11.52	(3)	Diabète sucré de type 2 avec complications vasculaires précisées
E11.64	(1)	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi

Exemple : Un patient de 62 ans atteint de diabète de type 2 est admis pour subir une prostatectomie radicale non urgente en raison d'un carcinome de la prostate. À la suite de l'intervention, alors que le patient était à l'unité de soins intensifs (USI), le médecin a noté que le diabète du patient était hors de contrôle. La dose d'insuline a été ajustée et le patient est resté deux jours supplémentaires à l'USI.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
C61	(M)	Tumeur maligne de la prostate
E11.64	(1)	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi

Justification : Suite à une intervention, les patients souffrant de diabète peuvent avoir des problèmes temporaires de contrôle du diabète. Étant donné que le diabète est une maladie chronique, on ne doit pas attribuer un type (2) au diagnostic.

Remarque : Le diabète sucré mal contrôlé est inhérent au coma et à l'acidose associés au diabète. Par conséquent, un code de la catégorie E1-.64 *Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi* n'accompagne pas les codes des catégories E1-.0 *Diabète sucré de type ~ avec coma* ou E1-.1- *Diabète sucré de type ~ avec acidose*. Cette directive fait partie de la note d'exclusion du code E1-.64 *Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi*.

i. The *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification* (ICD-10-AM) – Tabular list of diseases and Alphabetic index of diseases. Sixth edition, Standard 0401 Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Regulation.

Exemple : Un homme de 56 ans est conduit à l'hôpital par ambulance. Selon sa femme, il ne semble qu'à demi-conscient. Le diabète est documenté au dossier comme étant non contrôlé avec un taux de glucose de 46 mmol/L. Le patient est admis en raison de déshydratation et d'hyperosmolarité. L'état du patient s'est considérablement 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	Déshydratation

Remarque : Il est important de reconnaître que le coma, un état d'inconscience, peut être attribuable à de nombreux problèmes tels qu'un traumatisme cérébral, un accident vasculaire cérébral, une tumeur cérébrale ou une infection de type encéphalite par exemple et non seulement causé par une hausse ou une baisse extrême de la glycémie chez un diabétique. Avant d'attribuer un code des catégories E10 à E14 pour décrire le coma, assurez-vous de consulter la documentation du médecin ou du dispensateur de soins primaires afin de vérifier si le diabète sucré est bel et bien la cause du coma.

Exemple : Un homme de 18 est allé nager dans un lac avec des amis. Le sauveteur a remarqué que le jeune homme était en danger et il s'est précipité pour le ramener sur la plage et procédé à la réanimation. Le service médical d'urgence a été appelé et le jeune homme a été transporté à l'hôpital. Même si le sauveteur a réussi à réanimer le patient, ce dernier est demeuré dans le coma. Les antécédents du patient ainsi que son examen physique ont permis de déterminer qu'il était atteint de diabète de type 1. Il est décédé deux jours après l'admission.



Diagnostic final : Noyade accidentelle.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T75.1	(M)	PP	Noyade et submersion non mortelle
W69	(9)	AP	Noyade et submersion dans des eaux naturelles
U98.8	(9)	AP	Autre lieu d'événement précisé
R40.29	(1)	AP	Coma, sans précision
E10.9	(3)	AP	Diabète sucré de type 1 sans (mention de) complication

Justification : Ce patient atteint de diabète de type 1 était dans un coma en raison d'un manque de débit sanguin et d'oxygène au cerveau durant son expérience de quasi-noyade. Aucune information au dossier permettait de conclure que le coma était relié au diabète sucré de type 1.



Classifiez l'ulcère du pied diabétique sous E1-.70 *Diabète sucré de type ~ avec ulcère du pied* ou E1-.71 *Diabète sucré de type ~ avec ulcère du pied avec gangrène* afin de préciser s'il y avait ou non une gangrène.

- Attribuez un code supplémentaire pour désigner un abcès, de la cellulite ou l'ostéomyélite associée à un ulcère.

Exemple : Une patiente est atteinte depuis longtemps de diabète de type 2 qui est accompagné de plusieurs complications. À son admission, elle présente un ulcère diabétique au pied (droit) avec gangrène. Au cours de son séjour, elle subit une amputation des deuxième et troisième orteils de son pied droit avec drainage associé de l'ulcère.



Diagnostic final : Abscess 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
L02.4	(1)	Abscess cutané, furoncle et anthrax d'un membre

Justification : Un code supplémentaire est assigné pour décrire l'abscess. Un code supplémentaire pour décrire l'ulcère n'est toutefois pas inscrit.

Remarque : Assurez-vous que les codes de la catégorie E1-.9 ne sont jamais utilisés en combinaison avec un code des catégories E10 à E14 dont le quatrième caractère est un chiffre de 1 à 7, sauf les sous-catégories E1-.11, E1-.63 et E1-.64.

Lorsque plus d'une complication liée au diabète est codifiée, assurez-vous que tous les codes proviennent de la même catégorie à trois caractères.



Lorsque vous attribuez le code à astérisque obligatoire N08.3-* *Glomérulopathie au cours du diabète sucré*, sélectionnez le cinquième caractère en fonction des données sur le stade de la maladie rénale chronique et non en fonction du taux de filtration glomérulaire (TFG).



Lorsque le stade de la maladie rénale chronique n'est pas inscrit au dossier, attribuez le code N08.39* *Glomérulopathie non précisée au cours du diabète sucré*.

Exemple : Diagnostic : Diabète de type 2 avec maladie rénale chronique.



Néphropathie, stade 4

<u>Code</u>	<u>Description</u>
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.34*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 4

Exemple : Diagnostic : Diabète de type 2 avec maladie rénale chronique et TFG de 35.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	Glomérulopathie non précisée au cours du diabète sucré

Justification : Étant donné que le stade de la maladie rénale chronique n'est pas inscrit au dossier, le code N08.39* est attribué malgré la mention du TFG.

Exemple : Diagnostic: Diabète de type 2 avec insuffisance rénale au stade terminal (IRT)



Néphropathie, stade 4

<u>Code</u>	<u>Description</u>
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.35*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 5

Justification : Si le dispensateur de soins a mentionné le stade de la maladie rénale chronique ainsi que le stade terminal de l'insuffisance rénale, attribuez le code N08.35* pour désigner l'IRT. L'insuffisance rénale terminale est toujours classée dans le stade 5.



Lorsque le diagnostic inscrit au dossier est « diabète limite », des clarifications supplémentaires par le médecin ou le dispensateur de soins primaires 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).

L'information clinique se trouve à la section *Diabète limite* de l'*annexe A*.



Attribuez un code de la catégorie E1-.63 *Diabète sucré de type ~ avec hypoglycémie* pour désigner un épisode d'hypoglycémie chez un patient qui est atteint de diabète.

Remarque : Assurez-vous que le code de la catégorie E1-.63 *Diabète sucré de type ~ avec hypoglycémie* n'apparaît pas sur le même abrégé que les codes d'hypoglycémie E16.0 à E16.2, car ils s'excluent mutuellement.

Exemple : Un patient 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; il reçoit de l'insuline, selon la prescription du médecin. Le lendemain, le patient a pris un léger déjeuner et 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>
E10.64	(M)	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi
E10.63	(2)	Diabète sucré de type 1 avec hypoglycémie

Justification : Il est possible d'avoir un taux de glycémie élevé et de l'hypoglycémie au cours d'un même épisode de soins.

L'information clinique se trouve à la section *Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré* de l'*annexe A*.

BS Classifiez le diabète qui est diagnostiqué pendant la grossesse au code O24.8– *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel)*.

BS Attribuez les codes du Chapitre XV – *Grossesse, accouchement et puerpéralité* avant tout code de diabète applicable des catégories E10 à E14 *Diabète sucré*.

Exemple : Une patiente se présente à 39 semaines de gestation avec un diabète gestationnel qui avait été initialement diagnostiqué lors de la première visite prénatale, à 10 semaines de gestation. 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : Une patiente souffrant de diabète sucré de type 1 et de néphropathie est admise à 39 semaines de gestation. Elle donne naissance à une fille en santé. Elle est vue par un néphrologue pour une évaluation de son état et les recommandations pour le traitement de son affection 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
E10.23†	(1)	Diabète sucré de type 1 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	(3)	Glomérulopathie non précisée au cours du diabète sucré
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : Une patiente enceinte et atteinte de diabète de type 1 est admise à l'hôpital, car elle souffre de nausée et de vomissements depuis quelques jours. Le taux de glycémie de la patiente est vérifié au cours de l'admission, et le médecin diagnostique une glycémie non contrôlée ainsi qu'une hyperémèse gravidique avec déshydratation.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
O21.103	(M)	PP	Hyperémèse gravidique avec troubles métaboliques, troubles ou complications antepartum
O24.503	(1)	AP	Diabète sucré préexistant de type 1 au cours de la grossesse, troubles ou complications antepartum
E10.64	(1)	AP	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi

BS Lorsqu'une pancréatectomie totale ou partielle entraîne un diabète sucré, celui-ci est classé sous E89.1 *Hypoinsulinémie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* pour l'épisode de soins au cours duquel l'intervention a été réalisée.

- Pour les visites subséquentes, tout cas de diabète sucré est attribué à un code de la catégorie E13. – *Autres diabètes sucrés précisés*.

Exemple : Une patiente non diabétique est admise pour subir une intervention de Whipple comprenant l'ablation d'une partie du pancréas. Elle est surveillée à l'USI après l'intervention. La patiente a présenté de l'hyperglycémie aiguë et a reçu de l'insuline pour contrôler l'hypoinsulinémie. Le diagnostic final est une tumeur bénigne au pancréas et un diabète sucré acquis avec hyperglycémie à la suite d'une intervention.



PREMIÈRE VISITE

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
D13.6	(M)		Tumeur bénigne du pancreas
E89.1	(2)	A	Hypoinsulinémie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Y83.6	(9)	A	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 : À la suite d'une pancréatectomie, la perte de cellules bêta entraîne une diminution de la production de l'insuline. L'état peut quelquefois être transitoire. Pour cette raison, il faut inscrire seulement le code E89.1 *Hypoinsulinémie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique* pour l'épisode de soins en cours.

Exemple : Une patiente est réadmise à l'hôpital quatre jours après sa sortie. Elle souffre d'une infection de plaie à staphylococcus aureus. Les notes du médecin indiquent que la patiente a développé un diabète acquis suite à une pancréatectomie et prend de l'insuline.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T81.4	(M)	A	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
B95.6	(3)	A	Staphylococcus aureus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
Y83.6	(9)	A	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
E13.9	(3)		Autres diabètes sucrés précisés sans (mention de) complication

Justification : Lorsque la condition est établie comme étant un diabète sucré au cours de toute admission subséquente, il faut attribuer un code de la catégorie E13 *Autres diabètes sucrés*, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un diabète de type 1 ni de type 2. Un code de cause externe n'est pas attribué avec le code E13.9 quand il s'agit d'un diabète causé par une pancréatectomie.



Lorsqu'un patient développe un diabète stéroïdien après l'admission, attribuez un code de la catégorie E13 *Autres diabètes sucrés précisés* comme diagnostic de type (2).



Lorsque l'acidose lactique ou un épisode d'hypoglycémie répond aux critères de comorbidité après l'admission, attribuez les codes appropriés comme diagnostic de type (2).

Exemple : Au cours de son traitement à l'hôpital pour un pemphigus, une patiente reçoit de fortes doses de stéroïdes. Elle développe un diabète stéroïdien et doit prendre des hypoglycémifiants oraux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
L10.9	(2)	Pemphigus, sans précision
E13.9		Autres diabètes sucrés précisés sans (mention de) complication
Y42.0	(9)	Glucocorticoïdes et analogues synthétiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Exemple : Une patiente de 36 ans avec diabète sucré de type 1, est admise à l'hôpital en raison d'un mauvais contrôle de son taux de glycémie. Le lendemain, elle se plaint d'étourdissements et de faiblesse. Le médecin documente une hypoglycémie dans les notes d'évolution et on donne du jus d'orange à la patiente.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.64	(M)	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi
E10.63	(2)	Diabète sucré de type 1 avec hypoglycémie

Déshydratation

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2009



Attribuez un code pour un cas de déshydratation documentée au dossier comme type de diagnostic significatif/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 significatif. Si la déshydratation est codifiée, un type (3) sera assigné au diagnostic.

Remarque : La présence d'une voie intraveineuse n'indique pas nécessairement qu'il y a une réhydratation. Les lignes intraveineuses peuvent avoir d'autres usages tels 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 et de déshydratation. Son état s’améliore considérablement suite à l’administration agressive de liquides intraveineux. Il est retourné chez lui et recevra 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, ce sera un diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient souffrant de diabète de type 1 est admis pour la stabilisation de son état. Son taux de glycémie varie considérablement et dépasse les limites acceptables. Son médecin de famille l’a référé pour une admission urgente. 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 augmentation de liquides par voie orale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
E10.64	(M)	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi
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** Attribuez un code supplémentaire provenant de la CCI aux réparations concomitantes de la dure-mère et du crâne seulement dans les cas suivants :
- La cranioplastie est si étendue qu'elle nécessite l'utilisation de plaque ou de vis (code 1.EA.80.^ ^ Réparation, crâne);
 - 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** Aucune de ces deux situations n'est normalement attendue lors d'une chirurgie intracrânienne. Pour refléter correctement la fermeture du défaut chirurgical, des codes distincts sont requis lorsqu'applicable.

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 de bas grade (pour lequel il a subi une résection subtotale 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 l'aide d'os provenant de la banque d'os avec utilisation de plaques et de vis pour maintenir la greffe en place.

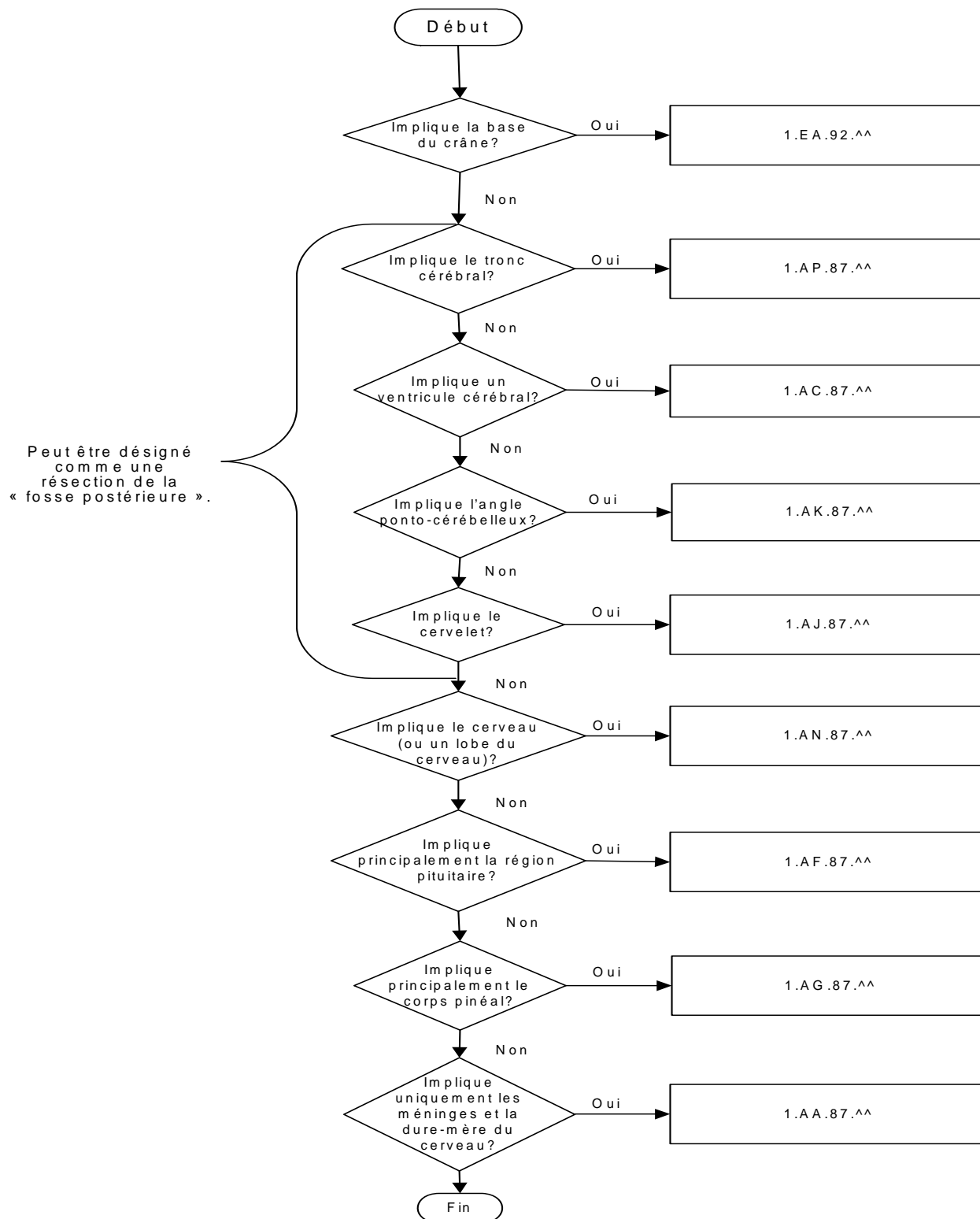
1.AN.87.SZ-GX	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux, avec dispositif NCA
1.AA.80.SZ-XX-A	Réparation, méninges et dure-mère du cerveau, autogreffe [p. ex. péricrâne, fascia lata]
1.EA.80.LA-NW-K	Réparation, crâne, utilisation de plaques et de vis (avec/sans fil/maille), avec homogreffe
1.EP.58.LA	Prélèvement, muscles de la tête et du cou, autogreffe, approche ouverte

Hiérarchie de codification dans le cadre de la résection de lésions intracrâniennes

Afin d'éviter l'attribution de codes multiples pour décrire le 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 pour le classement 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 comme intervention principale, 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 complet et le remplacement 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 pour drainage continu, il n’y a aucun attribut de situation pour indiquer la « reprise » aux codes de drainage, dans la CCI. De façon raisonnable, il est attendu que le remplacement des valves, le déblocage des shunts et le repositionnement des cathéters deviennent nécessaires en cours d’utilisation. 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.

Convulsions

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2008, 2009

BS Lorsqu’il y a documentation d’une convulsion récurrente qui n’est pas associée à une maladie aiguë ou au sevrage de substances psycho-actives, utilisez le terme pilote « Épilepsie » dans l’index alphabétique.

BS Lorsqu’il y a documentation d’une convulsion provoquée par :

- le sevrage de substances psycho-actives, recherchez le terme pilote « Sevrage » dans l’index alphabétique;
- une maladie aiguë, attribuez un code à cette dernière.

BS Lorsqu’il y a documentation d’un trouble convulsif :

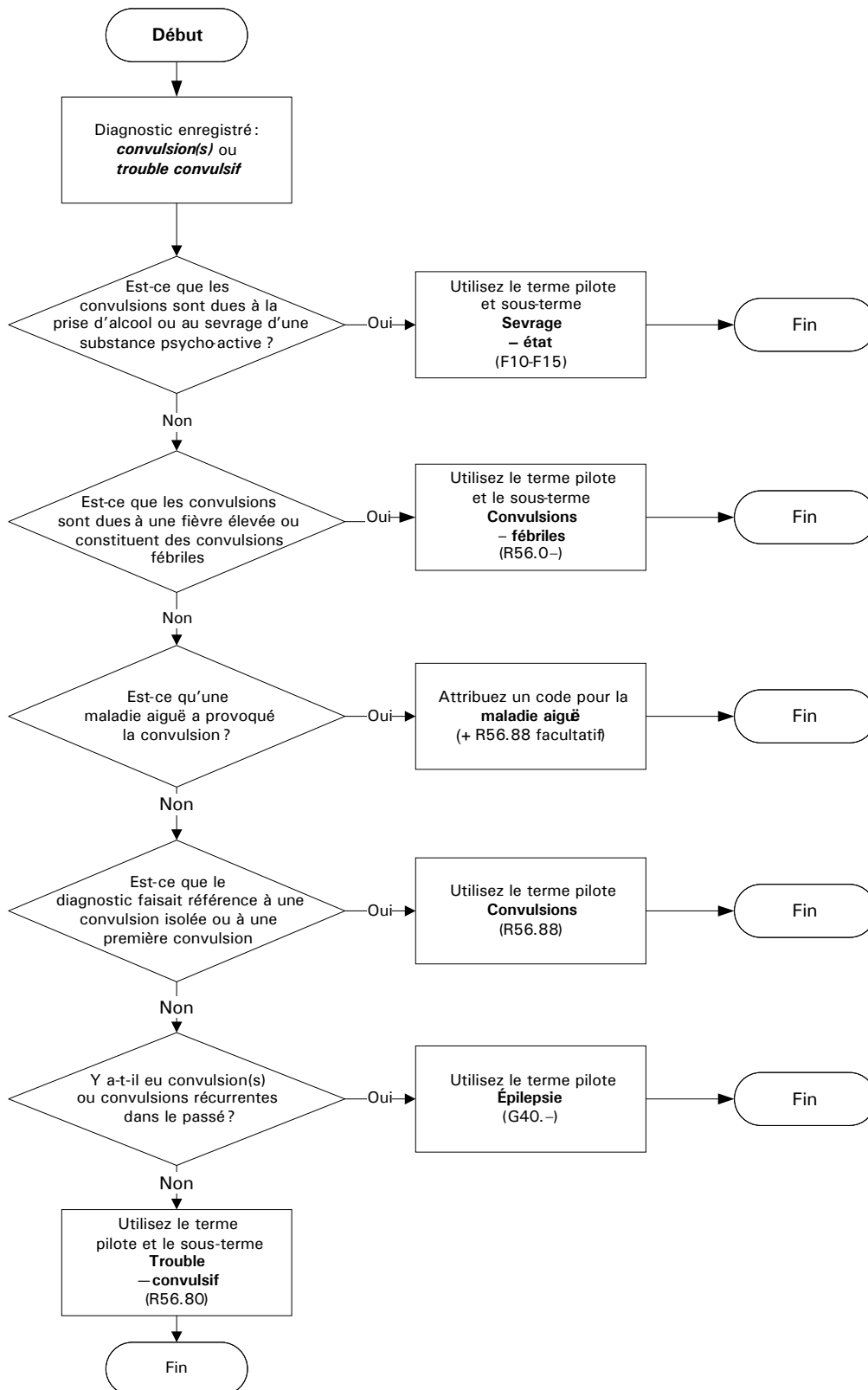
- décrit comme étant fébrile, recherchez le terme pilote et le sous-terme « Convulsions, fébriles » dans l’index alphabétique;
- sans autres précisions, attribuez le code R56.80 *Trouble convulsif, décrit ainsi*.

Remarque : Parmi les maladies aiguës qui peuvent provoquer une convulsion, citons par exemple l’hyponatrémie, l’hypomagnésémie, l’hypocalcémie, l’hypoglycémie, l’hyperglycémie non cétosique, l’hypoxie, l’insuffisance rénale ou hépatique et la sepsie.

Remarque : Une crise unique, isolée (pas d’antécédents de crise ou de convulsion) ou qui survient pour la première fois n’est pas classée sous Épilepsie. Voir la remarque d’exclusion à la catégorie G40. – *Épilepsie*

Remarque : L’organigramme suivant permet de déterminer le terme pilote adéquat lorsqu’il y a documentation d’une convulsion ou d’un trouble convulsif.

Recherche adéquate dans l'index pour Convulsion(s) et trouble convulsif



Exemple : À la suite d'une convulsion, un homme de 65 ans est conduit à l'urgence par ambulance. Le médecin décrit au dossier des convulsions tonico-cloniques et note que le patient a fait trois crises du genre dans le passé. Le diagnostic principal est « crise tonico-clonique ».



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
G40.60	PP	Crise de grand mal, sans précision (avec ou sans petit mal), non décrite comme étant réfractaire

Justification: Le patient a déjà fait des convulsions. Celle qu'il a actuellement n'est pas causée par une maladie aiguë, ni par le sevrage de substances psycho-actives. En conséquence, le cas est classé en tant qu'épilepsie. Selon le détail supplémentaire précisant qu'il s'agit d'une crise tonico-clonique, on attribue le code G40.60.

Exemple : Un enfant de cinq ans est admis à la suite d'une convulsion non associée à une fièvre. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a fait au moins deux crises convulsives dans le passé. Il pose un diagnostic final de « trouble convulsif ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
G40.90	(M)	PP	Épilepsie, sans précision, non décrite comme étant réfractaire

Justification : Un diagnostic final de trouble convulsif avec des antécédents de convulsions est classé en tant qu'épilepsie. Le code R56.80 *Trouble convulsif, décrit ainsi* n'est pas attribué, car il y a une documentation de crises antérieures.

Exemple : Un enfant de quatre ans est admis à la suite de convulsions fébriles. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a déjà connu un épisode de convulsions fébriles. Le diagnostic final consigné au dossier est « convulsions fébriles ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R56.09	(M)	PP	Convulsions fébriles, sans précision

Justification: Le code approprié est obtenu en suivant la recherche du terme Convulsions, fébriles dans l'index alphabétique.

Exemple : Une femme de 57 ans fait une crise de grand mal au centre commercial. Des ambulanciers la conduisent à l'urgence. Les antécédents de la patiente ainsi qu'un examen médical révèlent qu'elle n'a jamais fait de crise d'épilepsie auparavant. Le diagnostic final consigné au dossier est « crise de grand mal ».



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R56.88	PP	Convulsions, autres et non précisées

Justification: Une crise isolée, même si elle est décrite à l'aide de termes tels que « grand mal », « tonico-clonique » ou « petit mal », est classée sous le code R56.88. La catégorie G40 *Épilepsie* exclut une convulsion isolée ou une première crise.

Exemple : Le patient est un alcoolique connu. 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 faire 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 de soins intensifs.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T51.0	PP	Effet toxique de l'éthanol
G40.50	AP	Syndromes épileptiques particuliers, non décrits comme étant réfractaires
X45	AP	Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification: Les convulsions récurrentes induites par l'alcool, les médicaments, le stress, la privation de sommeil ou la photosensibilité sont classées en tant qu'épilepsie. Il n'y a pas d'indication de sevrage au dossier pour pouvoir les classer en tant que convulsion dues au sevrage de substances psycho-actives. Pour attribuer le code approprié, recherchez les termes « Épilepsie, reliée à, l'alcool », dans l'index alphabétique.

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
R56.88	AP	Convulsions, autres et non précisées
X45	AP	Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification: La crise épileptique est isolée et est classée au code R56.88.

Exemple : Un bébé de trois jours est amené à l'urgence d'un hôpital pour enfants à la suite d'une convulsion. Des tests sont réalisés, après quoi l'enfant 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

Justification: Pour trouver le bon code, il faut utiliser une recherche dans l'index alphabétique des termes Convulsions, nouveau-né.

Exemple : Un patient souffrant d'épilepsie connue est admis à l'urgence.
Le diagnostic posé à l'admission est : État de mal épileptique.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
G41.9	État de mal épileptique, sans précision
G40.90	Épilepsie, sans précision, non décrite comme étant réfractaire

Justification: La directive « Utiliser un code supplémentaire » à la catégorie G41 *État de mal épileptique* demande d'attribuer un code pour identifier toute convulsion, crise ou syndrome épileptique sous-jacents. Les définitions du typage de diagnostics doivent être appliquées aux cas individuels. La règle de séquence des codes ne s'applique pas.

Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral

En vigueur depuis 2002, 2006, modifié en 2008



Codifiez comme des comorbidités tous les déficits neurologiques consignés au dossier par le médecin, tels que la paralysie, la dysphagie, l'aphasie, l'incontinence urinaire et fécale, qui influent sur la prise en charge et le traitement du patient pendant la phase de soins aigus de l'accident vasculaire cérébral.

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 types de diagnostics selon les définitions des types de diagnostics.

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 Attribuez un code supplémentaire de la catégorie G81.– *Hémiplégie* pour désigner les types d'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 (carcinome basocellulaire) partie inférieure de la jambe. L'examen révèle une hémiparésie résiduelle suite 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 affections associées

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2007, 2009

Cardiopathie hypertensive et néphropathie hypertensive

BS Attribuez les codes I11 *Cardiopathie hypertensive*, I12 *Néphropathie hypertensive* ou I13 *Cardionéphropathie hypertensive* seulement lorsque le médecin documente précisément un lien de cause/effet entre la cardiopathie ou la maladie rénale causée par l'hypertension. Un lien de causalité ne doit pas être présumé.

BS Utilisez un code supplémentaire pour indiquer toute affection connexe causée par l'hypertension (p. ex. l'insuffisance cardiaque congestive, l'insuffisance rénale chronique). Inscrivez en premier les codes I11, I12 ou I13.

Remarque : Assurez-vous que les codes de la catégorie I10 à I13 ne sont jamais inscrits en tant que comorbidité après l'admission (diagnostic de type (2)) sur l'abrégé d'un patient et qu'ils ne sont jamais inscrits ensemble sur le même abrégé car ils sont mutuellement exclusifs.

Exemple : Un patient obèse souffrant d'hypertension depuis longtemps se plaint de dyspnée à l'effort et au repos, 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 l'hypertension essentielle, les médecins utilisent souvent des expressions comme « due à l'hypertension » ou « hypertensive » pour établir un lien entre les deux affections. Si les diagnostics enregistrés dans le dossier médical mentionnent 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.

Exemple : Insuffisance rénale chronique et hypertension



<u>Code</u>	<u>Description</u>
N18.9	Maladie rénale chronique, sans précision
I10.0	Hypertension artérielle bénigne

Justification : Le code I12 *Néphropathie hypertensive* n'est pas attribué, car un lien de causalité ne peut être présumé.

Exemple : Diagnostic : Diabète de type 2 avec insuffisance rénale chronique
Hypertension



<u>Code</u>	<u>Description</u>
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	Glomérulopathie non précisée au cours du diabète sucré
I10.0	Hypertension artérielle bénigne

Justification : Le code I12 *Néphropathie hypertensive* n'est pas attribué, car un lien de causalité entre l'hypertension et la maladie rénale ne peut être établi. Classez chaque affection séparément.

Exemple : Un patient est admis pour le traitement d'une insuffisance cardiaque congestive et de l'insuffisance rénale chronique secondaire due à une hypertension pré-existante de longue date. Il reçoit un traitement énergétique par diurèse et dialyse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I13	(M)	Cardionéphropathie hypertensive
I50.0	(1)	Insuffisance cardiaque congestive
N18.9	(1)	Maladie rénale chronique, sans précision

Justification : Un lien de causalité entre l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale causée par l'hypertension a été établi. Le diagnostic de type (1) est attribué aux codes I50.0 et N18.9, car le traitement ciblait l'insuffisance cardiaque congestive et l'insuffisance rénale.

Hypertension avec maladie cérébrovasculaire



Inscrivez en premier le code de la maladie cérébrovasculaire lorsqu'une hypertension est présente.

Exemple : Occlusion de l'artère basilaire avec hypertension



<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, 2009

L'information clinique se trouve à la section *Syndrome coronarien aigu (SCA)* de l'*annexe A*.



Lorsqu'un code de la sous-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)/autre problème.

Remarque : Pour les abrégés sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour, l'utilisation des codes R94.30 et R94.31 est restreinte à l'ajout des renseignements STEMI et NSTEMI dans le cas d'un infarctus aigu du myocarde ou d'un infarctus du myocarde évité. Ces codes ne doivent être utilisés que lorsqu'un code de la rubrique I21.– *Infarctus aigu du myocarde* ou I22.– *Infarctus du myocarde à répétition* ou le code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde* est attribué. Les codes R94.30 et R94.31 ne devraient pas être utilisés pour aucun autre diagnostic.

En ce qui concerne les visites aux services d'urgence, les codes R94.30 et R94.31 peuvent être utilisés sans les codes de la rubrique I21.– ou I22.– ou le code I24.0. Cependant, ils doivent seulement servir à indiquer un diagnostic de sortie dans le cas d'un STEMI ou d'un NSTEMI.

Remarque : Il ne faut pas se fier à l'interprétation apparaissant sur les rapports d'ECG ou aux résultats de laboratoire lorsqu'il s'agit d'attribuer un code de la catégorie R94.3–. Reportez-vous plutôt aux notes du médecin concernant l'ECG. Si le médecin ne mentionne pas le résultat de l'ECG, attribuez le code R94.38 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés*.

Exemple : Une patiente 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 sans onde Q.

Code	BDCP	Description
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
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 code R94.31 est attribué, car le médecin a documenté l'infarctus du myocarde dans le dossier. Il a aussi indiqué qu'il n'y a pas de surélévation du segment ST (c'est-à-dire que l'ECG est normal), mais que le résultat des biomarqueurs est positif.

Exemple : Un patient se présente suite à des épisodes de syncope. L'ECG à l'admission indique que les dérivations en V4 à V6 révèlent un sous-décalage du segment ST avec des changements non spécifiques du segment ST au niveau des dérivations latérales supérieures. Le résultat des biomarqueurs est positif. 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. Le résultat de CK-MB était négatif. Ces résultats signalaient une fuite de troponine de cause autre que cardiaque. 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.

Diagnostic final : Embolie pulmonaire

<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.

Un diagnostic d'infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) ou d'un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI) est, du point de vue clinique, une représentation précoce d'un Syndrome coronarien aigu (SCA). L'évolution ou les résultats de la maladie ne peuvent être déterminés avant qu'une investigation plus approfondie ou qu'un traitement ne soient réalisés.

Dans le cas d'une visite au service d'urgence, un diagnostic de STEMI sera classifié au code R94.30 seulement, ce qui démontre que le résultat n'est pas encore déterminé. Par contre, lorsqu'un médecin du service d'urgence inscrit le diagnostic en utilisant les termes « infarctus aigu du myocarde », cela signifie que le résultat a été déterminé et que le code approprié de la catégorie I21.– peut être attribué.

Dans le cas d'une hospitalisation, l'évolution ou le résultat de la condition est supposée être connue lors du congé. L'évolution habituelle d'un STEMI est l'infarctus du myocarde avec onde Q. Ainsi, un infarctus du myocarde inscrit comme STEMI est classifié sous le code approprié des catégories I21.0 à I21.3, à moins que le dossier du patient n'indique que le résultat final est l'IM sans onde Q ou l'IM évité. L'évolution habituelle d'un NSTEMI est l'infarctus du myocarde sans onde Q. Ainsi, un infarctus du myocarde inscrit comme NSTEMI est classifié sous le code I21.4, à moins que le dossier du patient n'indique que le résultat final est l'IM avec onde Q.



Lorsque le diagnostic à la sortie du service d'urgence est un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) ou un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI), attribuez le code approprié de la sous-catégorie R94.3– *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires* à titre de problème principal.



Lorsque le diagnostic à la sortie du service d'urgence est un infarctus aigu du myocarde, attribuez le code approprié de la sous-catégorie I21.– *Infarctus aigu du myocarde* à titre de problème principal.

Exemple : Une 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 démontraient un sous-décalage dans les dérivations antérieures et inférieures. Par la suite, un bloc de branche droit s'est manifesté, puis les dérivations 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 : Un patient est transporté au service d'urgence de l'hôpital A par ambulance aérienne avec un diagnostic de STEMI. À l'examen, le patient est blême et sans pouls périphérique. Il est transféré directement au laboratoire de cathétérisme avec un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde, tel que déterminé par le médecin du service d'urgence.



<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 du plus grand degré de précision inscrit au dossier. Les notes indiquent que ce patient a été amené à l'hôpital avec un diagnostic de STEMI. Ainsi, le code R94.30 est inscrit. Le code I21.9 est assigné à titre de problème principal puisque le résultat final ou le type d'infarctus du myocarde n'a pas encore été déterminé.



Classifiez l'infarctus aigu du myocarde avec une surélévation du segment ST dans la sous-catégorie I21.0–I21.3 *Infarctus transmural aigu du myocarde* en fonction du site, sauf si le dossier indique que le résultat final est un IM sans onde Q ou un IM évité ou interrompu.

Exemple : Un patient 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, et le 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 au départ : 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 : Un patient 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 et un traitement thrombolytique a été initié immédiatement. L'ECG semblait normal suite au traitement, mais les niveaux de troponine ont été documentés comme étant élevés.



Diagnostic final : Infarctus du myocarde sans onde Q, de la paroi antérieure.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI)

Justification : Bien que ce cas se présentait comme un STEMI, le traitement thrombolytique a réussi à empêcher l'évolution de l'IM vers un infarctus du myocarde avec onde Q. Ainsi, un code de la sous-catégorie I21.0 à I21.3 n'est pas attribué.



Classifiez un infarctus du myocarde se présentant avec une élévation du segment ST, mais qui est évité ou interrompu grâce à la réussite du traitement, au code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde.*

Exemple : Un patient 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 final 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



Classifiez l'infarctus aigu du myocarde sans surélévation du segment ST dans la sous-catégorie I21.4 *Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde*, sauf si le dossier indique que le résultat final est un IM avec onde Q.

Exemple : Un patient de 45 ans, se présente à l'hôpital. Les résultats de l'ECG et des tests d'enzymes semblent indiquer 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 est obtenue et une intervention pour subir un pontage est cédulée. À la sortie du patient, sa médication est la suivante : aspirine, Plavix et Ramipril. Diagnostic final : Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
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) car la condition est investiguée et diagnostiquée au cours de cette admission. Dans ce cas, puisque les soins sont axés sur l'infarctus du myocarde, cette condition est par conséquent le diagnostic principal.

B	Lorsqu'un infarctus du myocarde est en phase aiguë (soit dans les 28 jours suivant son apparition), inscrivez le type de diagnostic (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) selon ce qui est approprié pour le cas.
BS	Lorsqu'un patient se présente en raison d'une condition faisant partie du spectre du syndrome coronarien aigu et qu'il subit une intervention coronarienne percutanée de toute urgence au cours de la même admission, inscrivez le code de SCA comme diagnostic principal/problème principal. Inscrivez un code supplémentaire à titre de type de diagnostic (1)/autre problème si on fait mention d'une maladie coronarienne 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.
BS	Si un patient se présente avec un infarctus du myocarde à l'intérieur de la période de phase aiguë pour subir une ICP <u>non urgente</u> , 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 : Lorsqu'un patient est réadmis avec un diagnostic pouvant être classifié dans la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition*, un code de la sous-catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* peut être assigné à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin de préciser le site de l'IM original.

Exemple : Une patiente s'est étouffée en mangeant de la crème anglaise en début de semaine. Plus tard, elle a développé une toux accompagnée de fièvre. Une radiographie thoracique a confirmé qu'elle a développé une pneumonie par aspiration. Le médecin a noté dans le résumé de sortie que la patiente a subi un infarctus aigu du myocarde il y a deux semaines.



Diagnostic final: Pneumonie par aspiration.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J69.0	(M)	Pneumopathie due à des aliments et des vomissements
I21.9	(1)	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés

Justification : L'infarctus du myocarde est encore dans la phase aiguë, donc il est considéré comme un diagnostic de comorbidité. Étant donné qu'un code de la catégorie I21.– est attribué, le code R94.38 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés* est obligatoire.

Exemple : Un patient 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 de sauvetage 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 ne 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 qui sauve la vie. 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 : Un patient 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 révèlent aucune ischémie importante, ni infarctus aigu. Les niveaux de troponine sont documentés négatifs pour l'infarctus



Diagnostic principal d'après le rapport d'angiographie : SCA sans élévation du segment ST (NSTEMACS) 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 : Remarque : SCA sans élévation du segment ST ou NSTEMACS = 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 du syndrome coronarien aigu. Dans ce cas, le code R94.3- n'est pas ajouté car le code du diagnostic principal n'est pas de la sous-catégorie I21.-, ni I24.0.

B Lorsqu'un infarctus transmural (onde Q) du myocarde peut être classifié à plus d'un code de la sous-catégorie I21.–, inscrivez le code I21.2 *Infarctus transmural aigu du myocarde d'autres localisations*

B Inscrivez un code de la catégorie I22.– *Infarctus du myocarde à répétition* pour enregistrer l'infarctus du myocarde à répétition se produisant dans la période aiguë (c.-à-d. 28 jours) suivant le premier infarctus ou l'extension du premier infarctus qui se produit au cours des premiers 28 jours. Inscrivez un type de diagnostic en fonction des définitions.

BS Lorsqu'un code de la catégorie I22.– *Infarctus du myocarde à répétition* est attribué, ajoutez un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3– *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires*, obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.

Reportez-vous également à la norme de codification [Définitions des types de diagnostic pour la BDCP](#).

Exemple : Infarctus aigu du myocarde avec onde Q touchant les parois antérolatérale et inférolatérale. Les notes d'évolution indiquent que le résultat de l'ECG précisait une élévation du segment ST.

BS

<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 :

Une patiente de 63 ans, est amenée à l'hôpital par ambulance en raison d'une douleur thoracique qui persiste depuis minuit. L'ECG indique des changements non spécifiques au niveau des ondes ST-T. Il n'y a pas de surélévation du segment ST. Le résultat des marqueurs cardiaques est anormal avec un taux de troponine s'élevant à 1.42. La patiente a une histoire connue de coronaropathie et a déjà subi une angioplastie coronaire en 2001. La patiente est admise à l'unité de soins coronariens.

Impression : NSTEMI.

Au cours de sa troisième journée à l'unité de soins coronariens, la patiente a eu des douleurs thoraciques sévères. Le médecin note que l'ECG urgent pris à ce moment a démontré une surélévation du segment ST dans les dérivation II, III et aVF qui ne s'est pas réajusté dans un délai de cinq à dix minutes. Par conséquent, la patiente a été immédiatement transférée au laboratoire de cathétérisme cardiaque pour subir une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire en raison d'un STEMI. L'angiographie coronarienne a indiqué une sténose à 95% de l'artère auriculo-ventriculaire proximale et une sténose à 75% de l'artère auriculo-ventriculaire distale. La patiente a subi une angioplastie coronaire primaire avec insertion de deux endoprothèses dans l'artère auriculo-ventriculaire.

Diagnostic final : Infarctus aigu du myocarde.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I22.9	(M)	Infarctus du myocarde à répétition, de localisation non précisée
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
I21.4	(1)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
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
I25.10	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine

Justification : Les codes I21.4 et I22.9 doivent être inscrits. Dans ce cas, le code I22.9 correspond à la définition du DxP. Puisque l'IM subséquent s'est produit après l'admission, il s'agit d'un diagnostic de type (2). Un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3– est obligatoire pour le code I21.4 (c.-à-d. R94.31, afin de préciser que l'IM original était un NSTEMI) et I22.9 (c.-à-d. R94.30, qui permet de préciser que l'IM à répétition était un STEMI).

Exemple : Un patient a été soigné pour un infarctus transmural aigu du myocarde de la paroi inférolatérale, puis il a obtenu son congé de l'hôpital. Deux jours après sa sortie, il a été ré-admis en raison d'un infarctus aigu du myocarde des parois postérolatérale et postéroseptale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I22.8	(M)	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
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 est assigné, car l'IM précédent est survenu moins de 28 jours auparavant. Le fait que le patient a subi un infarctus du myocarde récent est sous-entendu au niveau du code I22.8. Dans le cas d'une réadmission en raison d'un infarctus du myocarde à répétition, il est facultatif d'inscrire un code de la catégorie I21.–, *Infarctus transmural aigu du myocarde*, pour indiquer le site de l'IM d'origine. Si le code I21.– est inscrit, il sera un diagnostic de type (3)/autre problème et un code de la sous-catégorie R94.3- devra également être inscrit. Dans cet exemple, on ne mentionne pas si l'IM (d'origine ou à répétition) était un STEMI ou un NSTEMI. Par conséquent, il faut attribuer le code R94.38.

B Inscrivez un code de la sous-catégorie I23.– *Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde* pour les complications précisées qui se produisent au cours de la phase aiguë de l'infarctus du myocarde (c.-à-d. à l'intérieur de 28 jours).

Ces complications se produisent généralement dans les 2 à 7 jours post 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 courante 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 : Une patiente a été admise en provenance du service d'urgence avec un diagnostic de STEMI et a reçu un traitement thrombolytique. Elle a été admise directement à l'unité de soins coronariens. La documentation confirme la présence d'élévations du segment ST à l'ECG et la patiente a été diagnostiquée avec un STEMI de la paroi inférieure. Deux jours plus tard, elle a souffert d'angine de poitrine post 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



Assignez le code I25.2 *Infarctus du myocarde, ancien* (antécédents d'IM), facultatif, à titre de diagnostic de type (3) uniquement lorsque les DEUX critères suivants s'appliquent :

- l'infarctus du myocarde précédent s'est produit plus de 4 semaines auparavant (28 jours); ET
- à l'heure actuelle, le patient n'est pas en observation, ni sous évaluation, ni en traitement en raison de l'infarctus du myocarde précédentⁱ.

Exemple : Le patient est admis en raison d'une hémicolectomie. Le médecin a noté l'antécédent d'infarctus du myocarde d'après les résultats du 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)

i. NCCH, ICD-10-AM, Circulatory System, juillet 2002.

Intervention coronaire percutanée (ICP)

En vigueur depuis 2007, modifié en 2008, 2009

L'intervention coronaire percutanée (ICP), connue auparavant sous le nom d'angioplastie coronaire transluminale percutanée (ACTP), est le traitement privilégié pour soigner les infarctus du myocarde avec élévation du segment ST lorsqu'il est possible d'avoir immédiatement accès aux laboratoires de cathétérisme cardiaqueⁱⁱ. Lorsqu'un accès immédiat n'est pas possible, 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*.



Lorsqu'une ICP est réalisée, inscrire l'attribut de situation approprié, obligatoire, afin de distinguer une ICP primaire (directe) d'une ICP pratiquée plus tard ou à la suite d'un traitement thrombolytique.

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 la valeur de l'attribut de situation à compter de l'arrivée du patient au premier établissement jusqu'au commencement de l'ICP.



Lorsqu'une ICP est réalisée, inscrivez un code supplémentaire de la rubrique 1.IL.35.^[^] *Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques*, obligatoire, afin d'identifier l'insertion d'une endoprothèse à élution de médicaments.

Remarque : La directive ci-dessus s'applique aux ICP primaires et aux autres ICP (non primaires).

ii. « Primary Coronary Angioplasty in Patients with Acute Myocardial infarction », *Texas Heart Institute Journal*, vol. 21, n° 2 (1994).

iii. E. Letovsky et T. Allen, « Initiating thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: Whose job is it anyway? », *Canadian Medical Association Journal* (en ligne), vol. 154, n° 4, le 15 février 1996, p 509-511. Consulté le 29 juillet 2008. Internet : <http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj/vol-154/0509e.htm>.

Exemple : Une patiente de 63 ans, a été transférée par ambulance, suite à un infarctus aigu du myocarde de la paroi inférieure avec élévation du segment ST (STEMI) dont le traitement thrombolytique a échoué. Une ICP a été pratiquée, dès la première journée, sur l'artère coronaire droite à l'aide d'un ballonnet et de l'insertion d'une endoprothèse.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée
Situation : « Z » (p. ex., angioplastie seule), utilisation d'un dilateur à ballonnet
Étendue : « 1 » ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]

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

Justification : L'attribut de situation « Z » est choisi, car il y a eu un essai de traitement thrombolytique avant l'ICP.

Exemple : Un patient de 71 ans, a été amené par ambulance. Il souffre d'un infarctus aigu du myocarde 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 d'un ballonnet et de l'insertion d'une endoprothèse.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée
Situation : « N » (p. ex., angioplastie seule), utilisation d'un dilateur à ballonnet
Étendue : « 1 » ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]

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

Justification : L'attribut de situation « N » est inscrit, car les trois critères sont présents. Le diagnostic posé est un STEMI, et l'ICP a été réalisée dans les 12 heures suivant l'arrivée du patient à l'hôpital et avant qu'un agent thrombolytique soit administré.

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.

Dans la CCI, une athérectomie ou une thrombectomie pratiquée concomitamment avec une angioplastie coronaire est classifiée à 1.IJ.50.^[^] *Dilatation, artères coronaires*. Lorsqu'une athérectomie ou une thrombectomie est pratiquée sans angioplastie, elle est classifiée à 1.IJ.57.^[^] *Extraction, artères coronaires*. Il est attendu que les codes de la rubrique 1.IJ.57.^[^] seront rarement utilisés car la plupart du temps, une dilatation est réalisée avec l'athérectomie et la thrombectomie.



Lorsqu'une angioplastie coronaire et une athérectomie ou une thrombectomie ont été pratiquées au cours de la même intervention, attribuez un code de la rubrique :

- 1.IJ.50.^ ^ *Dilatation, artères coronaires*
 - Choisissez le qualificateur approprié pour décrire l'athérectomie ou la thrombectomie ainsi que l'attribut de situation approprié.

Remarque : Une intervention coronaire percutanée (ICP) pratiquée sur le même site qu'une angioplastie antérieure ou d'une insertion d'endoprothèse en raison de la réapparition de la maladie ou de la résurgence aiguë d'une occlusion est considérée comme une révision ou reprise d'ICP. S'il n'est pas clair que la révision de l'ICP est effectuée exactement au même site, ne sélectionnez pas l'attribut de situation lié à la révision ou la reprise de l'ICP. S'il y a un chevauchement du site (un qui a déjà été dilaté et l'autre non), ceci sera codifié comme une reprise d'ICP.

Remarque : N'appliquez pas l'attribut de situation de la reprise au code 1.IJ.50.^ ^ *Dilatation, artères coronaires* quand une ICP est réalisée pour la première fois sur une artère qui a déjà fait l'objet d'une greffe (c.-à-d. un pontage aortocoronarien antérieur). La reprise se limite à une ICP sur un site d'angioplastie antérieur et à l'insertion antérieure d'une endoprothèse.

Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions d'imagerie diagnostique](#).

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 prédilatation s'est poursuivie avec un ballonnet 2.5. Une endoprothèse en métal nu a été déployée.

1.IJ.50.GU-OA	Dilatation, artères coronaires, approche transluminale
Situation : « N »	percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]
Étendue : « 1 »	

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

Justification : Le patient a subi une angioplastie coronaire et une thrombectomie.

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 pour un cathétérisme cardiaque urgent. L'artère interventriculaire antérieure proximale était obstruée par un thrombus. Un fil Wisdom de 0,014 pouce a été utilisé pour traverser l'occlusion. Une dilatation initiale 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 à élution de médicament Taxus (paclitaxel), puis une post-dilatation de l'endoprothèse a été effectuée au moyen d'un ballonnet.

1.IJ.50.GU-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale
Situation : « Z » percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilatateur
Étendue : « 1 » à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]

1.IL.35.HZ-M3 Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, élution par un dispositif implanté, plantes alcaloïdes et autres produits naturels

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

Justification : L'attribut de situation Z est sélectionné, car il ne s'agit pas d'une ICP primaire ni d'une reprise. Une endoprothèse a été insérée au moyen d'un tuteur à élution; par conséquent, il est obligatoire d'ajouter un code de la catégorie 1.IL.35.^^.

Exemple : Le patient a subi une angioplastie de l'artère coronaire droite distale il y a deux ans. Une angiographie coronarienne récente a révélé la présence de resténose et le patient a été admis pour subir un ICP. Une angioplastie avec insertion d'une endoprothèse a été réalisée dans l'artère coronaire droite distale. Un fil-guide BMW a été utilisé pour passer à travers l'occlusion. Un ballonnet 3.0 a été utilisé pour prédilater la lésion. Une endoprothèse en métal nu a été utilisée.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale
Situation : « R1 » percutanée et dilatateur à ballonnet avec (insertion d'un
Étendue : « 1 » extenseur (endovasculaire)

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

Justification : Ce patient a subi une angioplastie coronaire avec insertion d'une endoprothèse sur le site d'une angioplastie antérieure. L'attribut de situation R1 (reprise d'une angioplastie antérieure) s'applique.

Traitement thrombolytique

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008, 2009

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** Attribuez un code pour un traitement thrombolytique, obligatoire, chaque fois qu'un tel traitement est administré, sans égard au diagnostic.
- S** Lorsqu'un traitement thrombolytique est administré au service d'urgence ou avant l'arrivée au service d'urgence, par exemple par le personnel paramédical, inscrivez un code pour ce traitement thrombolytique, obligatoire, sur l'abrégé du service d'urgence du SNISA.
- B** Attribuez un code pour le traitement thrombolytique, obligatoire, sur l'abrégé de la première admission de l'épisode de soins continu courant, ininterrompu même s'il :
- est administré avant l'arrivée au service d'urgence (p. ex. les traitements administrés par le personnel paramédical);
 - est administré au service d'urgence du même établissement ou d'un établissement de transfert.
- BS** Classifiez l'administration d'un agent thrombolytique par infusion intraveineuse à l'aide du code 1.ZZ.35.HA-1C *Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'un agent thrombolytique.*
- BS** Classifiez l'injection d'un agent thrombolytique dans une artère à la rubrique 1.^^.35.^.^ *Pharmacothérapie (locale), par site, c'est-à-dire :*
- 1.JW.35.HA-1C *Pharmacothérapie (locale), vaisseaux intracrâniens, approche percutanée à l'aiguille (injection), utilisation d'un agent thrombolytique;*
 - 1.IL.35.HA-1C *Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), agent thrombolytique.*
 - 1.IM.35.HA-1C *Pharmacothérapie (locale), artère pulmonaire, approche percutanée à l'aiguille (injection), agent thrombolytique.*

Remarque : L'attribution d'un code pour un 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, *What are Thrombolytics* (en ligne), CPR Works. Consulté le 30 juillet 2008.
Internet : <<http://www.cprworks.com/thrombolytics.html#20>>.

Remarque : Utilisez l'*Indicateur d'intervention avant l'admission* pour préciser à quel moment le traitement thrombolytique a été administré avant l'admission, pendant une visite au cours de l'épisode actuel de soins ininterrompus. Voir le Groupe 11, Champ 20 dans le Manuel de saisie de l'information, BDCP pour obtenir des directives précises sur l'utilisation de l'indicateur pour les interventions initiées avant l'admission.

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-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'un agent thrombolytique

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
Situation : « N » (p. ex., angioplastie seule), utilisation d'un dilateur à ballonnet
Étendue : « 2 » ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]

1.IL.35.HA-1C Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), agent thrombolytique

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. De la streptokinase est administrée 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-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique],
utilisation d'un agent thrombolytique

Remarque : Utilisez *l'indicateur d'intervention avant l'admission*.

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) et sur l'abrégé de la BDCP. L'établissement B n'inscrit pas de code pour le traitement thrombolytique sur son abrégé de la BDCP.

De nombreux établissements au Canada ne soumettent pas de données au SNISA; par conséquent, afin de s'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, l'établissement A codifie le traitement thrombolytique sur l'abrégé de la BDCP. Il n'est donc pas nécessaire de le codifier une fois de plus sur l'abrégé 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-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique],
utilisation d'un agent thrombolytique

Remarque : Utilisez *l'Indicateur d'intervention avant l'admission*.

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 s'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.

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 précédents son admission. Des changements latéraux de l'onde T semblables à ceux d'une ischémie étaient visibles à l'ECG 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 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'un agent 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 doit obligatoirement être inscrit.

v. J. L. Anderson et al., « ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction », *Journal of American College of Cardiology* (en ligne), vol. 50, (6 août 2007), P. 652-726. Consulté le 1er août 2008. Internet : <<http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/50/7/652>>.

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. L'angine instable fait partie du spectre des conditions du syndrome coronarien aigu.

Reportez-vous également aux normes de codification *Cardiopathie ischémique chronique* et *Syndrome coronarien aigu*.

- B** Classifiez l'angine comme type de diagnostic significatif (M), (1) ou (2) seulement lorsqu'elle est documentée comme étant présente pendant l'épisode de soins en cours.
- B** 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.
- B** Lorsqu'un pontage aortocoronarien (PAC) est pratiqué, sélectionnez le code I25.1 *Cardiopathie artérioscléreuse* en tant que diagnostic principal.

Exemple : Une patiente 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 : Un patient souffre depuis longtemps de coronaropathie avec angine de poitrine à l'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 histoire 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. Une histoire 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 diagnostic de type (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 se manifeste souvent par de l'angine de poitrine ou un infarctus aigu du myocarde.

Reportez-vous également aux normes de codification [Angine de poitrine](#) et [Syndrome coronarien aigu \(SCA\)](#).



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 en tant que diagnostic de type (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
I21.4	(1)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
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, la coronaropathie 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 : Un attribut d'étendue est requis, obligatoire, 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, sous circulation extracorporelle et cardioplégie. Des électrodes épicaudiques sont posées et un drain thoracique inséré.

1.IJ.76.LA-XX-Q Pontage, artères coronaires, approche ouverte (sternotomie),
Étendue : « 2 » utilisation d'une source combinée de tissus (p. ex. greffon ou 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.

Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens (PAC)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006

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 greffons de la veine saphène sont sujets à l'occlusion. 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 classée à T82.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* dans la CIM-10-CA;
- L'athérosclérose d'un greffon veineux, peut se manifester dès la première année suivant la greffe, mais se développe totalement environ cinq années après la greffe. L'athérosclérose d'un greffon de la veine saphène est classée 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 <i>Autres complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires.</i>
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 <i>Cardiopathie artérioscléreuse.</i>
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 clarifications au médecin.

Reportez-vous également à la norme de codification *Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.*

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>Série</u>	<u>Description</u>
T82.8	(M)	A	Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
I24.0	(3)	A	Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde
R94.38	(3)	A	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
Y83.2	(9)	A	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

Arrêt cardiaque

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2008, 2009

- BS** Attribuez le code I46.0 *Arrêt cardiaque réanimé avec succès* ou I46.9 *Arrêt cardiaque, sans précision* lorsque le médecin a documenté un arrêt cardiaque et qu'une réanimation a été pratiquée (peu importe le résultat).
- BS** Il est obligatoire d'attribuer des codes pour identifier les réanimations qui ont été pratiquées.
- BS** Lorsque l'arrêt cardiaque est une étape finale prévue survenue à l'hôpital et qu'aucune tentative de réanimation n'a été pratiquée, codifiez seulement l'état sous-jacent.
- BS** Attribuez le code I46.1 *Mort cardiaque subite, décrite ainsi* seulement si le médecin a précisément décrit ainsi le diagnostic.

Les réanimations cardiaques comprennent :

- Codes de la rubrique 1.HZ.30.^ ^ *Réanimation, cœur NCA*;
- Codes de la rubrique 1.HZ.09.^ ^ *Stimulation, cœur NCA*.

Remarque : Ne confondez pas une mention d'absence de signes vitaux avec un arrêt cardiaque. Un arrêt cardiaque doit clairement être documenté avant d'attribuer les codes I46.0 ou I46.9. Un diagnostic d'arrêt cardiaque ne peut être présumé en se basant sur une intervention de réanimation cardio-cérébrale (RCC) ou de réanimation cardio-respiratoire (RCR).

Remarque : La réanimation cardio-cérébrale (RCC) est la technique de réanimation par compressions thoraciques (sternales) seulement, sans respiration artificielle.

Reportez-vous également à la norme de codification [Absence de signes vitaux \(ASV\)](#).

Exemple : Une femme de 80 ans appelle le 911. Lorsque le personnel paramédical arrive sur les lieux, elle est trouvée sans signes vitaux. À l'hôpital, le médecin du service d'urgence déclare son décès et indique « mort cardiaque subite » dans 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 atteint du sida et 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)	Immunodéficience humaine virale (VIH)
B44.7	(1)	Aspergillose disséminée

Justification : Étant donné que l'arrêt cardiaque est un événement terminal prévu, seule l'affection sous-jacente est codifiée.

Exemple : Une patiente de 58 ans se présente au service d'urgence, car elle souffre de douleurs à la poitrine. Le médecin a noté que l'ECG a révélé une surélévation du segment ST. La patiente est admise à l'unité de soins coronariens avec un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde. Elle subit par la suite un arrêt cardiaque. Une réanimation cardio-respiratoire est tentée, sans succès. Le décès de la patiente est prononcé à 17 h 10.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
I21.3	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de localisation non précise
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
I46.9	(2)	Arrêt cardiaque, sans précision
1.HZ.30.JN		Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante
1.GZ.31.CB-EP		Ventilation, système respiratoire NCA, approche non invasive, assistée manuellement (p.ex., masque ambu)

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque. Remarque : Il est facultatif d'attribuer un code pour la ventilation non invasive.

Exemple : Un homme de 40 ans se présente à l'hôpital avec des douleurs thoraciques et fait un arrêt cardiaque au service d'urgence, documenté au dossier. Un tube endotrachéal est inséré et une réanimation cardio-respiratoire (RCR) est initiée et réussie. Le rythme sinusal du patient redevient normal.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
I46.0	PP	Arrêt cardiaque réanimé avec succès
1.HZ.30.JN		Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante
1.GZ.31.CA-EP		Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation endotrachéale, assistée manuellement (p.ex. masque ambu)

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque et la ventilation invasive.

Exemple : Une femme de 52 ans admise à l'hôpital en raison d'une pneumonie subit un arrêt cardiaque après son admission. 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>
J18.9	(M)	Pneumonie, sans précision
I46.9	(2)	Arrêt cardiaque, sans précision

1.HZ.09.JA-FS Stimulation, cœur NCA, approche externe, utilisation d'un convertisseur/défibrillateur

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque.

Exemple : Un homme de 55 ans s'est effondré chez lui pendant qu'il pelletait la neige dans son stationnement. Sa femme a appelé l'ambulance et 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.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante

1.GZ.31.CA-EP Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation endotrachéale, assistée manuellement (p.ex. masque ambu)

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque. Remarque : Il est facultatif d'attribuer un code pour la ventilation non invasive.

Exemple : Un patient de 65 ans est amené au service d'urgence par ambulance. Le personnel paramédical initie une réanimation cardio-cérébrale (RCC) par compression thoracique, mais interrompt le processus peu après l'arrivée. L'urgentologue prononce le décès du patient et inscrit un diagnostic d'absence de signes vitaux (ASV).



Remarque : La RCC par compression thoracique correspond seulement aux compressions thoraciques sans respiration artificielle.

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R99	PP	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées
1.HZ.30.JN		Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante

Justification : Ne présumez pas qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque seulement parce qu'il y a eu une tentative de RCC. Il est obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation.

Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)

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

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.

L'information clinique se trouve à la section *Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)* de l'*annexe A*.

Épisode actuel d'AVC



Assignez le code de l'AVC actuel, pouvant être classé sous les catégories I60 à I64 pendant l'épisode de soins initial relatif à cet accident. Cet épisode comprend l'hospitalisation en soins de courte durée et tout transfert ultérieur pour réadaptation 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 un deuxième AVC ou extension d'un infarctus cérébral après l'admission, inscrivez un code des catégories I60 à I64 avec un type de diagnostic (2).

Remarque : Le type de diagnostic attribué à l'AVC actuel classifiable de 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 : 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 un centre de réadaptation afin de réapprendre les activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'améliorer son élocution. Les déficits sont une hémiplégie touchant le côté dominant et une aphasie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z50.9	(M)	Soins impliquant une rééducation, sans précision
I63.9	(3)	Infarctus cérébral, sans précision (pour l'infarctus cérébral qui s'est produit deux semaines auparavant)
G81.90	(1)	Hémiplégie du côté dominant, sans précision
R47.0	(1)	Dysphasie et aphasie

Exemple : Une patiente est admise avec un infarctus cérébral causé par une embolie. Elle est vue par un cardiologue qui diagnostique la présence de fibrillation auriculaire et elle débute un traitement aux anticoagulants. Elle reçoit des traitements de physiothérapie intense pour une hémiplégie du côté gauche (la patiente est droitère) 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 du côté 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 des rubriques I60 à I67.1 et I67.4 à I67.9 ayant causé 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 AVC, 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 traitements et 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
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile
G81.99	(3)	AP	Hémiplégie (unilatérale) touchant un côté 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 répétées (crises partielles simples), un effet tardif de son AVC.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
G40.10	(M)	Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation (focale, partielle) avec crises partielles simples, non décrits comme étant réfractaires
I69.4	(3)	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

Interventions connexes

Lorsqu'un AVC est suspecté, une tomodensitométrie ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) peut être réalisée afin de déterminer si l'AVC 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 AVC attribuable à un caillot sanguin vise à dissoudre le caillot. Dans la CCI, la « thrombolyse » est codifiée à 1.ZZ.35.HA-1C *Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'un agent thrombolytique.*

Reportez-vous également à la norme de codification [Traitement thrombolytique](#).

D'autres options de traitements-chocs comprennent :

L'angioplastie intracrânienne	1.JW.50.^ ^ Dilatation, vaisseaux intracrâniens;
La thrombectomie intracrânienne	1.JW.57.^ ^ Extraction, vaisseaux intracrâniens;
Le pontage, de vaisseaux IC à IC	1.JW.76.^ ^ Pontage, vaisseaux intracrâniens.

Lorsque la cause de l'accident vasculaire cérébral est d'origine hémorragique, une procédure d'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 d'ergothérapie et de réadaptation. Ces codes ne sont pas requis en collecte de routine 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 AVC 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 AVC, tous les codes de la plage 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 AVC 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*.

BS 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 : Un patient de 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 une histoire d'hypertension et aucune histoire 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>
I70.20	(M)	PP	Athérosclérose des artères distales sans gangrène

Exception : La maladie vasculaire périphérique sans gangrène chez un patient diabétique est classée dans la catégorie E10 à E14 avec les quatrième et cinquième caractères .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 caractères .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 une 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, il est codifié par rapport au site anatomique d'origine. Le site de fin de la greffe est représenté par la portion 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 classifiée 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. Filponction ou cerclage avec un fil — Destruction (59);



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 matériel synthétique (p. ex. feutre téflon, Dacron, nylon, orlon)



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), avec matériel synthétique



Lorsque les anévrismes des artères cérébrales et précérébrales sont traités 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. 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 utilisation d'agrafe
Étendue : « 0 »

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](#).

Pneumonie lobaire

En vigueur depuis 2006

BS 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 *Pneumonie lobaire, sans précision*.

BS Lorsqu'un micro-organisme précis est identifié comme étant responsable de la pneumonie, optez pour le code 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 la pneumonie est indiquée par "Pneumonie LID", on ne peut présumer qu'il s'agit d'une pneumonie lobaire, à moins que les notes du médecin ou les radiographies démontrent CLAIEMENT que le lobe ENTIER est atteint. Une pneumonie du lobe inférieur droit peut simplement signifier que seulement une partie ou un segment du lobe inférieur est entâché. Les termes tels que « catarrhale », « confluyente », « diffuse », « disséminée (focale) », « lobulaire (segmentaire) » et « parcellaire » sont tous des indicateurs d'une bronchopneumonie (J18.0) sous le terme « pneumonie » dans l'index alphabétique. Quant aux termes « apicale », « basilaire » et « massive », ils réfèrent à une pneumonie lobaire (J18.1) selon l'index alphabétique.

Lorsque la documentation ne précise pas le micro-organisme et ni la pneumonie lobaire ni la bronchopneumonie, choisissez le code J18.9 *Pneumonie, 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.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.1	(M)	PP	Pneumonie 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. Une culture des expectorations est réalisée et le médecin inscrit au dossier du patient un diagnostic de pneumonie à pneumocoques.

BS

<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. Une culture des expectorations signale la forte croissance d'un pneumocoque. Les notes du médecin ne font pas mention des résultats de la culture et de l'antibiogramme. Diagnostic final : pneumonie



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J18.1	(M)	PP	Pneumonie 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 sont sujets à interprétation 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 raison principale 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 combinaison de pneumonie, de MPOC et de sepsie, la pneumonie est codifiée à J17.0 *Pneumonie au cours de maladies bactériennes classées ailleurs*, comme diagnostic de type (3) ou (6), car il devient un code à astérisque lorsqu'il est associé à la sepsie. La séquence du code de la MPOC (J44.0) dépend des circonstances. Reportez-vous également aux normes de codification *Septicémie/Sepsie* et *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*.

Les patients souffrant de MPOC présentent généralement un risque plus 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 du poumon met en évidence une pneumonie. Il est ensuite admis pour le traitement de l'exacerbation 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	Pneumonie, 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 dû à 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 de la note d'exclusion « avec exacerbation aiguë ».

Asthme

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2005, 2006, 2009

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 de 12 ans est transporté à l'hôpital souffrant d'une respiration sifflante et d'essoufflement. Il n'a pas d'antécédents d'asthme. Le diagnostic final inscrit au dossier est maladie réactive des voies aériennes.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
J98.8	(M)	PP	Autres troubles respiratoires précisés

Justification : Un diagnostic final de la maladie réactive des voies aériennes ne doit pas être classé en tant qu'asthme. L'index alphabétique mène au code J98.8.

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

Status asthmaticus (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.

Les termes suivants désignent l'état de mal asthmatique :

- Asthme aigu sévère;
- Asthme sévère aigu;
- Crise d'asthme réfractaire;
- Asthme réfractaire;
- Respiration sifflante grave réfractaire;
- Obstruction des voies aériennes non soulagée par les bronchodilatateurs.

Remarque : Un diagnostic d' " asthme aigu " ou " asthme sévère " seulement ne signifie pas un état de mal asthmatique.

Exemple : Un jeune homme de 18 ans est transporté à l'hôpital souffrant d'une crise d'asthme aigu sévère. Un traitement bronchodilatateur lui est administré. Son dossier indique qu'il souffre d'asthme depuis son enfance.



<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

Justification : Dans cet exemple, l'asthme est documenté comme ayant débuté pendant l'enfance, et un terme désignant l'état de mal asthmatique a été utilisé pour décrire l'asthme. Ainsi, il faut attribuer un code de la catégorie J45.0 avec le chiffre « 1 » comme cinquième caractère.

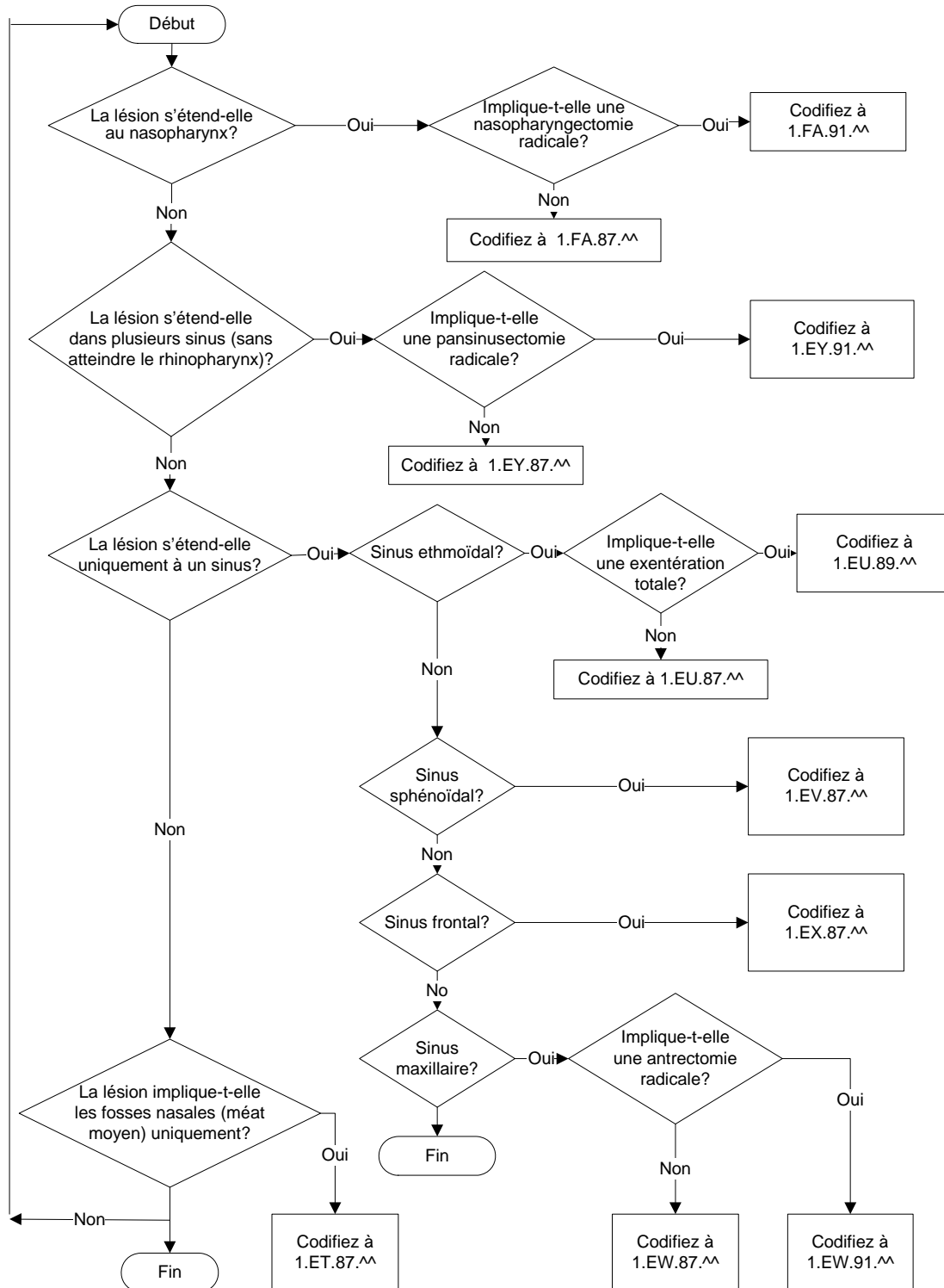
Remarque : Cette norme de codification doit être suivie tant que l'asthme est documenté comme ayant débuté pendant l'enfance. Cette directive s'applique aux adultes qui souffrent d'asthme chronique depuis l'enfance et qui se présentent pour le traitement d'une crise d'asthme.

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.

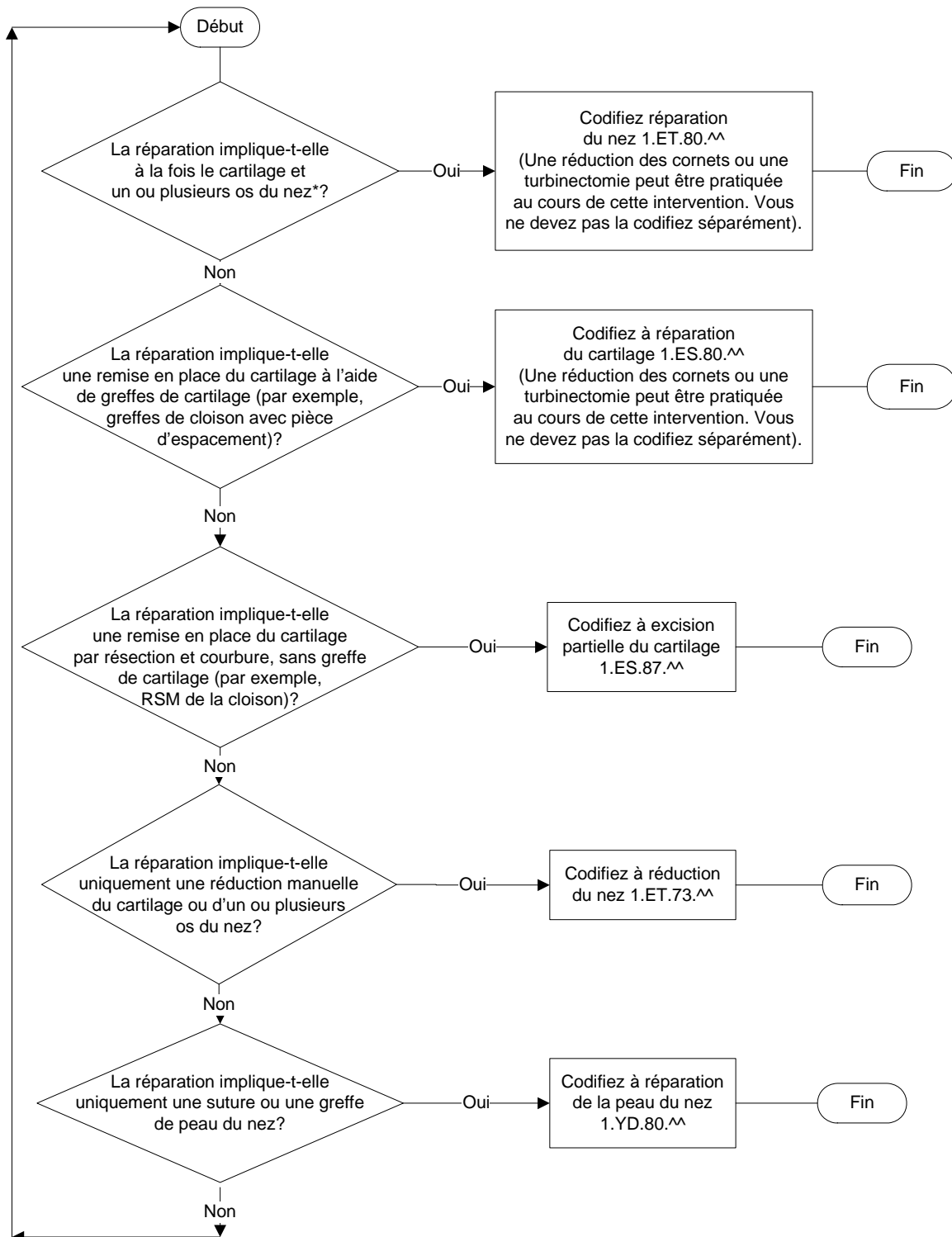


Réparations nasales

En vigueur depuis 2002



Classifiez les réparations nasales selon le site anatomique et l'objectif de l'intervention.



Ventilation artificielle

En vigueur depuis 2006, modifiée en 2007, 2008

BS Vous devez inscrire le code 1.GZ.31.^ ^ *Ventilation, système respiratoire NCA* pour décrire toute ventilation artificielle invasive avec pression positive.

B 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).

BS 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 de l'extubation.

Exemple : Une patiente a été admise en raison d'une pneumonie et d'une exacerbation aiguë de sa maladie pulmonaire obstructive chronique. Sa respiration était sévèrement compromise. 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 : Une patiente 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, ses respirations étaient 6 par minute et peu profondes. 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 a été ventilée 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 : Un patient 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'abrégé. Il ne faut pas attribuer le code 1.GZ.31.^*Ventilation, système respiratoire NCA.*

Exemple : Un patient 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 optionnel. 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



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 obligatoire « 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 la hernie.

Exemple : Un patient 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, approche ouverte, sans tissu (p. ex. points de suture ou agrafes)

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 : Un patient est admis pour la réparation par suture 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, approche ouverte, sans tissu (p. ex. points de suture ou agrafes)

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



Codifiez toute exploration controlatérale (2.OT.70.^) effectuée en même temps que la réparation d'une hernie unilatérale (facultatif, mais recommandé).

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, 2009

La plupart des gastroentérites sont infectieuses, même dans les pays industrialisés. Pour cette raison, la version de 2009 de CIM-10-CA classe la gastroentérite SAI comme étant infectieuse (A09.9 *Gastroentérite et colite d'origine non précisée*).



Attribuez la gastroentérite comme le diagnostic principal/problème principal dans le cas d'admissions pour le traitement d'une gastroentérite et de déshydratation.



Attribuez un code pour 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.

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 n'est administré.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
A09.0	(M)	PP	Gastroentérite et colite autre et non précisée d'origine infectieuse

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>
A09.9	(M)	Gastroentérite et colite d'origine non précisée
E86.0	(1)	Déshydratation

Justification : La gastroentérite non précisée est classifiée à A09.9, *Gastroentérite et colite d'origine non précisée*.

Exemple : Un homme de 20 ans est admis en raison d'une gastroentérite. Le diagnostic final est gastroentérite non infectieuse.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K52.9	(M)	PP	Gastroentérite et colite non infectieuses, sans précision

Justification : Seule la gastroentérite décrite comme étant non infectieuse peut être classifiée à K52.9.

Varices œsophagiennes avec saignement

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 avec saignement 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 hématurie. L'endoscopie révèle des varices œsophagiennes avec saignement. Le patient reçoit un traitement de sclérothérapie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K70.3†	(M)	Cirrhose alcoolique du foie
I98.3*	(6)	Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs
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 : Une patiente souffre d'une fibrose du foie résultant d'une hépatite chronique persistante. Elle présente un saignement gastro-intestinal supérieur. 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
I98.3*	(6)	AP	Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs
K73.0	(1)	AP	Hépatite chronique persistante, non classée ailleurs

Justification : Dans le cas présent, bien que l'hépatite chronique persistante (K73.0) ait entraînée une fibrose du foie (K74.0), causant ainsi des varices œsophagiennes avec saignement (I98.3*), seuls les codes des catégories K70, K71 et K74 sont accompagnés du symbole de la dague lorsqu'ils sont associés au code I98.3*. Par conséquent, la combinaison des codes K74.0† et I98.3* apparaît en premier et le code K73.0 est attribué séparément.



Choisissez le code à astérisque 198.3* *Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs* lorsque le médecin mentionne le diagnostic de varices œsophagiennes avec saignement en « préopératoire » et que l'endoscopie ne révèle aucune évidence de saignement actif.

Exemple : Un patient connu pour une cirrhose alcoolique du foie se présente pour subir une endoscopie urgente et un cerclage de varices à la suite d'un saignement gastro-intestinal supérieur. Le médecin inscrit au dossier « varices œsophagiennes saignantes ». L'endoscopie révèle des varices œsophagiennes, mais aucun saignement actif n'est noté. 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
198.3*	(6)	AP	Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs
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 de saignement aigu 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 qui saignent).

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.*

Saignement digestif

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



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 ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K29.0	(M)	PP	Gastrite hémorragique aiguë

Exemple : Une patiente 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.



<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



Lorsqu'un patient se présente pour des examens à la suite d'un saignement gastro-intestinal 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 ».



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 : Une patiente se présente pour une coloscopie urgente à la suite d'un saignement gastro-intestinal inférieur. 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.

<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



Lorsqu'un patient est admis pour l'examen ou le traitement d'une hémorragie et que, selon la documentation, il a eu d'autres d'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 : Un patient 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.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K22.6	(M)	Syndrome de dilacération hémorragique gastroœsophagienne

Œsophago-gastro-duodénoscopie diagnostique

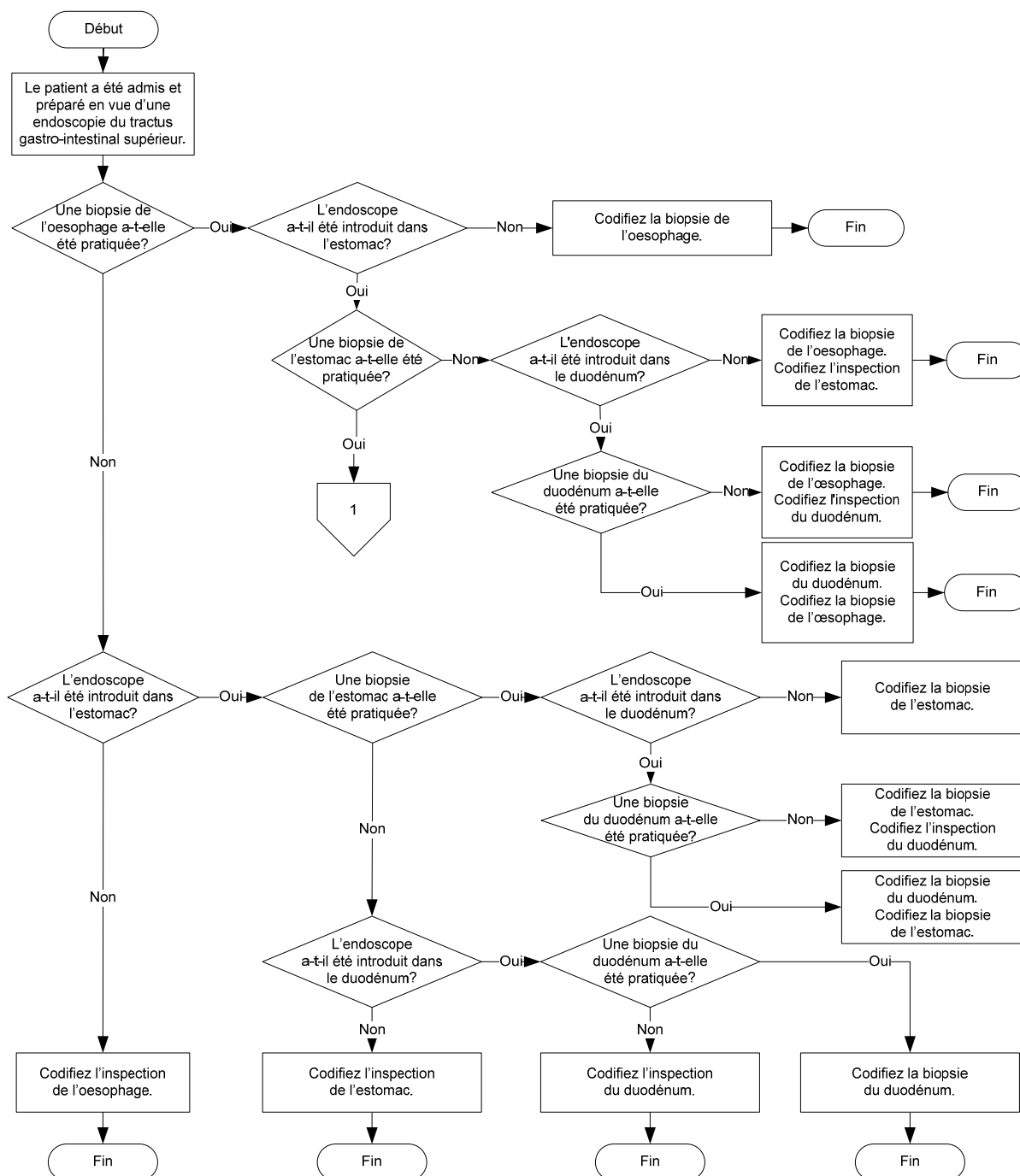
En vigueur depuis 2003, modifié en 2008

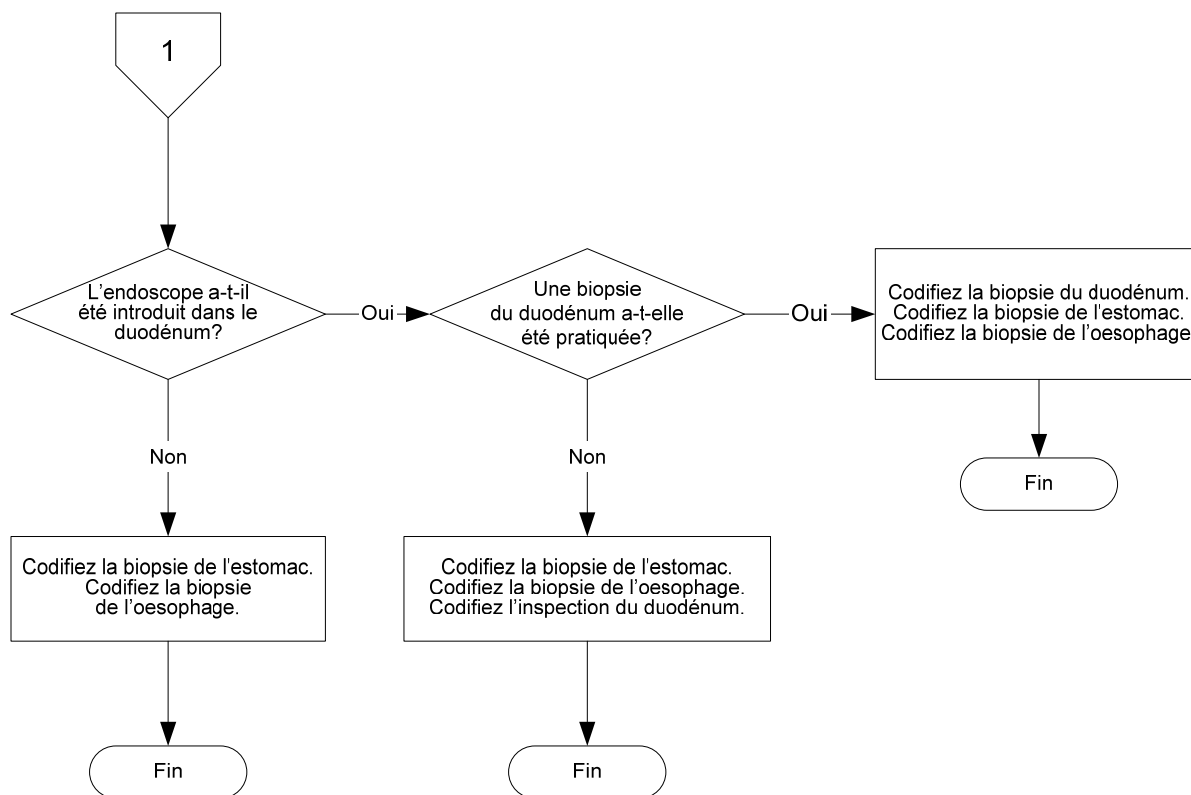


Lorsque des sites anatomiques distincts font l'objet d'une biopsie au cours d'un même épisode opératoire, inscrivez un code de la CCI pour chaque site.

➤ Inscrivez en premier la biopsie du site le plus profond.

Reportez-vous également à 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, 2009

Reportez-vous également aux normes de codification *Interventions endoscopiques* et *Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées*.

Reportez-vous également à la section *Interventions diagnostiques par coloscopie* de l'*annexe A* pour obtenir de l'information clinique.



Sous les codes 2.NM.70.^ ^ Inspection, gros intestin et 2.NM.71.^ ^ Biopsie, gros intestin, sélectionnez le qualificateur de dispositif (huitième et neuvième caractère) selon le but de l'intervention (p. ex. sigmoïdoscopie par rapport à coloscopie).

La coloscopie et la sigmoïdoscopie sont des interventions très différentes en ce qui concerne les risques, les complications, la préparation et l'anesthésie.

Le qualificateur de dispositif pour les codes 2.NM.70.^ ^ Inspection, gros intestin et 2.NM.71.^ ^ Biopsie, gros intestin servent à faire une distinction entre la coloscopie et la sigmoïdoscopie.

Remarque : Dans certains établissements, un colonoscope peut être utilisé pour réaliser une sigmoïdoscopie. Toutefois, le code choisi comportera le qualificateur de dispositif « sigmoïdoscope » car le code doit refléter l'intention de l'intervention. Lorsque la documentation ne précise pas le but de l'intervention, consultez le formulaire de consentement pour déterminer l'intervention planifiée et consentie par le patient.

Exemple : Une patiente 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-BH	Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et sigmoïdoscope flexible

Justification : La sigmoïdoscopie comprend l'inspection du rectum, du côlon sigmoïde et du côlon descendant jusqu'à l'angle splénique du côlon.

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-BJ	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : L'intervention n'est **pas réussie** parce que son objectif n'a pas été complètement atteint. Classifiez les interventions non réussies de la même façon que les interventions réussies.

Exemple : Le patient a un rendez-vous pour subir une coloscopie. L'endoscope est introduit et avancé dans le côlon. La valvule iléocœcale est examinée et l'endoscope est retiré.

<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NM.70.BA-BJ	Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Dans le cas présent, la coloscopie est l'intervention planifiée. L'endoscope est introduit jusqu'à la valvule iléocœcale, mais l'iléon terminal n'est pas intubé. La visualisation de la valvule iléocœcale indique au médecin qu'il a atteint la fin du côlon et que la coloscopie est complétée et réussie.



Lorsqu'il y a introduction jusqu'à l'iléon terminal durant une coloscopie, inscrivez :

- 2.NK.70.^.^ Inspection, intestin grêle

Lorsqu'une biopsie de l'iléon terminal est pratiquée, inscrivez :

- 2.NK.71.^.^ Biopsie, intestin grêle

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-BJ	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Dans cet exemple, l'inspection est allée au-delà du gros intestin (NM) en explorant l'intestin grêle (NK). Ainsi, le site anatomique approprié est NK. Reportez-vous également à la norme de codification *Interventions endoscopiques*.

Exemple : Le patient est cédulé pour une coloscopie. Selon le rapport d'endoscopie, le coloscope a été inséré et une lésion suspecte a été décelée dans le côlon ascendant; une biopsie de la lésion a été prise. Le dossier indique également que l'iléon terminal a été intubé et le coloscope a ensuite été retiré.

<u>Code</u>	<u>Description</u>
2.NM.71.BA-BJ	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope
2.NK.70.BA-BJ	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Lorsqu'une inspection va au-delà du site de la biopsie, attribuez des codes pour la biopsie et l'inspection, et placez la biopsie en première position.

Exemple : Un coloscope est introduit et avancé dans le côlon jusqu'à l'iléon terminal. Des biopsies sont effectuées dans le rectum, le côlon et l'iléon.

2.NK.71.BA-BJ Biopsie, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

2.NM.71.BA-BJ Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

2.NQ.71.BA Biopsie, rectum, approche endoscopique par voie naturelle

Justification : Lorsque des sites anatomiques distincts font l'objet d'une biopsie, il faut inscrire un code pour chaque site; la biopsie du site le plus profond est inscrite en premier.

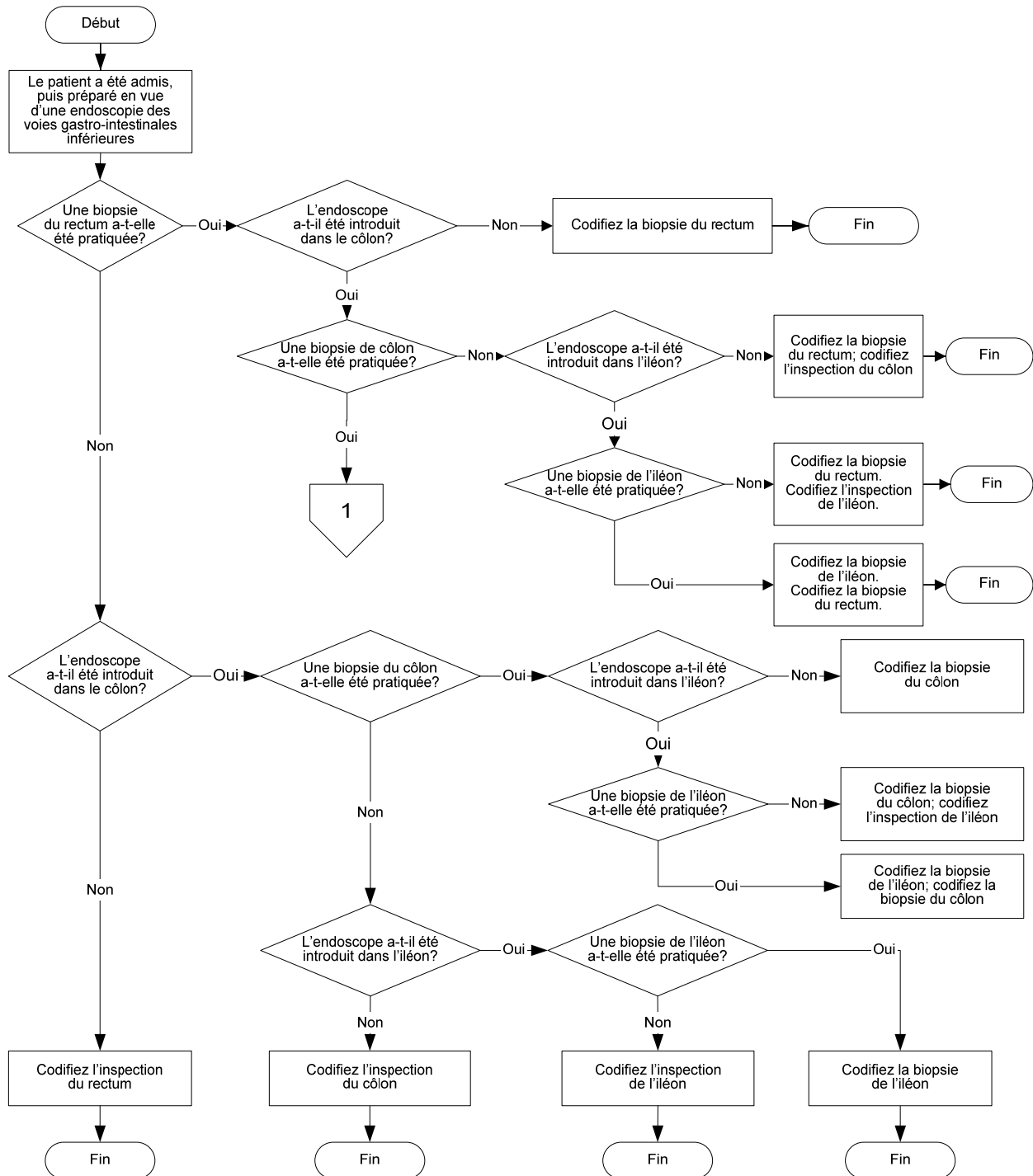
Exemple : Un patient subit une oesophago-gastro-duodénoscopie et une coloscopie. Le gastroscope est introduit et avancé jusqu'au duodénum. Un coloscope est ensuite introduit jusqu'à l'iléon terminal et le médecin a noté au dossier la présence d'une iléite dans l'iléon terminal.

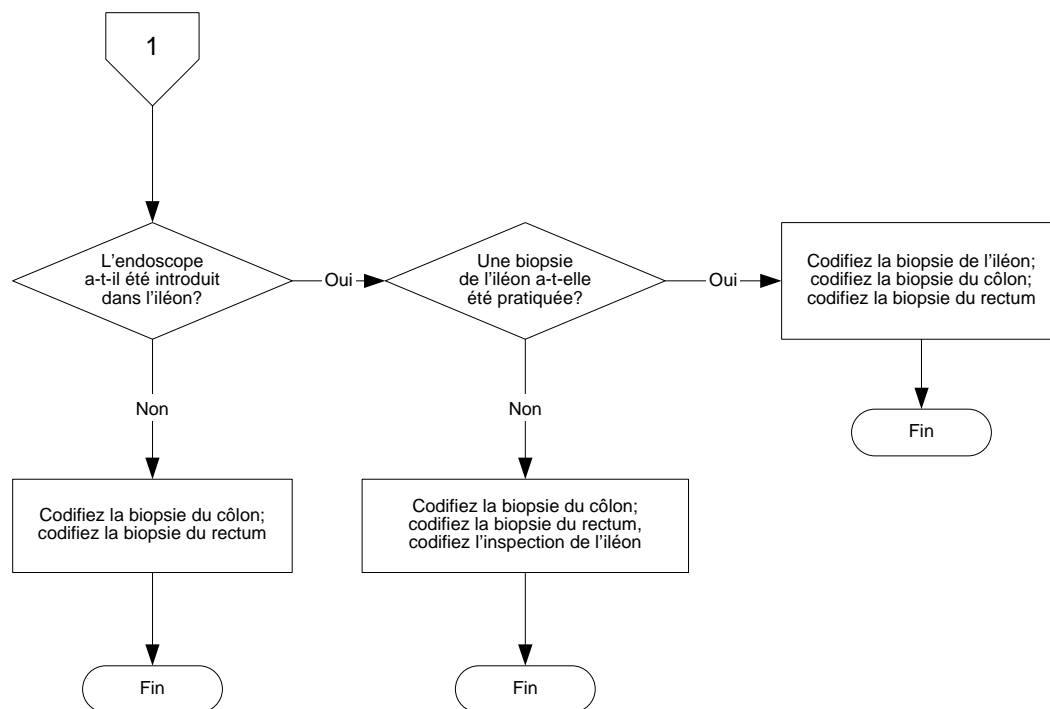
2.NK.70.BA-BJ Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

2.NK.70.BA-BL Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscope

Justification : Bien que deux codes de la même rubrique ne soient pas utilisés en temps normal, il est possible de le faire dans cet exemple parce que deux interventions distinctes sont pratiquées.

Interventions endoscopiques diagnostiques réalisées sur le tractus gastro-intestinal inférieur





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*, la cellulite est considérée 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 la cellulite est désignée comme une comorbidité/autre problème.
- BS** Attribuez un code supplémentaire de la rubrique B95 à B97 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres*, facultatif, comme diagnostic de type (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](#).

Reportez-vous également à la norme de codification [Micro-organismes résistant aux médicaments](#).

Exemple : Un patient s'est coupé à l'index gauche avec un couteau de cuisine à son domicile environ trois jours avant sa visite à l'hôpital. Il se présente à l'urgence avec une cellulite. On lui prescrit une antibiothérapie orale.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
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 : 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 une cellulite qui s'étend vers le haut du bras et est admise à l'hôpital pour une antibiothérapie par voie intraveineuse. La morsure est superficielle.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
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 à la partie inférieure de sa jambe. Il se présente à l'urgence avec une cellulite 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

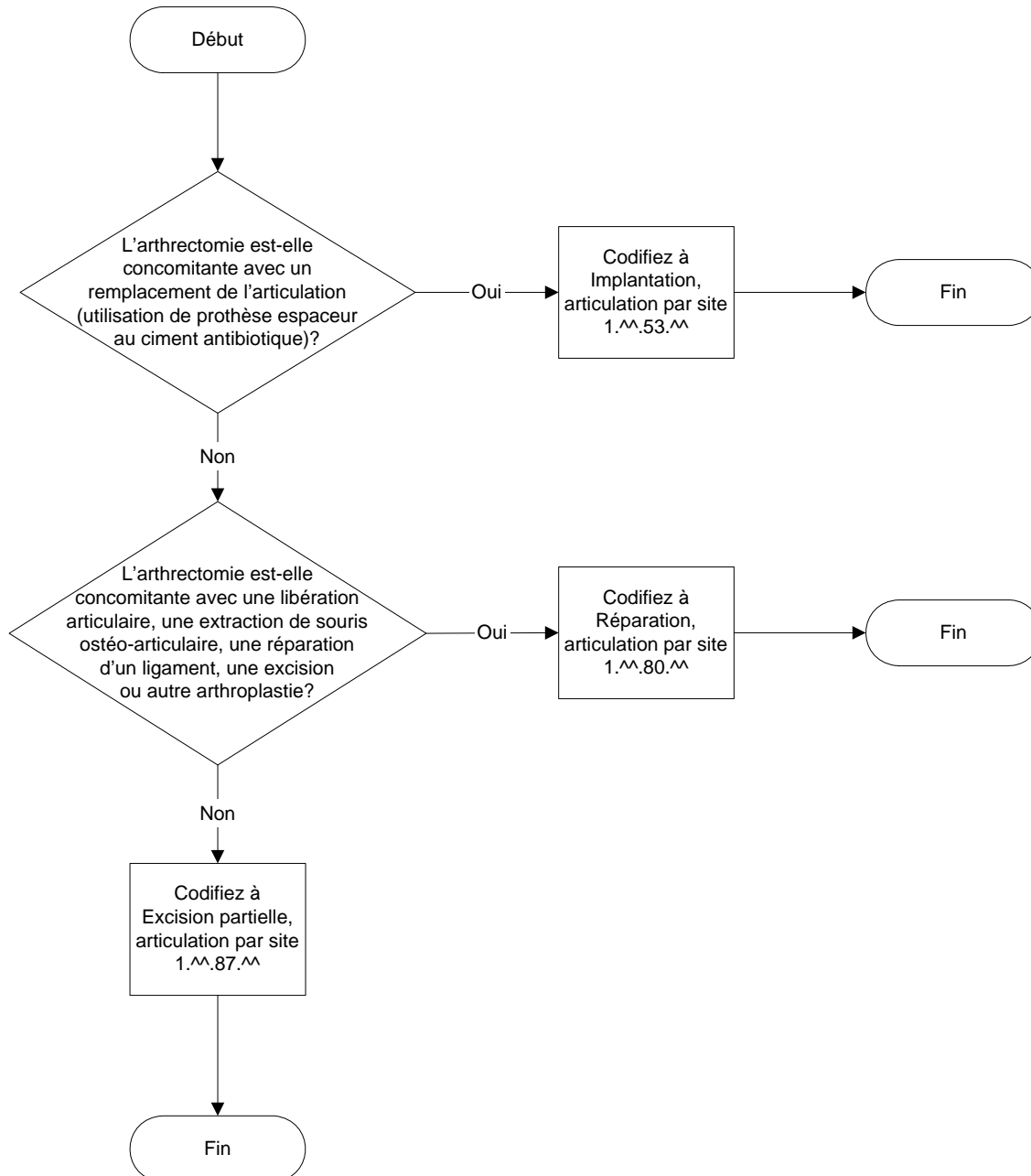
Chapitre XIII – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

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.



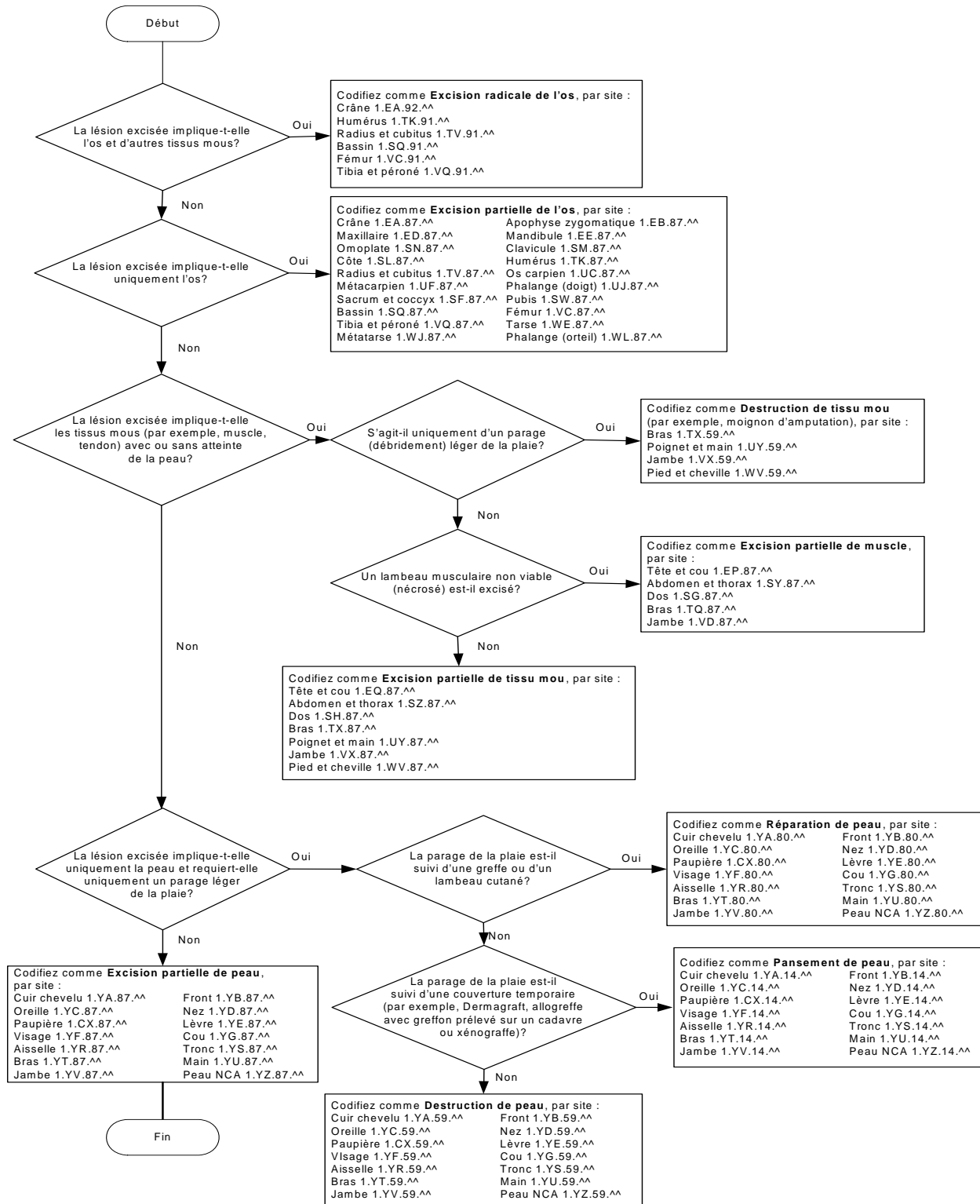
Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

- BS** Lorsque l'excision d'une lésion comprend le retrait de tissus mous et d'os, attribuez 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, attribuez 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, attribuez 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, attribuez 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 présumé 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

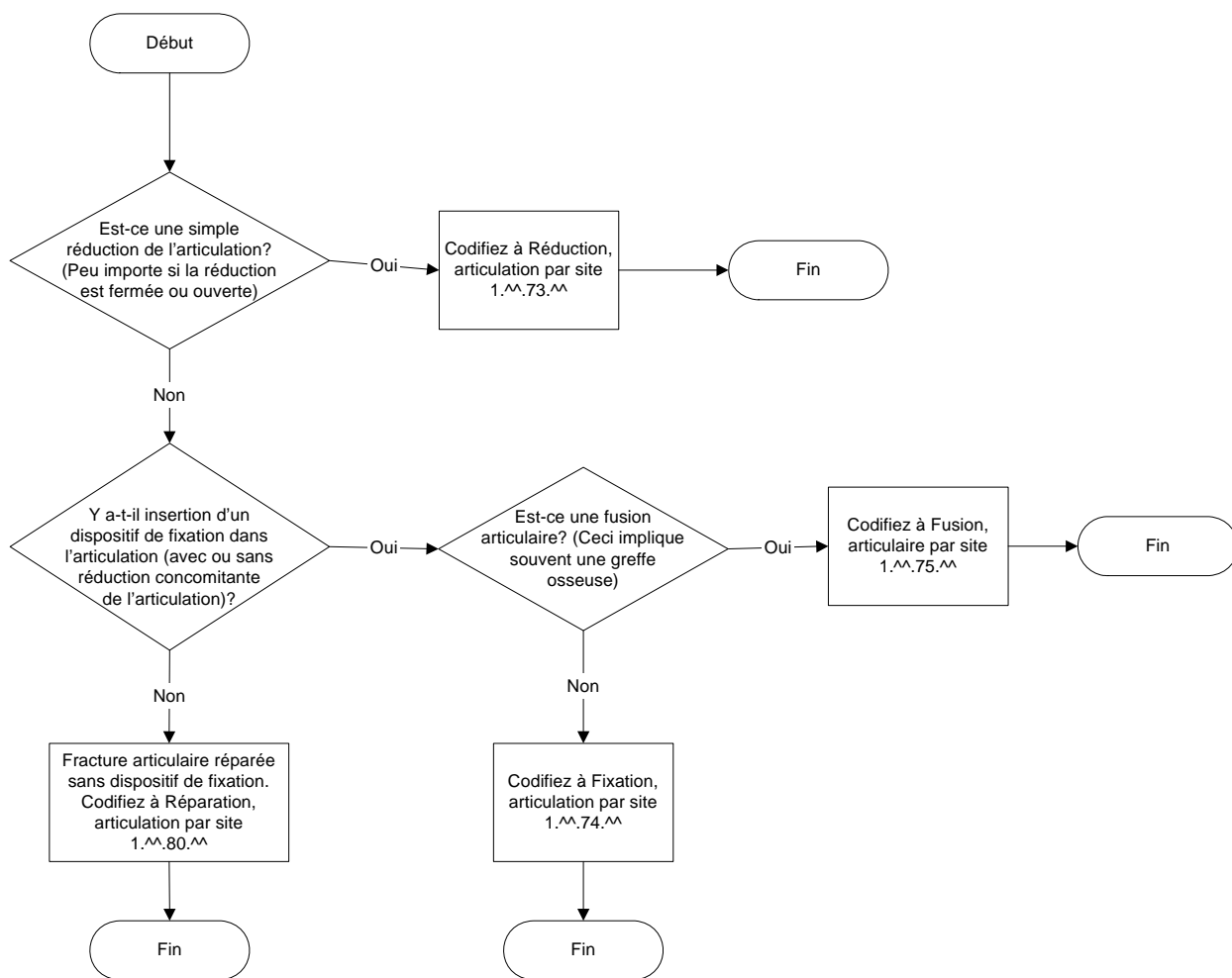


Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation

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, attribuez un code de la CCI dont 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 un néoplasme, 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 : Un patient est diagnostiqué avec une 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 néoplasique. Consultez également la norme de codification *Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque*.

Exemple : Un patient a reçu un diagnostic d'ostéosarcome à la jambe il y a deux ans. Il 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 : Une patiente est transportée à l'hôpital en détresse aiguë en raison d'un tassement vertébral. Elle présente des 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 Attribuez 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, attribuez un code du chapitre XIX *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*.

- Attribuez 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 significatif 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
M81.9	(3)	AP	Ostéoporose, sans précision

Justification : Même si la patiente souffre d’ostéoporose, il y a eu un événement traumatique significatif 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, attribuez 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 : La radiographie d’une patiente de 45 ans qui vient d’être admise a révélé une fracture de stress à une vertèbre de la région lombaire.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
M48.46	(M)	PP	Fracture vertébrale de fatigue, région lombaire

Exemple : La radiographie d'un coureur de fond de 25 ans qui vient d'être admis 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



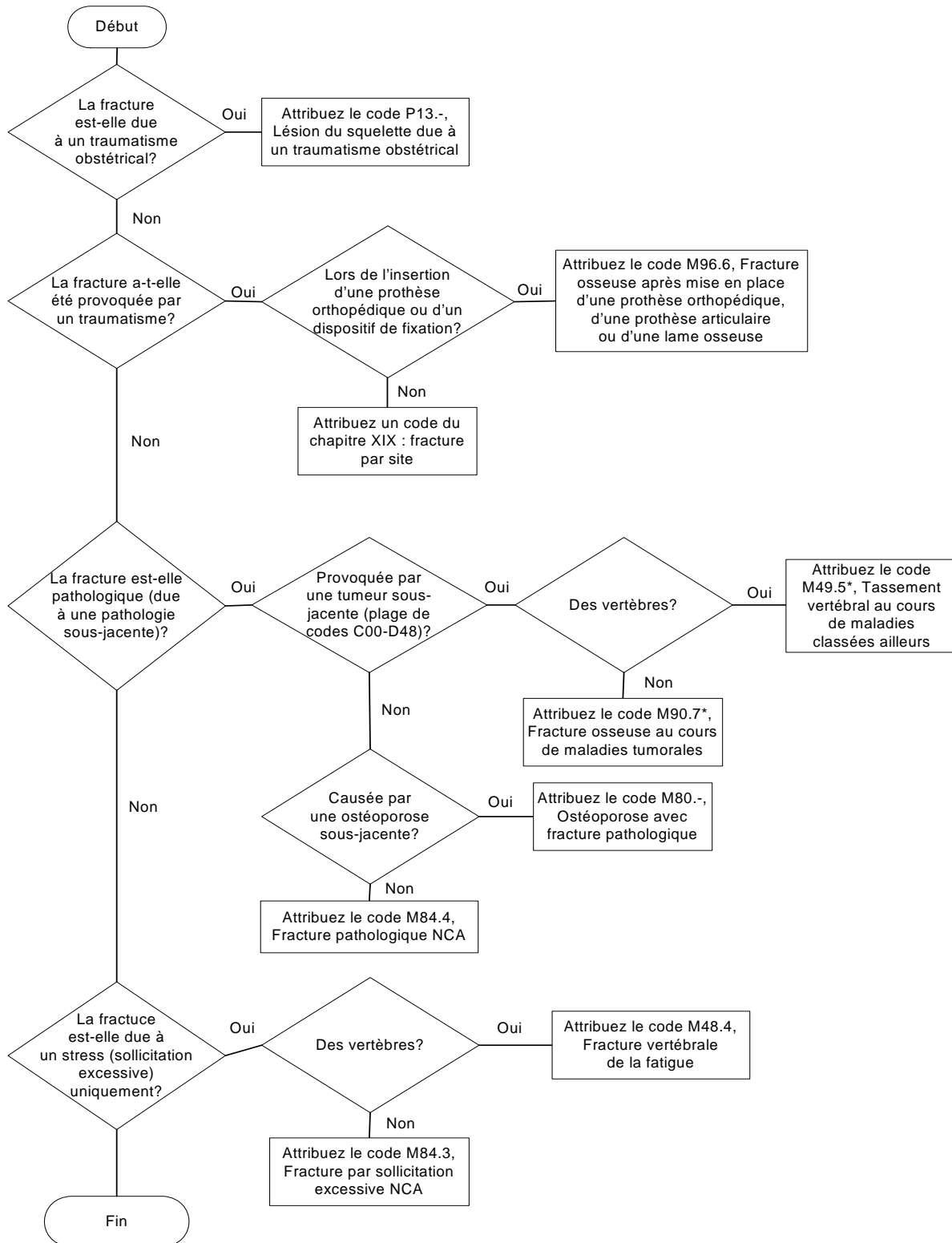
Classifiez les fractures de stress ostéoporotiques sous la catégorie M80.– *Ostéoporose avec fracture pathologique* (n'inscrivez pas M84.3– *Fracture par sollicitation excessive, non classée ailleurs*).

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, 2009

BS L'arthrose doit être classifiée comme « primaire » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal inscrit au dossier :

- l'arthrose est idiopathique; ou
- aucune cause sous-jacente connue; ou
- maladie bilatérale au même site anatomique, si elle n'est pas identifiée comme secondaire ou post-traumatique.

BS L'arthrose doit être classifiée comme « secondaire » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal :

- précise que l'arthrose est secondaire ou qu'elle est connue comme étant « causée par » une autre condition.

BS L'arthrose doit être classifiée comme « post-traumatique » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal :

- documente un lien entre l'arthrose et une blessure précédente.

BS L'arthrose doit être classifiée 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 : 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 : Un homme de 22 ans est admis pour subir une arthroplastie totale du genou gauche en raison d'arthrose secondaire due au syndrome d'Ehlers-Danlos.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
M17.5	(M)	Autres gonarthroses secondaires
Q79.6	(3)	Syndrome d'Ehlers-Danlos

Exemple : Un homme de 75 ans est admis pour subir une arthroplastie totale non urgente du genou gauche en raison d'arthrose secondaire dans le genou gauche, documentée comme étant due à une blessure sportive subie il y a longtemps.



<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 : 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 : Il y a seulement « arthrose dans le genou droit » inscrit au dossier; ainsi, le code pour l'arthrose, sans précision sera attribué. On ne peut présumer qu'il s'agit de l'arthrose primaire uniquement parce qu'une cause connue n'a pas été consignée.

Exemple : 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 contralatérale en raison d'un problème d'arthrose du même type (primaire, secondaire, post-traumatique), inscrivez le code approprié 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 lors des admissions ultérieures. Les maladies bilatérales qui ne sont pas spécifiées comme étant dues à une autre cause sont présumées être primaires.

Reportez-vous à la section *Arthrose bilatérale* de l'*annexe A* pour obtenir de l'information clinique.

Exemple : 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 du genou avec implantation d'une prothèse.



<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 : 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. Il est maintenant admis pour 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)

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.

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

i. Internet : <<http://www.arthritis.ca>>, mars 2005.

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.– *Lésions biomécaniques, non classées ailleurs* de la CIM-10-CA.

Reportez-vous à la section [Rétrécissement du canal médullaire](#) de l'*annexe A* pour obtenir de l'information clinique.

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.

BS

<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 classifiée sous radiculopathie.

Remarque : Lorsqu'aucune cause sous-jacente n'est précisée au dossier concernant le rétrécissement du canal médullaire, il est recommandé de demander une clarification au médecin traitant .

Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire

Reportez-vous également à la norme de codification *Hypertension et conditions associées*.

Reportez-vous également à la section *Relâchement du plancher pelvien* de l'*annexe A* pour obtenir de l'information clinique.

Stades de la maladie rénale chronique

En vigueur depuis 2009

BS Lorsque vous attribuez un code de la catégorie N18.– *Maladie rénale chronique*, choisissez le code de diagnostic en fonction de l'information clinique apparaissant au dossier et mentionnant le stade de la maladie, et non selon le taux de filtration glomérulaire (TFG).

➤ Lorsque le stade de la maladie rénale chronique ne figure pas dans le dossier, attribuez le code N18.9 *Maladie rénale chronique, sans précision*.

Remarque : Les stades de la maladie rénale chronique reposent sur un diagnostic clinique qui comprend la surveillance du taux de filtration glomérulaire (TFG) au fil des mois. La classification de la maladie rénale chronique est donc effectuée en fonction du diagnostic clinique du stade de la maladie et non d'une valeur précise du TFG.

Exemple : Une patiente au stade 3 (avancé) d'une maladie rénale chronique est admise en raison d'une aggravation de ses symptômes. Son TFG est de 17 mL/min.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
N18.3	(M)	AP	Maladie rénale chronique, stade 3

Justification : Le code N18.3 est attribué en fonction du stade 3 consigné. Bien que le TFG de 17 mL/min fasse partie des valeurs comprises dans le code N18.4 *Maladie rénale chronique, stade 4*, on utilise le stade consigné (stade 3) pour attribuer le code.

Exemple : Un patient est admis en raison de signes et de symptômes d'aggravation de l'insuffisance rénale. Le médecin consigne un diagnostic définitif d'insuffisance rénale chronique.

BS

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
N18.9	(M)	PP	Maladie rénale chronique, sans précision

Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2006

- BS** Lorsque la péritonite se produit suite à une dialyse mais qu'elle n'est pas attribuable au cathéter de dialyse, classez l'infection au code T80.2 *Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion.*
- BS** Lorsqu'un lien de causalité entre une péritonite est documenté par le médecin comme due au cathéter de dialyse, classifiez la péritonite à T85.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes.*
- BS** Attribuez un code supplémentaire de la catégorie K65.– *Péritonite*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, afin de préciser l'infection.

Reportez-vous également à la norme de codification [Micro-organismes résistant aux médicaments](#).

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). Il n'y a aucune mention au dossier que l'infection pourrait être due au cathéter de dialyse.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
	T80.2	(M)	PP	A	Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion
	K65.0	(3)	AP	A	Péritonite aiguë
	Y84.1	(9)	AP	A	Dialyse rénale à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

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 l'agent pathogène de la péritonite.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T85.7	(M)	PP	A	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes
K65.9	(3)	AP	A	Péritonite, sans précision
B95.7	(3)	AP	A	Autres staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
Y84.1	(9)	AP	A	Dialyse rénale à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Ménorragie comme diagnostic principal

En vigueur depuis 2006

La ménorragie (saignement de l'utérus) peut être attribuable à une variété de causes (p. ex. hormonale) 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 fibromes peuvent être asymptomatiques. Les symptômes dépendent du nombre de fibromes, de leur taille, de leur emplacement dans l'utérus et de leur état (c.-à-d. s'ils grossissent ou dégènèrent). 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 fibromes en eux-mêmes ne sont pas une raison pour procéder à une hystérectomie ou à une embolisation. Le pourcentage de fibromes symptomatiques est très faible et les fibromes ne correspondent souvent qu'à des découvertes fortuites sur le rapport de pathologie. Lorsqu'il est documenté au dossier, que le fibrome 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 avec ménorragie subit une hystérectomie. Le rapport de pathologie révèle des fibromes utérins. 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 fibromes 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 sur l'*Âge gestationnel* et les *Trimestres* se trouve à l'*annexe A*.

Consultez également la norme de codification *Diabète sucré*.

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 sont identifiés comme pouvant s'appliquer 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 la mort fœtale intra-utérine tardive 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 la mort fœtale intra-utérine précoce, 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. À l'examen, aucune fréquence cardiaque fœtale n'a pu être détectée. La patiente est à 25 semaines de gestation lorsque le travail se déclenche. Elle 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
Z37.100	(3)	Naissance unique, enfant mort-né, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : Une échographie a permis de diagnostiquer le décès d'un fœtus à 19 semaines de gestation. La patiente est retournée chez elle en attendant le début du travail. Le travail a commencé 10 jours plus tard et la patiente accouche d'un fœtus mâle macéré pesant 150 grammes.



<u>Code</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, 2009

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

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, traité au moyen d'une dilatation et 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 : Une femme enceinte 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. Elle décide de ne pas mener la grossesse à terme. Elle est admise pour subir un avortement médical par 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, affectant le fœtus et nouveau-né* pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégé.



Lorsque l'interruption d'une grossesse résulte en une naissance vivante, peu importe l'âge gestationnel, attribuez un code de la catégorie 004.– *Avortement médical*, pour l'abrégé de la mère, et le code Z37 *Résultat de l'accouchement* pour indiquer que l'avortement s'est terminé par une naissance vivante.

Exemple : À 20 semaines de gestation, une patiente 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
5.CA.88.HA-A2		Interruption pharmacologique de grossesse, traitement antiacide, approche percutanée (p. ex. voie intraveineuse, injection intra-amniotique ou extra-amniotique), traitement antiacide

Exemple : Une patiente subit un avortement médical à 23 semaines de grossesse pour anencéphalie fœtale. Le travail est déclenché par Synthocinon en 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
5.CA.88.HA-I2		Interruption pharmacologique de grossesse, ocytocines, approche percutanée (p. ex. voie intraveineuse, injection intra-amniotique ou extra-amniotique), ocytocines



Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une naissance vivante, l'établissement peut enregistrer le fœtus comme un nouveau-né. Dans ce cas, attribuez le code **P96.4 Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né** pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégé du nouveau-né.

- Utilisez un code pour décrire toute anomalie congénitale connexe comme comorbidité supplémentaire.
- Inscrivez un code de la catégorie **Z38.–** comme diagnostic de type (0).

Exemple : Le résultat de l'interruption volontaire d'une grossesse est 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, affectant le foetus et nouveau-né
Q00.0	(1)	Anencéphalie
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)



Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une mortinaissance (selon les définitions provinciales et territoriales de mortinaissance), le fœtus peut-être enregistré comme un enfant mort-né par l'établissement. Dans ce cas, attribuez le code **P96.4 Interruption de grossesse, affectant le foetus et nouveau-né** pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégé de la mortinaissance.

- Attribuez un code pour décrire toute anomalie congénitale connexe comme diagnostic de type (3).

Exemple : Le résultat de l'interruption volontaire d'une grossesse 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, affectant le 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 : Une patiente en est à sa 18^e semaine de grossesse. Au volant de sa voiture, elle 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, 2009

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 code additionnel de comorbidité/autre problème à l'anomalie ou à l'autre condition sur l'abrégié de la réduction sélective ainsi que sur l'abrégié de l'accouchement.

BS Inscrivez un code supplémentaire de la catégorie O30.– *Grossesse multiple, obligatoire, comme comorbidité* :

- Lors de la visite pour un avortement; pour préciser le nombre de fœtus présent avant l'avortement d'un ou de plusieurs fœtus.
- Lors de la visite pour un accouchement; 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 : Une patiente, 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>
O31.113	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement spontané 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>
O31.111	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement spontané d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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 par fécondation in vitro, 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>
O31.123	(M)	PP	Poursuite de la grossesse après sélection sélective 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, par occlusion vasculaire

Justification : La réduction sélective des fœtus est classée sous la catégorie O31.12– 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, qui a subi une réduction sélective de fœtus à 12 semaines de grossesse, 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
O31.121	(1)	Poursuite de la grossesse après réduction sélective 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
Z37.201	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant d'une technologie de procréation assistée (TPA)
5.MD.60.AA Situation: N5		Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Justification : Le code O31.121 *Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus* couvre l'avortement de ces deux fœtus. Lorsqu'une autre condition correspond au diagnostic principal, le code O31.12– *Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus* n'est pas nécessairement attribué en diagnostic principal.

Exemple : Une patiente, 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>
O31.123	(M)	Poursuite de la grossesse après réduction sélective 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, par occlusion vasculaire

Justification : La réduction sélective du fœtus est classée sous la catégorie O31.12– plutôt que O04.– *Avortement médical*.

Exemple : La même patiente, qui a subi la réduction sélective d'un fœtus à 19 semaines de gestation, est admise en 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>
O31.121	(M)	Poursuite de la grossesse après réduction sélective 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : L'accouchement du fœtus décédé est considéré avec le code de la catégorie O31.121. 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 page 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 sera le diagnostic principal/problème principal). Reportez-vous aux termes inclus aux sous-catégories de 008 lorsque vous choisissez le quatrième caractère des sous-catégories de 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, attribuez 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, une patiente a subi une D&C au cours du premier épisode de soins. Elle revient 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 avec le 000.1 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.

- B** Attribuez 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).
- B** 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.
- B** Lorsque des antibiotiques sont administrés de façon prophylactique chez une patiente porteuse du SGB, attribuez le code **Z29.2** *Autres mesures de chimiothérapie prophylactique*, facultatif, comme diagnostic de type (3).

Exemple : Une patiente a eu un prélèvement vaginal qui révèle la présence de streptocoques du groupe B. Elle ne présente 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 révèle la présence de streptocoques du groupe B. Il n'y a aucune mention au dossier d'une infection active. La patiente 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Accouchement complètement normal

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

- B** Attribuez un code de la catégorie Z37.– *Résultat de l'accouchement* à tous les accouchements.
- Sélectionnez un code de la catégorie Z37.0– *Naissance unique, enfant vivant* comme diagnostic principal lorsqu'il s'agit d'un accouchement spontané par voie vaginale d'un enfant unique et qu'aucune condition n'est survenue compliquant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches.
 - Lorsque tout autre code du chapitre XV – *Grossesse, accouchement et puerpéralité* s'applique à la situation, inscrivez le code approprié de 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/positions suivantes sont considérées comme anormales et ne sont pas considérées comme un accouchement parfaitement normal. Codifiez les conditions listées 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 : Une patiente 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>
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
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 foetale, 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 : Une patiente 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
5.MD.56.AA		Accouchement spontané par le siège, sans épisiotomie, avec dégagement spontané de la tête

Justification : La présentation par le siège est une position anormale et n'est jamais considérée comme un accouchement complètement normal. Aucune mention de manoeuvres particulières, ni d'utilisation d'instruments n'indique la présence de dystocie. Il convient donc d'inscrire le code O32.101.

Remarque : Certaines interventions obstétricales n'écartent pas la possibilité d'utiliser un code de la catégorie 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, un code de la catégorie Z37.– *Résultat de l'accouchement* peut tout de même être utilisé comme diagnostic principal.

Exemple : Une patiente primigeste 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>
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA
Situation : N3 Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Exemple : Une patiente 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA
Situation : N4 Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Grossesses multiples

En vigueur depuis 2008



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 pour les cas pouvant être classifiés à 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
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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 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
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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.



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.



<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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées



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.



<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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées



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 : Une patiente 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.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O21.003	(M)	Hyperémèse gravidique bénigne, troubles ou complications antepartum



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 classifié 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 : Une patiente 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>
004.9	(M)	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
035.039	(1)	Soins maternels pour spina bifida (préssumé) 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, périnataux 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
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : La patiente a accouché par césarienne en raison d'une dystocie attribuable à une présentation du siège. Une déhiscence de la plaie de la césarienne est diagnostiquée avant le congé de la patiente.



<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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Le sixième caractère « 3 » — condition ou complication antepartum doit être utilisé seul.

Exemple : Une patiente en est à sa 30^e semaine de grossesse. Elle est admise avec un 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 se présente pour un abcès au sein droit.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O91.104	(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 : Une patiente 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, la patiente décide d'interrompre sa grossesse. Elle se présente maintenant pour subir un avortement médical.



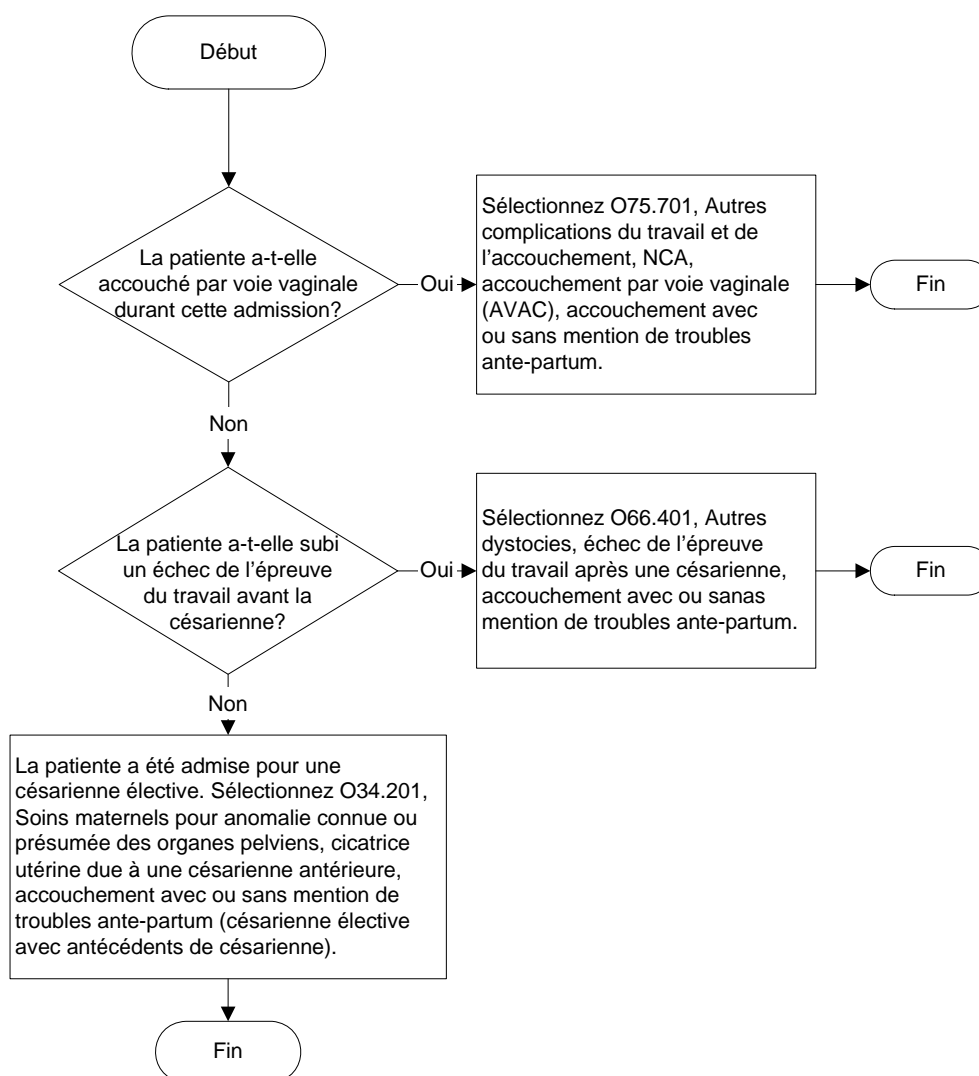
<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
004.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
O35.609	(1)	AP	Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation, épisode de soins non précisé ou sans objet

Reportez-vous également à la norme de codification *Grossesse se terminant par un avortement*.

Accouchement avec antécédent de césarienne antérieure

En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006

- B** 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, attribuez 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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 à mettre en application la définition de diagnostic principal dans certains cas de soins obstétricaux.

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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d’une conception et d’une ovulation spontanées
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 puisqu’il représente la plus grande partie du séjour 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d’une conception et d’une ovulation spontanées
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), attribuez 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, attribuez 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 motivé le choix de la méthode d’accouchement.

Exemple : Une patiente primigeste 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d’une conception et d’une ovulation spontanées
5.MD.60.AA Situation : N5		Césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Exemple : Une patiente primigeste 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d’une conception et d’une ovulation spontanées
5.MD.60.AA Situation : N5		Accouchement par 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.

Exemple : La mère est à dilatation complète 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 primaire, par incision transversale 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,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
5.MD.60.JW		Accouchement par césarienne, avec forceps, incision transversale du segment inférieur (transversale basse)
Situation : N5		

Justification : La césarienne est pratiquée à cause de 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 est capturé dans le 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



Utilisez un code de la plage O32 à O34 lorsque :

- L'état est documenté avant le début du travail, puis une césarienne élective 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 début du travail.



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 fœto-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
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : Une multigeste de 27 ans est admise pour une césarienne élective 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital en début de travail. Le fœtus est en position occipito-postérieure droite. Au moment où la dilatation est complète, le fœtus est en position occipito-postérieure directe. Les jambes de la mère sont placées dans les étrières 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 final: Position occipito-postérieure persistente, prolongation des premier et deuxième stades du travail.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O32.801	(M)	Soins maternels pour d'autres présentations anormales du fœtus, 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,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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 fœtus, ni utilisation d'instruments n'indique la dystocie donc le code à inscrire est O32.801.

Rupture prématurée des membranes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2009

B Attribuez 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 du travail. Sélectionnez le 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.

Remarque : Pour déterminer le début du travail, utilisez l'heure qui est consignée dans le dossier de l'accouchement.

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 spontané 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,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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. Il est consigné que le travail a commencé 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.



<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,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Travail avant terme

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006



Sélectionnez un code de la catégorie O60.– *Travail avant terme et accouchement* 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 avec interventions non opératoires ou opératoire 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.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
O60.101	(M)	Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Travail prolongé

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2009

B	Attribuez un code de la catégorie O63.– <i>Travail prolongé</i> lorsque la durée des stades de travail répond aux critères ci-dessous :	
	O63.0– Prolongation du premier stade (dilatation)	➤ > 18 heures pour une primipare ➤ > 12 heures pour une multipare
	O63.1– Prolongation du deuxième stade (expulsion)	➤ > 2 heures pour une primipare ➤ > 3 heures pour une primipare sous épidurale ➤ > 1 heure pour une multipare ➤ > 2 heures pour une multipare sous épidurale
	O63.2– Accouchement retardé du deuxième jumeau, triplé, etc.	➤ plus de 15 minutes entre chaque naissance

Remarque : Pour calculer la durée du travail, utilisez les heures consignées dans le dossier de l'accouchement.

Exemple : Une patiente primipare 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La phase active du travail s'est interrompue (la dilatation 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 : Une patiente multipare se présente à l'hôpital en travail actif. Elle se plaint des contractions, et on 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Une fois le col de la patiente dilaté à 10 cm, le travail entre dans la deuxième période.

Exemple : Une patiente 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
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Travail trop rapide

En vigueur depuis 2007

B Attribuez 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.

Remarque : Pour calculer la durée du travail, utilisez les heures consignées dans le dossier de l'accouchement.

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.

Code	BDCP	Description
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,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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 documentation démontre que la patiente était en 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : Une mère accouche d'une petite fille par voie vaginale avec dystocie des épaules de 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Exemple : La patiente a un rendez-vous pour une césarienne élective en raison d'une 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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.



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.



<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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Remarque : Une dystocie peut parfois se terminer par un accouchement par voie vaginale.



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.



<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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
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'abrégié 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.



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, attribuez un code de la catégorie 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 ≤ 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Hémorragie du post-partum

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007



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).



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 du troisième stade du travail, dans le post-partum immédiat ou après les 24 premières heures;
- Une césarienne avec perte de sang ≥ 1000 cc.



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 la rétention du placenta. Elle est conduite en salle d'opération où une extraction manuelle du placenta est effectuée sous anesthésie générale.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
O72.002	Hémorragie de la délivrance (troisième stade), 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>Description</u>
072.102	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 quatre heures après 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>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 : Une patiente 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 où elle 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

B Attribuez 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.

B

<u>Code</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

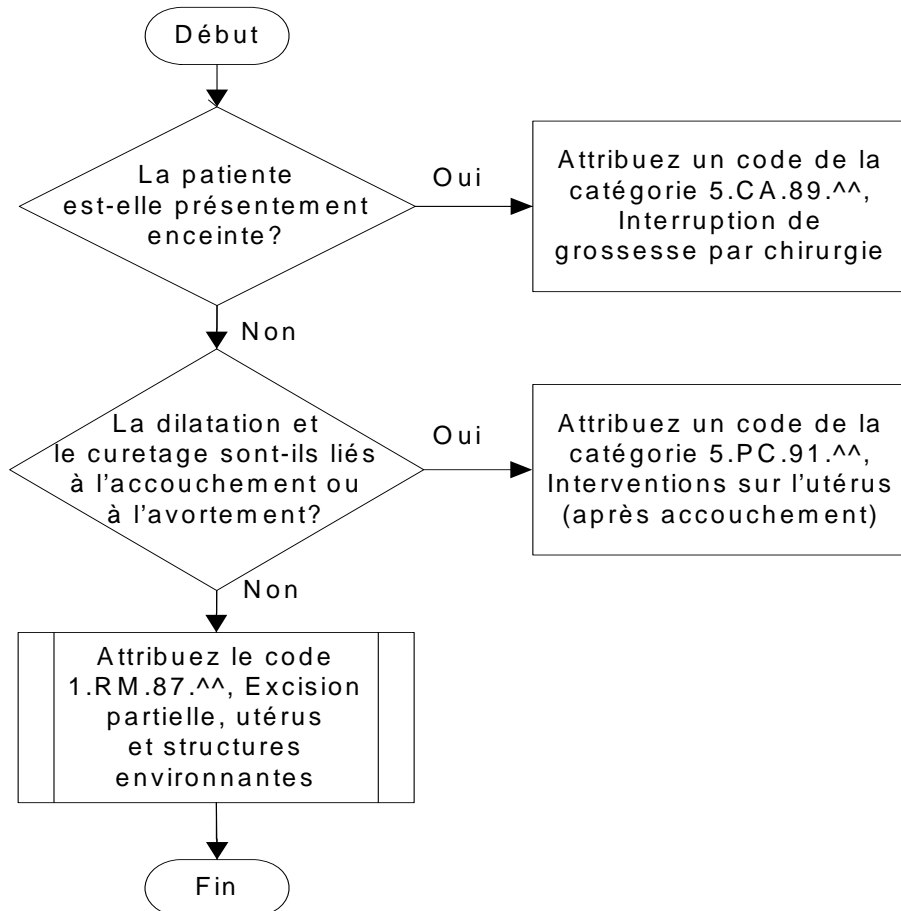
En vigueur depuis 2001

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.



Attribuez 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, 2009

B Attribuez un 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 : Une patiente 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>
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

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 itérative non urgente du segment inférieur.

5.MD.60.AA		Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation
------------	--	--

Situation : N4

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 (bas) (p. ex. manoeuvre de Pajot), avec épisiotomie (médiane ou médiolatérale)
------------	--	--

5.MD.56.PA		Accouchement par le siège, extraction partielle par le siège (accouchement par le siège assisté), avec épisiotomie, 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 incluant celles qui ont été débutées ou pratiquées avant l'admission.

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.

Remarque : Utilisez l'*Indicateur d'intervention avant l'admission* pour indiquer que le travail a été déclenché avant l'admission. Pour obtenir des instructions précises sur l'application de l'indicateur pour les interventions effectuées avant l'admission, consultez le champ 20 du groupe 11 dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP*.

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

Exemple: Une patiente se présente à la clinique externe pour une évaluation antepartum à 40 semaines de grossesse. La grossesse a été compliquée par une hypertension gestationnelle légère et le médecin décide de procéder au déclenchement du travail. Le col utérin n'est pas favorable alors du gel Prepidil endocervical est utilisé et la patiente est retournée à la maison. Elle revient à l'hôpital plus tard dans la journée avec un travail déjà amorcé et a un accouchement vaginal spontané.

5.AC.30.CK-I2 Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale, vaginale) d'un agent ocytocique

Note: Appliquez l'*Indicateur d'intervention avant l'admission*

Justification : Il est obligatoire d'indiquer un déclenchement du travail qui a été initié ou pratiqué avant l'admission. L'utilisation de l'*Indicateur d'intervention avant l'admission* permet de préciser que le déclenchement du travail a été fait avant l'admission.

Exemple : Une patiente est vue en clinique externe pour une grossesse prolongée. Du gel Prepidil endocervical est utilisé afin de déclencher le travail. La patiente est retournée à la maison et doit revenir lorsque le travail aura débuté ou dans 12 heures s'il n'y a pas de travail. Puisque la patiente n'est toujours pas en travail, elle est admise à l'hôpital pour recevoir une injection intraveineuse d'ocytocine. Le travail commence et elle donne naissance à un garçon en santé.

5.AC.30.HA-I2 Déclenchement du travail, injection percutanée d'un agent ocytocique

5.AC.30.CK-I2 Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale/vaginale) d'un agent oxytocique

Remarque : Appliquez l'*Indicateur d'intervention avant l'admission*

Justification : Les méthodes de déclenchement du travail sont quelquefois initiées en clinique externe. Il est obligatoire de codifier toutes les méthodes utilisées pour le déclenchement du travail, même celles qui ont été initiées avant l'admission. N'attribuez pas le code 5.AC.30.AL-I2 *Déclenchement du travail, utilisation d'un agent ocytocique avec plusieurs voies d'administration associées* dans cette situation. Étant donné qu'une méthode de déclenchement du travail a été utilisée avant l'admission et une autre après l'admission, chaque méthode est codifiée séparément. L'utilisation de l'*Indicateur d'intervention avant l'admission* permet de préciser qu'une méthode a été pratiquée avant l'admission. Remarque: Ceci ne représente pas un échec du déclenchement du travail.

Exemple : Le 13 mai, une patiente se présente à l'hôpital en travail spontané et elle donne naissance à une fille en santé. La note d'admission indique que la patiente a déjà été hospitalisée pour l'administration d'ocytocine en raison d'une protéinurie et d'un œdème, mais qu'elle a pu retourner à la maison à la suite du diagnostic d'échec du déclenchement du travail.

Remarque : Le déclenchement du travail avant l'admission n'est PAS codifié à l'admission ultérieure pour la naissance.

Justification : Le déclenchement du travail avant l'admission a été documenté comme un échec, c'est pourquoi le travail de la patiente était spontané et non déclenché. La codification du déclenchement du travail avant l'admission vise à aider à faire la distinction entre le travail déclenché et le travail spontané. Le fait de codifier le déclenchement du travail avant l'admission au moment de l'admission pour la naissance indiquerait un travail déclenché pour cette patiente, ce qui serait inexact.

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 primigeste 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
5.MD.60.AA		Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation
Situation : N5		
5.AC.30.AL-I2		Déclenchement du travail, utilisation d'un agent ocytocique avec plusieurs voies d'administration combinées (p. ex. voie orale avec voie vaginale)

Justification : Une césarienne est pratiquée car l'hypertension de la patiente 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 primigeste 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, le 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
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées
5.MD.60.AA		Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation
Situation : N5		
5.AC.30.AL-I2		Déclenchement du travail, utilisation d'un agent ocytocique avec plusieurs voies d'administration combinées (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 déclenché à l'aide de médicaments ou d'instrument, peut parfois nécessiter une plus grande stimulation — ceci est aussi valable dans les cas de déclenchement spontané du travail. Dans ce cas, les 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 plage 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

Étant donné que dans certaines régions, on estime que l'admission d'un nouveau-né a lieu au moment de sa naissance, ce qui signifie qu'on prévoit utiliser seulement un abrégé (patient hospitalisé en soins de courte durée) pour le bébé, 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



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.*



Attribuez 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*).



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	---
Retard 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
Retard 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
Prématurité extrême (< 28 semaines de gestation)		
Malnutrition du fœtus	P07.1 P05.2 P07.2	P07.0 P05.2 P07.2
Retard 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 retard 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)
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Exemple : Un enfant de 950 grammes naît par césarienne à 28 semaines de gestation. Outre la prématurité, l'enfant présente des signes de retard 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
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 a subi un dommage, 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 et peuvent présenter une gazométrie sanguine du cordon ombilical et un indice d'Apgar pouvant être normaux, mais ils subissent un accident asphyxique après leur naissance. Le code P21.9 est rarement utilisé. L'indice d'Apgar ne détermine pas à lui seul l'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
Z38.010	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Exemple : Un bébé est né par césarienne pratiquée d'urgence en raison d'un épisode de bradycardie fœtale prolongée noté au cours du premier stade 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. L'Apgar était de 3 à 1 minute, et 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
Z38.010	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)


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. L'Apgar enregistré est de 2 et 5 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
Z38.010	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 discutable 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 cc d'urine est recueillie au cours de la journée. Le diagnostic final est : Encéphalopathie ischémique hypoxique et anurie.


<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
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 un 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
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 est de 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
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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.

Ictère néonatal

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006

B Classifiez 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 association d'un traitement par photothérapie ou 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
Z38.000	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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
Z38.010	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Exemple : Un enfant naît à terme par voie vaginale. Le médecin inscrit « léger ictère » au dossier. Aucune autre anomalie n'est notée. Pas de photothérapie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)
P59.9	(O)	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 (O). 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.*

Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né

En vigueur depuis 2006, modifiée en 2007, 2008

La sepsie néonatale correspond à une infection bactérienne invasive se produisant dans les 28 jours après la naissance. Les signes cliniques de l'apparition précoce de la sepsie néonatale se manifestent dans les six heures suivant la naissance dans plus de 50 % des cas; la grande majorité se déclare dans les 72 premières heures de vie. L'apparition tardive de la sepsie néonatale se produit habituellement quatre jours après la naissance et comprend les infections nosocomiales.

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 sepsie soit complètement éliminé.



Lorsqu'un diagnostic de sepsie est confirmé chez le nouveau-né, inscrivez un code de la catégorie P36.– *Infection bactérienne du nouveau-né.*

- Attribuez un code supplémentaire, facultatif, 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.



Lorsque le diagnostic inscrit par le médecin au moment de la sortie du patient, est « sepsie probable », « sepsie suspectée », « sepsie clinique » ou « sepsie à hémoculture négative », codifiez l'affection comme une sepsie 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.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P36.1	(M)	Infections du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P02.7	(O)	Fœtus et nouveau-né affectés par une chorio-amnionite
Z38.000	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 sepsie possible. Il a commencé à recevoir un traitement antibiotique d'une durée de sept jours. Les résultats de l'hémoculture sont négatifs.



Diagnostic à la sortie : « Sepsie 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
Z38.000	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Il ne faut pas inscrire la lettre « Q » devant le code, car il s'agit d'un diagnostic de sepsie 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 sepsie néonatale.

- B** Assurez-vous qu'un code de la catégorie P36.– *Infection bactérienne du nouveau-né* n'est pas sélectionné lorsque le diagnostic de sepsie est « éliminé ».
- B** Lorsque le médecin traitant a utilisé l'un des termes ci-dessous dans le dossier pour décrire un cas de sepsie :
- ? Sepsie;
 - Sepsie contestable;
 - Sepsie discutable;
 - Sepsie possible;
 - Sepsie à éliminer.
- Demandez-lui de clarifier ses remarques avant de choisir un code, car ces termes ne peuvent être codifiés comme une sepsie.
- B** Appuyez votre choix de code sur la documentation du médecin et non sur les résultats de l'hémoculture. Le diagnostic de sepsie ne peut être supposé, ni éliminé uniquement en fonction des résultats de l'hémoculture.
- B** Lorsqu'une sepsie était soupçonnée mais que le diagnostic a été éliminé, il faut classer ce 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).
- B** 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 (0).

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 sepsie néonatale, demandez des explications au médecin afin de déterminer si le cas doit être codifié comme une sepsie 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 nécessitent une observation mais qu'après observation et examen, il est établi qu'aucun autre traitement ou soins médicaux ne sont nécessaires.

Exemple : Un bébé est né par voie vaginale à 38 semaines de grossesse. La mère est porteuse de streptocoques du groupe B. Le bébé est examiné à l'unité néonatale de soins intensifs et le néonatalogiste diagnostique une sepsie 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
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Exemple : Un bébé est né par voie vaginale à 37 semaines de grossesse. La mère avait une rupture prématurée des membranes. Le médecin a inscrit au dossier la note « mettre en observation – sepsie ». Une prise de sang est effectuée en vue d'une hémoculture, et le bébé reçoit des antibiotiques en prophylactie. 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
Z38.000	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Lorsque des antibiotiques sont administrés, inscrivez le code Z29.2.

Exemple : Un bébé est né par voie vaginale à 39 semaines de grossesse après 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 de sepsie et le bébé obtient son congé le deuxième jour.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 sepsie.

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, de l'œdème, 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 :

- Les enfants gros pour l'âge gestationnel, 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

i. Emedicine, *Birth Trauma* (en ligne). Site consulté en octobre 2006. Internet : <<http://www.emedicine.com/ped/topic2836.htm>>.

- 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, attribuez le code approprié parmi ceux du groupe P10-15 *Traumatismes obstétricaux* à titre de diagnostic principal ou de diagnostic de type (1) :

- Hémorragie et lacération intracrânienne
- Œdème cérébral
- Lésion des nerfs rachidiens et crâniens
- Lésion des nerfs périphériques
- Céphalématome 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 un code supplémentaire, facultatif, à titre de diagnostic de type (0), 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 maternel ou l'intervention ayant causé le traumatisme à la naissance.

Remarque : Les traumatismes à la naissance suivants ne sont pas considérés comme des comorbidités significatives et, s'ils sont codifiés, le type (0) sera attribué au diagnostic 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 : Bébé garçon à terme né par voie vaginale. Présence de dystocie importante des épaules qui cause une fracture de la clavicule durant l'accouchement.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
P13.4	(M)	Fracture de la clavicule due à un traumatisme obstétrical
P03.1	(O)	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
Z38.000	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

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 : Bébé né à terme 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>
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)
P12.0	(O)	Céphalématome dû à un traumatisme obstétrical
P03.2	(O)	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps

Justification : Aucune note ne précise de complications liées au céphalématome. Par conséquent, s'il est codifié, ce sera un diagnostic de type (O).

Chapitre XVII – Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques

Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques

En vigueur depuis 2009

Les anomalies congénitales peuvent être d'origine :

- chromosomique (p. ex. syndrome de Down) ;
- héréditaire (p. ex. fibrose kystique) ;
- environnementale ou exogène (p. ex. syndrome d'alcoolisation fœtale) ;
- multifactorielle;
- inconnue.

Pour les besoins de la classification dans la CIM-10-CA, les anomalies sont généralement classées en fonction de leurs manifestations sur l'anatomie, le fonctionnement ou le métabolisme de l'organisme. Cependant, à moins qu'un code précis figure ailleurs, il existe des catégories distinctes pour les anomalies d'origine chromosomique (Q99) ou exogène (Q86). Les codes pour les anomalies congénitales se trouvent dans le Chapitre XVII – *Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)*, les catégories du Chapitre IV – *Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)* et les catégories du Chapitre III – *Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et troubles du système immunitaire (D50-D89)*.ⁱ

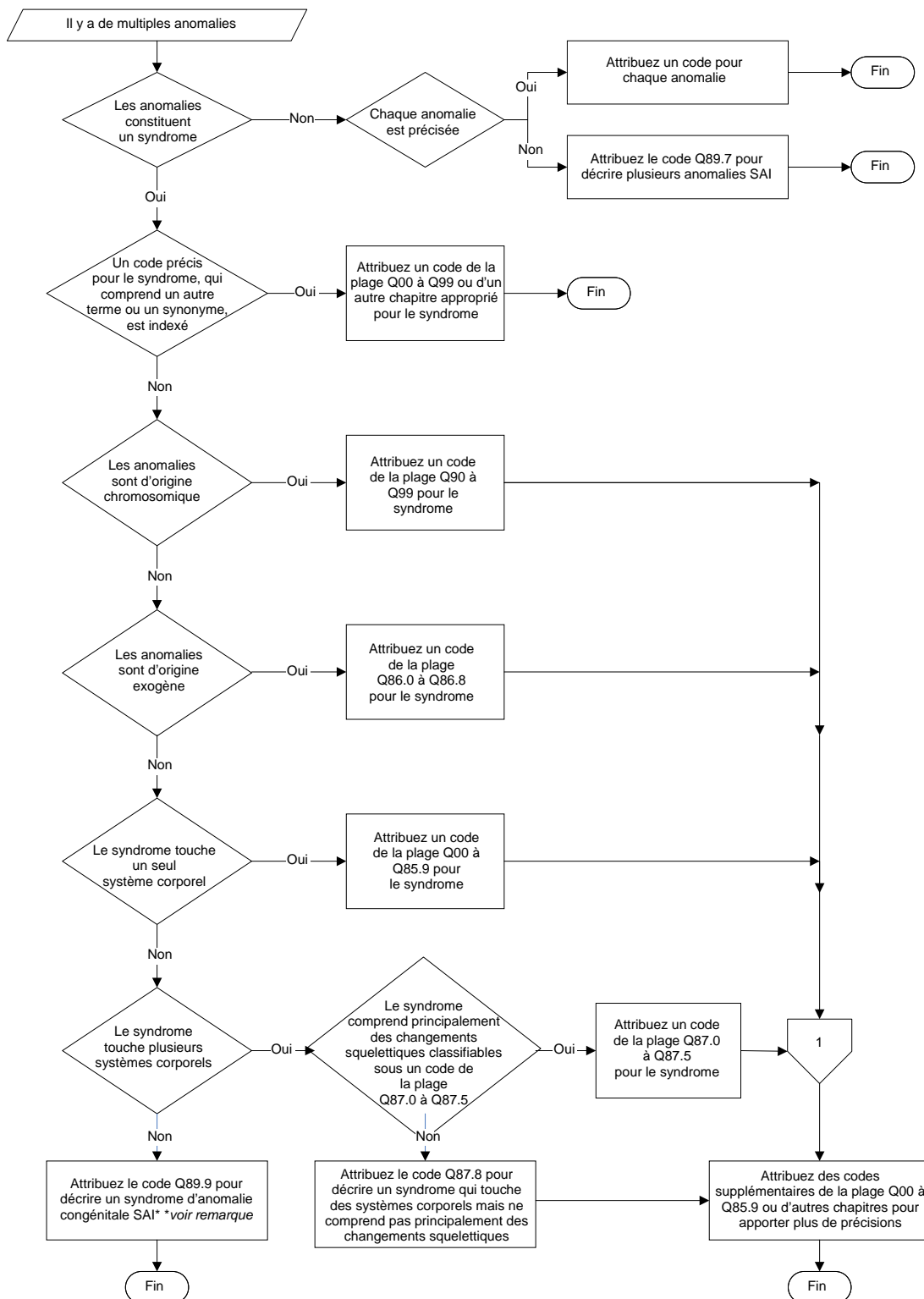


Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec de multiples anomalies congénitales et qu'elles sont décrites comme un syndrome qui ne peut pas être classé sous un code plus précis (voir ordinogramme ci-dessous), attribuez le code **Q87.8 Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs**.

- Attribuez des codes supplémentaires de la plage Q00-Q85.9 ou d'autres chapitres appropriés pour apporter plus de précision, ce qui est obligatoire lorsque les critères de significativité sont satisfaits, et facultatif lorsque ces critères ne sont pas satisfaits.

i. Agence de la santé publique du Canada, *Congenital Anomalies in Canada: A Perinatal Health Report, 2002* (en ligne), consulté le 15 septembre 2008. Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cac-acc02/index-eng.php>>.

Sélection des codes principaux pour les anomalies congénitales multiples dans la classification CIM-10-CA



Remarque : Un syndrome d'anomalie congénitale SAI sera rarement vu dans les dossiers hospitaliers.

Exemple : Le diagnostic de départ est le syndrome de Costello. Selon la description du médecin, le patient possède des traits distinctifs typiques : oreilles basses, lobes d'oreille épais, lèvres charnues, et « cutis laxa » des mains et des pieds. Le patient souffre également de cardiopathie congénitale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Q87.8	(M)	PP	Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs
Q24.9	(3)	AP	Malformation cardiaque congénitale, sans précision
Q17.4	(3)	AP	Anomalie de position de l'oreille
Q18.6	(3)	AP	Macrochéilie
Q17.8	(3)	AP	Autres malformations congénitales précisées de l'oreille
Q82.8	(3)	AP	Autres malformations congénitales précisées de la peau

Justification : Les recherches indiquent que ce syndrome est un trouble génétique qui touche plusieurs systèmes. Étant donné qu'il n'y a pas de code plus précis pour le syndrome, il est classifié sous le code Q87.8. Dans cet exemple, des codes supplémentaires sont ajoutés, à titre facultatif, pour donner des détails sur les manifestations.

Exemple: À la sortie, le diagnostic final d'un nouveau-né est disomie uniparentale 16. Ce bébé présentait un certain nombre de manifestations congénitales : communication interventriculaire, micrognathie, coude anormal, camptodactylie, micropénis, cryptorchidisme droit et hypospadias. Il est né à la 34e semaine. Il avait également un retard de croissance intra-utérin (RCIU), et pesait 1 200 grammes à l'admission. Le bébé a obtenu son congé après un séjour de plusieurs semaines.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Q99.8	(M)	Autres anomalies précisées des chromosomes
P05.99	(1)	Retard de croissance intra-utérine [RCIU], sans précision
P07.1	(1)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Q21.0	(0)	Communication interventriculaire
K07.09	(0)	Anomalie de dimension des mâchoires, sans précision
Q68.8	(0)	Autres anomalies morphologiques congénitales ostéo-articulaires et des muscles précisées
Q68.1	(0)	Anomalie morphologique congénitale de la main
Q55.60	(0)	Hypoplasie du pénis
Q53.1	(0)	Cryptorchidie unilatérale
Q54.9	(0)	Hypospadias, sans précision
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Selon la description, ces anomalies multiples sont attribuables à une anomalie chromosomique qui peut être classée sous le code Q99.–. Dans ce cas, le code Q87.8 n'est pas attribué.

Exemple : Le diagnostic est le syndrome KBG (Hermann-Pallister). Le médecin consigne qu'il s'agit d'un trouble génétique rare. L'enfant présente des traits typiques : dysmorphie faciale, macrodontie des incisives centrales supérieures et anomalies squelettiques (costo-vertébrales).



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Q87.0	(M)	PP	Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face
K00.2	(3)	AP	Anomalies du volume et de la forme des dents
Q76.4	(3)	AP	Autres malformations congénitales du rachis, non associées à une scoliose

Justification : Selon la littérature sur le sujet, la condition atteint principalement l'aspect du visage. Elle peut donc être classée sous un code plus précis. On peut codifier les autres manifestations séparément et leur attribuer un diagnostic de type (3)/autre problème.



Lorsqu'un patient se présente uniquement pour le traitement d'une manifestation précise d'un syndrome d'anomalie congénitale, codifiez la manifestation en tant que diagnostic principal/problème principal.

- Un code supplémentaire, facultatif, peut être attribué comme diagnostic de type (3)/autre problème pour décrire le syndrome.

Exemple : Un jeune patient qui a le syndrome de Goldenhar et une fente palatine est admis pour une reprise de la réparation de la fente palatine.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Q35.9	(M)	Fente du palais, sans précision
Q87.0	(3)	Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face

Justification : Dans la classification, il y a un code précis pour désigner le syndrome de Goldenhar. Cependant, la fente palatine est la raison pour laquelle le patient séjourne à l'hôpital et elle constitue le diagnostic principal.

Chapitre XVIII — Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs

Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008, 2009

La version 2009 de la CIM-10-CA comporte une catégorie distincte, R65 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SRIS]*, pour classer le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS).

Parmi les causes sous-jacentes de ce syndrome, on retrouve les infections, les traumatismes (p. ex. brûlures), ou d'autres types d'agressions de l'organisme (p. ex. pancréatite, ischémie).

Un syndrome d'inflammation systémique d'origine infectieuse évolue en stades de gravité, en débutant avec une infection → SRIS → sepsie → sepsie grave → syndrome de défaillance multiviscérale (SDMV) → choc septique. Le terme « sepsie » signifie SRIS en raison de l'origine infectieuse; par conséquent, SRIS est inhérent au terme « sepsie » et il n'est pas nécessaire d'attribuer séparément le code R65.0 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique*. Le terme « sepsie grave » décrit un patient dont l'état a progressé à au moins une insuffisance organique aiguë en raison de la réponse inflammatoire systémique à l'infection. Dans un cas pareil, des codes supplémentaires doivent être attribués pour décrire chaque insuffisance organique aiguë consignée et attribuable à la sepsie plutôt que le code R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë*. Cependant, un patient atteint de « sepsie grave » peut se retrouver très rapidement en choc septique et décéder. Il se peut donc que la documentation nécessaire ne soit pas disponible pour attribuer des codes distincts à chaque insuffisance organique aiguë. Un diagnostic de « sepsie grave » sans autre précision est classifié sous le code R65.1.

Reportez-vous également à la section [Syndrome de réponse inflammatoire systémique \(SRIS\)](#) de l'[annexe A](#) pour obtenir de l'information clinique.



Lorsque le SRIS est d'origine infectieuse et sans insuffisance organique, attribuez d'abord le code qui désigne le type de sepsie et, à titre facultatif, attribuez le code R65.0 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique* comme diagnostic de type (3)/autre problème.



Lorsque le diagnostic inscrit au dossier fait mention de « sepsie grave » et qu'il n'y a pas de précision sur l'insuffisance organique aiguë, attribuez le code R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë*, obligatoire, comme diagnostic de type (1), (2)/autre problème.



Lorsqu'un « choc septique » est documenté au dossier, attribuez le code R57.2 *Choc septique*, obligatoire.

Remarque : Lorsque l'insuffisance organique aiguë est précisée dans un diagnostic de « sepsie grave », la combinaison de codes attribués (c.-à-d. un code pour la sepsie et un code pour l'insuffisance organique aiguë connexe) équivaut au code R65.1.

Remarque :

- Les codes de la catégorie R65 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SRIS]* ne sont jamais attribués comme diagnostic principal/problème principal étant donné que la cause sous-jacente (c.-à-d. origine infectieuse ou origine non infectieuse) est toujours attribuée en premier.
- Le code R65.0 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique* peut uniquement être attribué comme diagnostic de type (3)/autre problème étant donné que le SRIS est inhérent à un diagnostic de sepsie.
- Le code R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë* est attribué comme diagnostic de type (1), (2), ou (3) ou autre problème selon les circonstances du cas.
- Les codes R65.2 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse sans défaillance organique* et R65.3 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance organique aiguë* sont attribués comme diagnostic de type (1) ou (2) ou autre problème étant donné qu'un SRIS d'origine non infectieuse est considéré comme une condition distincte dans ces cas.
- Le code R65.9 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique, non spécifié* ne devrait pas figurer dans l'abrégé d'un patient hospitalisé ou d'un cas de soins ambulatoires étant donné que la cause sous-jacente (c.-à-d. origine infectieuse ou origine non infectieuse) devrait être consignée au dossier.

Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de SRIS en raison d'une sepsie à staphylocoques dorés et E. coli.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
A41.50	(M)	PP	Sepsie due à Escherichia coli (E.coli)
A41.0	(1)	AP	Sepsie à staphylocoques dorés
R65.0	(3)	AP	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique (facultatif)

Justification : Le code R65.0 est facultatif parce qu'un diagnostic de sepsie (sans insuffisance organique) comprend le syndrome de réponse inflammatoire systémique.

Exemple : Un patient se présente à l'hôpital avec une forte fièvre et une hypoxie.



Diagnostic final : sepsie grave.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
A41.9	(M)	PP	Sepsie, sans précision
R65.1	(1)	AP	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë

Justification : Le code R65.1 est attribué comme diagnostic de type (1) parce que l'insuffisance organique précisée est inconnue; par conséquent, le code R65.1 représente une comorbidité chez ce patient. Si les insuffisances organiques avaient été connues, des codes pour les désigner auraient été attribués comme comorbidité et le code R65.1 aurait pu être attribué, à titre facultatif, comme diagnostic de type (3).

Exemple : Une femme de 85 ans se présente au service d'urgence avec une dyspnée de plus en plus marquée, une toux productive et une faiblesse progressive. Son état se détériore de façon aiguë au service d'urgence et elle est admise rapidement à l'unité de soins intensifs où elle reçoit un diagnostic de sepsie en raison d'une pneumonie due à *Haemophilus influenzae* et d'une insuffisance respiratoire. À l'unité de soins intensifs, elle est intubée et placée sous ventilation artificielle et un traitement d'antibiotiques à large spectre est débuté.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
A41.3†	(M)	Sepsie à <i>Haemophilus influenzae</i>
J17.0*	(3)	Pneumonie au cours de maladies bactériennes classées ailleurs
J96.0	(1)	Insuffisance respiratoire aiguë
R65.1	(3)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë (facultatif)

Justification : Étant donné que l'insuffisance organique aiguë est précisée et répond aux critères de comorbidité, le code R65.1 est facultatif.

Exemple : Un patient de 35 ans ayant subi un trauma est gardé à l'unité de soins intensifs pendant plusieurs jours. Il développe une infection des voies urinaires qui évolue en sepsie à *E. coli*. L'état du patient continue de se détériorer : ce dernier présente des signes d'insuffisance rénale aiguë, d'insuffisance hépatique et se retrouve en choc septique. En dépit des traitements agressifs, le patient décède.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
A41.50	(2)	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E.coli</i>)
N17.9	(2)	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
K72.9	(2)	Insuffisance hépatique, sans précision
R57.2	(2)	Choc septique
N39.0	(2)	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B96.2	(3)	<i>Escherichia coli</i> , cause de maladies classées dans d'autres chapitres
R65.1	(3)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë (facultatif)

Justification : Étant donné que l'insuffisance organique aiguë est précisée et répond aux critères de comorbidité, le code R65.1 est facultatif. Le choc septique indique le dernier stade de gravité dans le continuum de la sepsie et est classé sous le code R57.2. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Septicémie/Sepsie*.

Bien qu'un diagnostic de sepsie (sans insuffisance organique) comprenne le syndrome de réponse inflammatoire systémique, le diagnostic d'un SRIS d'origine non infectieuse désigne une comorbidité distincte du patient. Par conséquent, un SRIS d'origine non infectieuse nécessite toujours deux codes; un pour la cause et un autre pour la réponse systémique.



Lorsque le SRIS est d'origine non infectieuse et sans insuffisance organique, attribuez d'abord le code qui désigne la cause (p. ex. traumatisme, brûlure, pancréatite); et attribuez le code R65.2 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse sans défaillance organique*, obligatoire, comme diagnostic de type (1) ou (2)/autre problème.



Lorsque le SRIS est d'origine non infectieuse et se présente avec une insuffisance organique connexe, attribuez d'abord le code qui désigne la cause (p. ex. traumatisme, brûlure, pancréatite); et attribuez le code R65.3 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance organique aiguë*, obligatoire, comme diagnostic de type (1), (2)/autre problème.

Attribuez des codes supplémentaires qui désignent les insuffisances organiques aiguës précises conformément aux définitions des types de diagnostic ou aux définitions du problème principal et d'un autre problème.

Exemple : Une patiente de 45 ans est admise au Service de médecine interne avec une pancréatite aiguë. Quatre jours plus tard, elle est transférée à l'unité de soins intensifs en raison de signes de réaction systémique. Le médecin de l'unité de soins intensifs inscrit au dossier « syndrome de réponse inflammatoire systémique »; cependant, un traitement approprié et rapide évite que cet état évolue en insuffisance organique aiguë.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
K85.9	(M)	Pancréatite aiguë, non précisée
R65.2	(2)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse sans défaillance organique

Justification : Le code R65.2 est attribué comme diagnostic de type (2) parce qu'un SRIS d'origine non infectieuse représente une comorbidité distincte.

Exemple : Un patient de 52 ans est admis à l'unité de soins intensifs pour personnes brûlées avec des brûlures graves au tronc qu'il a subies lors de l'incendie de sa maison. Vingt-cinq pour cent de la surface de son corps est touchée par les brûlures dont 15 %, par des brûlures au troisième degré. Le patient dormait au sous-sol au moment de l'incendie. Une semaine après l'admission, le patient montre des signes du syndrome de réponse inflammatoire systémique avec insuffisance rénale aiguë. Le patient commence à recevoir des traitements de dialyse.



<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
R65.3	(2)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance organique aiguë
N17.9	(2)	Insuffisance rénale aiguë, sans précision

Justification : Le code R65.3 est attribué comme diagnostic de type (2) parce qu'un SRIS d'origine non infectieuse représente une comorbidité distincte.

Absence de signes vitaux (ASV)

En vigueur depuis 2009

L'absence de signes vitaux (ASV) indique qu'une personne ne présente aucun signe de vie, c.-à-d. qu'elle ne respire pas, n'a pas de pouls ni de tension artérielle et que les pupilles sont fixes et dilatées (à l'évaluation neurologique). L'ASV n'est pas un diagnostic en soi et l'arrêt cardiaque ne peut être considéré comme le diagnostic. Ne confondez pas un énoncé d'absence de signes vitaux (ASV) avec un arrêt cardiaque.

BS Lorsque l'absence de signes vitaux (ASV) est la seule information consignée au dossier par le médecin, sans cause sous-jacente, attribuez le code R99 *Autres causes de mortalité mal définies et non précisées*.

BS Attribuez un code, obligatoire, pour désigner toute intervention de réanimation cardiaque pratiquée.

Les interventions de réanimation cardiaque comprennent :

- les codes de la rubrique 1.HZ.30.^.^ *Réanimation, cœur NCA* et
- les codes de la rubrique 1.HZ.09.^.^ *Stimulation, cœur NCA*.

Remarque :

- Dans le dossier d'un patient hospitalisé, on s'attend à ce que l'ASV soit consigné avec une cause sous-jacente. Le code R99 *Autres causes de mortalité mal définies et non précisées* ne devrait donc pas figurer sur un abrégé de la BDCP.
- Vérifiez que l'arrêt cardiaque est clairement consigné au dossier avant d'attribuer le code I46.0 ou le code I46.9. Un diagnostic d'arrêt cardiaque ne peut être présumé uniquement parce que la réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou la réanimation cardio-cérébrale (RCC) seulement a été pratiquée.
- La RCC par compression thoracique ne se pratique qu'avec des compressions thoraciques, sans respiration artificielle.

Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Arrêt cardiaque*.

Exemple : Une femme de 45 ans souffrant d'obésité s'effondre en l'absence de témoins. À son arrivée sur les lieux, et ce, jusqu'à l'hôpital, le personnel paramédical poursuit la réanimation cardio-respiratoire (RCR) entamée par un passant. Le médecin évalue la patiente après dix minutes de RCR et consigne l'absence de signes vitaux.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R99	PP	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées
1.HZ.30.JN		Réanimation, cœur NCA, avec compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante
1.GZ.31.CB-EP		Ventilation, système respiratoire NCA, approche non invasive, assistée manuellement (p.ex. masque ambu) (facultatif)

Justification : Le médecin a consigné l'absence de signes vitaux (ASV) de la patiente. Aucune cause sous-jacente n'a été consignée.

Exemple : Ce matin, un homme de 45 ans en santé se rendait au travail en voiture. Des témoins ont affirmé que, sans raison apparente, sa voiture a soudain fait une embardée et a quitté l'autoroute. Le personnel paramédical est arrivé sur les lieux et a commencé la réanimation cardio-respiratoire (RCR). À son arrivée au service d'urgence, une absence de signes vitaux a été diagnostiquée chez le patient. L'accident d'automobile ne lui a causé aucune blessure visible.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
R99	PP	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées
1.HZ.30.JN		Réanimation, cœur NCA, avec compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante
1.GZ.31.CB-EP		Ventilation, système respiratoire NCA, approche non invasive, assistée manuellement (p.ex. masque ambu) (facultatif)

Justification : Le médecin a consigné l'absence de signes vitaux (ASV) du patient. Aucune cause sous-jacente n'a été consignée.

Exemple : Le passager avant d'une voiture, âgé de 16 ans, a été victime d'un accident sans collision. Le décès du conducteur a été constaté sur les lieux. Les signes vitaux du patient étaient absents mais le personnel paramédical a commencé à pratiquer la réanimation cardio-cérébrale (RCC) par compression thoracique sur les lieux jusqu'à leur arrivée au service d'urgence. Le médecin a consigné l'ASV du patient et les blessures évidentes suivantes : fracture ouverte de la base du crâne, volet costal, et une fracture ouverte de la diaphyse du fémur droit. Le coroner a été avisé. Le patient fera l'objet d'une autopsie complète.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S02.101	PP	Fracture ouverte de la base du crâne
S22.500	AP	Volet costal, fermé
S72.301	AP	Fracture ouverte de la diaphyse du fémur
V48.6	AP	Occupant d'une automobile blessé dans un accident de transport, sans collision
1.HZ.30.JN		Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante

Justification : Le médecin a consigné l'absence de signes vitaux (ASV) de son patient. Le patient a subi des traumatismes graves lors d'un accident d'automobile. Des codes sont attribués pour les blessures consignées. Aucun code n'est attribué pour l'ASV.

Exemple : Une femme de 87 ans est admise à l'hôpital en raison d'une insuffisance rénale au stade terminal. Lors de leur tournée de routine, des infirmières trouvent la patiente sans signes vitaux. Le médecin traitant est appelé sur son téléavertisseur. Il arrive 30 minutes plus tard pour constater le décès de la patiente.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
N18.5	(M)	Maladie rénale chronique, stade 5

Justification : Étant donné que la cause sous-jacente est connue, le code R99 n'est pas attribué.

Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008

- BS** En vous basant sur les critères qui figurent dans le tableau ci-dessous, classifiez les affections résultant de la prise de médicaments et d'autres substances chimiques ou biologiques comme étant soit une « réaction indésirable en usage thérapeutique » soit un « empoisonnement ».
- BS** Considérez un empoisonnement ou une intoxication comme étant accidentels, sauf s'il y a mention de geste intentionnel ou d'intention indéterminée.
- BS** Classez l'intoxication par prise de drogues illicites comme accidentelle, sauf si un geste intentionnel ou une intention indéterminée sont clairement indiqués.
- 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, qui comprend de l'acétaminophène et de la codéine) est responsable d'un empoisonnement, inscrivez un code pour chaque substance.

Remarques :

- Un seul code est nécessaire pour les médicaments classifiés sous le même code de la CIM-10-CA.
- Lorsqu'un médicament est désigné par son nom de marque de commerce 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).

Effets indésirables en usage thérapeutique	Empoisonnements
<p>Une réaction indésirable peut se produire lors de l'administration ou de la prise appropriée d'une substance (c.-à-d. drogue, médicament ou agent biologique) en usage thérapeutique.</p> <p>L'administration appropriée d'une substance comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la prise ou l'administration de la bonne substance ➤ le respect de la posologie (comprend les médicaments sur et sans ordonnance) ➤ la prise de deux médicaments sur ordonnance ou plus en même temps ➤ la prise de deux médicaments ou plus sans ordonnance conformément aux recommandations <p>En général, les termes qui suivent sont employés pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique. Lorsque ces termes sont utilisés, mais qu'il est clair qu'une substance n'a pas été utilisée correctement, classifiez l'affection comme un empoisonnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaction allergique (remarque : dans le cas d'une réaction allergique à une substance utilisée à des fins non thérapeutiques, consultez la norme de codification intitulée <i>Réaction allergique en usage non thérapeutique</i>); ➤ Effet cumulatif (toxicité); ➤ Hypersensibilité; ➤ Réaction iatrogène; ➤ Réaction idiosyncrasique; ➤ Interaction entre deux médicaments; ➤ Réaction paradoxale; ➤ Réaction synergique; <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 et autres substances chimiques (Table des effets nocifs), 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 peut se produire lors de la prise inappropriée d'une substance (c.-à-d. drogue, médicament ou agent biologique).</p> <p>L'usage inapproprié comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la prise ou l'administration de la mauvaise substance ➤ le non-respect de la posologie ➤ la prise d'un médicament sur ordonnance avec un médicament qu'on a décidé, de notre gré, de prendre ➤ la prise d'un médicament sans ordonnance sans se conformer aux recommandations ➤ la prise de tout médicament avec de l'alcool <p>Les termes suivants sont employés pour décrire un empoisonnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Surdose ➤ Ingestion accidentelle ➤ Geste intentionnel ➤ Tentative de suicide <p>Directives de codification : Repérez les codes d'intoxication dans la première colonne de l'index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs). 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> <p>Remarque : Le type de diagnostic attribué à la manifestation qui découle d'un empoisonnement est fondé sur les définitions des types de diagnostic.</p>

Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Réaction allergique en usage non thérapeutique*.

Exemple : Un patient se présente au service d'urgence en raison d'une éruption cutanée. Le médecin a consigné au dossier du patient que, deux jours auparavant, ce dernier avait passé une tomodensitométrie avec injection d'un produit de contraste. Diagnostic final: Réaction allergique au produit de contraste.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
L27.0	PP	Éruption généralisée due à des médicaments
Y57.5	AP	Produit de contraste utilisé en radiologie ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Cette manifestation s'est produite à la suite de la prise appropriée d'une substance en usage thérapeutique; par conséquent, elle est classée selon les directives du tableau ci-dessus, c.-à-d. comme un effet indésirable en usage thérapeutique.

Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de gastrite causée par la prise d'aspirine conformément aux directives.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
K29.7	PP	Gastrite, sans précision
Y45.1	AP	Salicylés ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Une manifestation qui se produit à la suite de la prise d'un médicament sans ordonnance conformément aux directives est classifiée comme un effet indésirable en usage thérapeutique.

Exemple : Hématémèse en raison de la prise de warfarine (coumadin) sur ordonnance avec de l'aspirine que le patient a décidé de prendre.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T45.5	(M)	PP	Intoxication par les anticoagulants
T39.0	(1)	AP	Intoxication par les salicylés
K92.0	(3)	AP	Hématémèse
X44	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Toute prise d'un médicament sur ordonnance avec un médicament pris sur la décision du patient seulement est classifiée comme un empoisonnement.

Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence après que son mari a remarqué qu'elle était assez somnolente. Pendant l'examen, on a noté qu'elle avait pris sa dose prescrite d'Ativan et consommé trois verres de vin. Diagnostic final: Effet toxique de la prise d'Ativan avec de l'alcool.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T42.4	(M)	PP	Intoxication par les benzodiazépines
T51.0	(1)	AP	Effet toxique de l'éthanol
R40.0	(3)	AP	Somnolence
X41	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X45	(9)	AP	Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Lorsqu'un état est le résultat d'une interaction entre de l'alcool et un médicament, ceci est classifié comme un empoisonnement.

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 au service d'urgence, où il se plaignait principalement de maux d'estomac.



Diagnostic final: Ingestion de comprimés d'ibuprofène

<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)
R10.19	(3)	AP	Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen, sans précision
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

Exemple : Un patient est 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 débuté 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 : Effet toxique de 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 ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Bien que les médecins enregistrent souvent « effet toxique de la digoxine » comme diagnostic, il y a habituellement de la documentation supplémentaire indiquant la manifestation spécifique de la toxicité. Classifiez le cas en fonction de l'état le plus spécifique. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Spécificité*. Lorsqu'une information plus spécifique n'est pas incluse dans la documentation, inscrivez le code T88.7 *Effet indésirable d'un médicament, sans précision*.

Exemple : Un patient est dans le coma en raison d'une tentative de suicide par surdose d'héroïne, de Xanax, de Valium et d'acétaminophène. Il a été trouvé à son domicile.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T40.1	(M)	PP	Intoxication par l'héroïne
T42.4	(1)	AP	Intoxication par les benzodiazépines
T39.1	(1)	AP	Intoxication par les dérivés du 4-aminophénol
R40.29	(1)	AP	Coma, sans précision
X62	(9)	AP	Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X61	(9)	AP	Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X60	(9)	AP	Auto-intoxication 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 classifiées dans des catégories distinctes, 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 classifiés au code T42.4 de l'index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques.

Exemple : Surdose de Pamprin.

BS	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
	T39.1	(M)	PP	Intoxication par les dérivés du 4-aminophénol
	T45.0	(1)	AP	Intoxication par les médicaments antiallergiques et antiémétiques
	T50.2	(1)	AP	Intoxication par les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, les benzothiadiazides et d'autres diurétiques
	X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
	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 de l'acétaminophène, de la pyrilamine, du maléate et du pamabrom. 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 des médicaments et autres substances chimiques, il est classifié à la catégorie générale des diurétiques. La pyrilamine et le pamabrom sont classés sous le même code de cause externe; par conséquent, le code X44 n'est attribué qu'une seule fois.

BS Classez les états 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'un état est documenté comme étant attribué 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

Réaction allergique en usage non thérapeutique

En vigueur depuis 2009

BS Lorsqu'une manifestation est consignée comme étant attribuable à une allergie ou à une réaction allergique à une substance (à l'exception des substances en usage thérapeutique et des allergies alimentaires), recherchez la manifestation dans l'index alphabétique.

Lorsque l'index :

- donne le sous-terme « allergie » ou « allergique », attribuez le code applicable (A00 à R99).
- ne donne pas le sous-terme « allergie » ou « allergique », attribuez le code T78.4 *Allergie, sans précision* et
 - un code supplémentaire pour identifier la manifestation, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème et
 - un code de cause externe, (soit X58 *Exposition à d'autres facteurs précisés*, lorsque l'agent étiologique est connu; ou X59.9 *Exposition à un facteur non précisé causant des lésions traumatiques autres et non précisées*, lorsque l'agent étiologique est inconnu).

Remarque : Pour trouver un code de cause externe lorsqu'il s'agit d'une réaction allergique à une substance en usage non thérapeutique, ne cherchez pas dans l'index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques. Les codes de causes externes se trouvant dans cet index sont utilisés seulement pour décrire un effet indésirable en usage thérapeutique, ou un empoisonnement. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements*.

Exemple : Un patient se présente au service d'urgence et est diagnostiqué avec une dermite allergique de contact après avoir été exposé à du sumac vénéneux (herbe à poux).

S

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
L23.7	PP	Dermite allergique de contact due aux végétaux, sauf aliments

Justification : Une recherche dans l'index alphabétique mène au bon code.
 Dermite
 – due à (au)
 – – plantes NCA (de contact) L25.5
 – – – allergique L23.7

Un code de cause externe n'est pas nécessaire.
 (Remarque : Un contact avec du sumac vénéneux est classé comme une dermite allergique de contact.)

Exemple : Un patient se présente au service d'urgence avec une tuméfaction localisée du visage. Diagnostic final: Réaction allergique.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T78.4	(M)	PP	Allergie, sans précision
R22.0	(3)	AP	Tuméfaction et masse localisées, au niveau de la tête
X59.9	(9)	AP	Exposition à un facteur non précisé causant des lésions traumatiques autres et non précisées
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : La manifestation précisée est tuméfaction; cependant, la recherche dans l'index ne donne pas le sous-terme descriptif « allergique »; par conséquent, le code T78.4 *Allergie, sans précision* est attribué. Si le code T78.4 n'est pas attribué dans cet exemple, il ne sera pas précisé qu'il s'agit d'une réaction allergique. Le code X59.9 est attribué parce que l'agent étiologique de la réaction allergique est inconnu.

Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence avec un lymphoedème des paupières après s'être appliqué une teinture sur les cheveux à son domicile. Diagnostic final: Allergie au colorant capillaire.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
T78.4	PP	Allergie, sans précision
H02.8	AP	Autres affections précisées des paupières
X58	AP	Exposition à d'autres facteurs précisés
U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Dans cet exemple, l'agent étiologique est le colorant capillaire. Bien que l'on trouve « colorant NCA » en cherchant dans l'index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques, la réaction allergique ne découle pas de l'effet indésirable d'une substance en usage thérapeutique; par conséquent, ne cherchez pas le code de cause externe dans l'index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques. Remarque : Si le code T78.4 n'est pas attribué dans cet exemple, il ne sera pas précisé qu'il s'agit d'une réaction allergique.

Traumatisme intracrânien SAI versus traumatisme crânien SAI

En vigueur depuis 2008

Aux fins de la classification CIM-10-CA, un diagnostic final de traumatisme crânien est classifié comme un traumatisme intracrânien (traumatisme cérébral) lorsque l'un des états suivants est documenté au cours de la visite:

- état de conscience altéré;
- état de perception altéré;
- fonctions cognitives altérées;
- score 3 à 12 de l'échelle de Glasgow.

Un score de 13 à 15 à l'échelle de Glasgow indique qu'il n'y a pas eu de traumatisme cérébral.

BS Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier mentionne un traumatisme crânien et que la documentation supplémentaire indique un traumatisme intracrânien, selon les critères ci-dessus, inscrivez un code de la catégorie S06. — *Lésion traumatique intracrânienne.*

BS Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier mentionne un traumatisme crânien 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 a fait une chute d'un cheval et s'est blessée. Le diagnostic final écrit au dossier est traumatisme crânien. La patiente est demeurée inconsciente pendant les 10 minutes qui ont suivi la chute.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S06.0	(M)	PP	Commotion
V80.0	(9)	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 : Étant donné que le dossier donne d'autres précisions (c.-à-d. perte de conscience), le diagnostic final de 'traumatisme crânien' est classifié à la catégorie S06. — *Lésion traumatique intracrânienne* et non dans la catégorie S09.9 *Lésion traumatique de la tête, sans précision.*

Exemple : Une jeune fille de 15 ans marchait sur le trottoir en parlant sur son téléphone cellulaire lorsqu'elle s'est heurté la tête contre un poteau. Elle se plaint de maux de tête. Le diagnostic final inscrit au dossier est « traumatisme crânien mineur ». Aucun score de l'échelle de Glasgow n'est écrit 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'il n'y a aucune évidence au dossier qui indique un traumatisme cérébral (selon les critères ci-dessus), le diagnostic ne doit pas être classifié sous les lésions traumatiques intracrâniennes. En l'absence d'autres signes signalant des troubles neurologiques, les maux de tête ne sont pas classifiés comme des lésions traumatiques intracrâniennes.

Fracture du crâne et lésion intracrânienneⁱ

En vigueur depuis 2001



Pour une fracture du crâne accompagnée d'un traumatisme intracrânien, vous devez d'abord codifier le traumatisme crânien, 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>
S06.6	(M)	PP	Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique
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](#).



Codifiez une plaie ouverte communicante avec une fracture au code de fracture ouverte. N'utilisez pas de code supplémentaire pour la plaie ouverte.

i. Organisation mondiale de la Santé, « Rules and guidelines for mortality and morbidity coding », *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième version, volume 2, deuxième édition (Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé), 2004.

Exemple : Un patient présente une plaie ouverte importante à la cuisse, une fracture de la diaphyse du fémur étant visible dans la plaie.



<u>Code</u>	<u>Description</u>
S72.301	Fracture ouverte de la diaphyse du fémur

BS Classez une plaie ouverte comme étant « compliquée » lorsqu'elle présente l'un des éléments suivants :

- Retard de guérison;
- Retard de traitement;
- 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.



<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

Justification : Ce cas présente à la fois une infection et un retard de traitement.

BS Une fois qu'une plaie a été traitée définitivement (nettoyage et suture), classifiez une infection subséquente en fonction du site au 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 aux normes de codification [Complications précoces de traumatismes](#) et [Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique](#).

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>Série</u>	<u>Description</u>
T81.4	(M)	PP	A	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	A	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 : 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

BS 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 ».

BS	<u>Code</u>	<u>Description</u>
	S42.390	Fracture d'une partie non précisée de l'humérus, fermée

BS 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.

BS	<u>Code</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 de l'os.

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, approche ouverte, utilisation d'un clou centromédullaire, 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, approche ouverte, utilisation d'un clou centromédullaire, dispositif de fixation uniquement
---------------	--

Luxations

En vigueur depuis 2001

BS Classifiez les luxations non précisées comme fermées ou ouvertes comme des luxations fermées.

BS Classifiez une « fracture avec luxation » comme une fracture.

BS Classifiez la 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>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 [Séquence des codes de 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	<u>Code</u>	<u>Description</u>
	S72.300	Fracture fermée de la diaphyse du fémur
	S75.0	Lésion traumatique de l'artère fémorale

Justification : La séquence des codes dépend des circonstances consignées au dossier.

Lésions significatives

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

- BS** Aux fins de la classification, considérez les types de lésions traumatiques suivantes 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 [Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité](#).

Blessures par écrasement

En vigueur depuis 2006

- BS** Attribuez toutes les lésions significatives associées à une blessure par écrasement comme des comorbidités, le problème principal ou un autre problème.
- Utilisez un code supplémentaire, avec le type de diagnostic (3)/autre problème, pour identifier la blessure par écrasement. Lorsqu'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 avec une atteinte de la fonction rénale, inscrivez le code T79.5 *Anurie traumatique*, avec un type de diagnostic de comorbidité, problème principal ou 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.



<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 d'un 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	Hématome hépatique SAI, lacération SAI, lésion traumatique du foie SAI, sans plaie ouverte dans la cavité
S36.090	(1)	AP	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

BS 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 quadriceps aux deux cuisses lorsqu'un sabre de cérémonie acéré exposé dans un musée est tombé sur ses genoux.

BS

<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.

BS

<u>Code</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

BS 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.

BS

<u>Code</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.



Classifiez 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>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.



Classifiez 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



Classifiez 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), classifiez 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 rétractile 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 attribué, il est nécessaire d'ajouter un code supplémentaire obligatoire, avec un type de 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 des codes T31.- ou T32.- correspond au type de diagnostic de la brûlure ou de la corrosion selon qu'elle soit une comorbidité avant l'admission ou après l'admission ou autre problème.

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

Code	BDCP	SNISA	Description
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 diagrammes de brûlures décrivant la totalité de la lésion du patient pourront vous aider à sélectionner un code de ces catégories.

Attribution du diagnostic principal et 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 brûlures ne nécessitant pas de greffe.

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 précis de brûlures, attribuez des codes distincts à chacun de ces sièges.
- BS** Attribuez 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** Attribuez 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 indésirable en 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>Série</u>	<u>Description</u>
	T21.0	(2)	A	Brûlure du tronc, degré non précisé
	T31.00	(2)	A	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)	A	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

Séquence des codes de 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:

- code de cause externe

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.



Classifiez 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 aux normes de codification intitulées *Lésions significatives* et *Spécificité*.

Exception : N'attribuez 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 restée 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 significatives 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, classifiez 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](#).

Les codes suivants peuvent être utilisés comme un signal pour indiquer la présence de traumatismes significatifs multiples. S'ils sont utilisés, ils doivent être de type (3) :

- 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 attribué.



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, fermée
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 attribué car il y a seulement un type de lésion significative dans ce cas.

Attribution de codes pour plusieurs types de lésions significatives touchant plusieurs régions corporelles

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008



Chaque fois qu'il existe deux types ou plus de lésions significatives touchant des régions corporelles multiples, classifiez 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 aux normes de codification [Lésions significatives](#) et [Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité](#).

Le code T06.8 *Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps*, peut être utilisé comme un signal pour identifier les cas avec des lésions significatives multiples touchant plusieurs régions corporelles. S'il est utilisé, un type (3) doit être attribué au diagnostic.

Lorsque T06.8 est attribué, il n'est pas nécessaire d'utiliser un code tel que S-9.7 *Lésions traumatiques multiples de ?*.

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.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S06.5	(M)	PP	Hémorragie sous-durale traumatique
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'abrégé contient plusieurs codes commençant par la lettre **S** et présentant un deuxième caractère différent, le code **T06.8** pourrait être utilisé, 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 caractère = « 0 »), ni les plaies ouvertes (troisième caractère = « 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 comorbidités.

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'attribution d'un code de lésion spécifique pour des blessures significatives, vous pouvez utiliser un code de lésions multiples pour désigner le problème principal lors de la rédaction de l'abrégé d'une visite aux urgences.

Reportez-vous également à la norme de codification *Séquence des codes de 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	Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps
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, attribuez le code approprié de la rubrique T80 à T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*.

Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*.

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>Série</u>	<u>Description</u>
T81.3	(M)	PP	A	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	A	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 à la rubrique T80 à 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. Attribuez 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.



T88.2 Choc anesthésique

Inscrivez également les codes suivants :

- un code de cause externe de l'effet indésirable en usage thérapeutique

Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

En vigueur depuis 2009

Des changements considérables ont été apportés à la classification des états qui surviennent à la suite d'une intervention dans la version 2009 de la CIM-10-CA et dans les Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI.

Les méthodes de classification des affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique sont les suivantes :

- L'index alphabétique classifie l'affection ou le symptôme sous l'un des codes suivants :
 - un code de la rubrique T80-T88 Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs (code « T »),
 - un code lié à l'état postopératoire qui se trouve dans la plupart des chapitres portant sur un système corporel,
 - le code régulier (le code habituel dans la classification).
- Un code de cause externe est obligatoire.
- Un code supplémentaire, si disponible, est obligatoire pour fournir plus de détails.
- Un indicateur de série (nouvel élément de données) est utilisé pour préciser l'ensemble de codes attribués pour décrire l'affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Remarque : Les définitions des types de diagnostic et des problèmes s'appliquent aux affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique. Lorsqu'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique ne répond pas aux critères de significativité, l'attribution de codes est facultative; cependant, lorsque des codes sont attribués, il faut suivre les directives suivantes ci-après.



Classifiez un état ou un symptôme comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique lorsque :

- l'affection ou le symptôme survient pendant un épisode de soins continus dans les trente jours suivant une intervention (y compris les transferts d'un établissement à un autre);
- une relation de cause à effet est inscrite au dossier, peu importe le temps qui s'est écoulé entre les deux.

Attribuez au moins deux codes :

- soit un code « T », un code lié à l'affection postopératoire ou un code régulier selon l'index alphabétique;
- un code de cause externe qui précise l'accident (Y60-Y69), l'incident indésirable (Y70-Y82) ou la réaction anormale (Y83-Y84).

Remarque : La période de trente jours ne s'applique pas lorsqu'un patient a obtenu son congé pour retourner chez lui. À la réadmission, il doit être clairement inscrit au dossier que l'état est postopératoire pour pouvoir la classifier ainsi.

Remarque : Lorsqu'il est clairement inscrit au dossier qu'une affection (ou un symptôme) survenu au cours de la période postopératoire de trente jours n'est pas liée à l'intervention, cette affection n'est pas codifiée comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique. Il peut s'agir :

- d'une affection ou d'un symptôme qui représente une aggravation de l'état en cours de traitement;
- d'une exacerbation d'un état préexistant;
- d'une affection attribuable à une autre cause.

Remarque : Il est obligatoire d'utiliser l'Indicateur de série pour préciser l'ensemble de codes qui servent à décrire l'affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique. Pour obtenir des instructions précises sur l'application de l'Indicateur de série, consultez le champ 03 du groupe 10 dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP* ou l'élément de données 127 Relation entre problèmes, dans le *Manuel du Système national d'information sur les soins ambulatoires*.

Recherche d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique dans l'index alphabétique

Étape 1 : Cherchez le terme pilote de l'affection ou du symptôme particulier (synonymes et termes mis en retrait applicables),

Étape 2 : Trouvez un sous-terme qui signifie « postopératoire ».

- Lorsqu'il y a un sous-terme qui signifie postopératoire, attribuez le code selon l'index alphabétique.
- Lorsqu'il existe des sous-termes tant pour l'affection que pour le caractère postopératoire, accordez la priorité au caractère postopératoire.

Étape 3 : Lorsqu'il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire, attribuez le code régulier selon l'index alphabétique.

Exception : Lorsque l'affection est directement associée à une certaine intervention (voir tableau ci-dessous), n'utilisez pas, par défaut, un code régulier. Cherchez le terme pilote « Complication, complications (de) » et un terme mis en retrait qui désigne le type précis d'intervention et attribuez le code selon l'index alphabétique.

Affections directement associés à certaines interventions
Amputation
Anastomose
Fécondation artificielle
Prothèses, implants et greffes (entre autres arthroplastie, prothèse articulaire, shunt, suture — non résorbable/permanent)
Injection thérapeutique, perfusion et transfusion (comprend dialyse, circulation extracorporelle, perfusion et transfusion)
Ponction lombaire
Mastoidectomie
Réimplantation
Abouchement

Recherche d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique dans l'index alphabétique	
Exemple :	<p>Infection d'une plaie à la suite d'une mastectomie pratiquée il y a six semaines.</p> <p>Infection</p> <ul style="list-style-type: none"> – plaie (locale) (posttraumatique) NCA T79.3 – – postopératoire T81.4 (sélectionnez ce code « T ») <p>Justification : Il y a un sous-terme qui signifie postopératoire et indique d'attribuer le code T81.4.</p>
Exemple :	<p>Adhérences pelviennes à la suite d'une ovariectomie radicale pratiquée il y a deux ans.</p> <p>Adhérences, adhérent (postinfectieuse, postinfection)</p> <ul style="list-style-type: none"> – pelviennes (pelvipéritonéales, péritonéales) – – femme N73.6 – – – après un acte à visée diagnostique et thérapeutique N99.4 (sélectionnez ce code lié à l'affection postopératoire) <p>Justification : Il y a un sous-terme qui signifie postopératoire et indique d'attribuer le code N99.4.</p>
Exemple :	<p>Épanchement pleural postopératoire survenu deux jours après un pontage aortocoronarien.</p> <p>Épanchement</p> <ul style="list-style-type: none"> – pleural, pleurétique, pleurite, pleuropéricardique, plèvre (enkysté) (avec J90 (sélectionnez le code régulier) <p>Justification : Il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire et l'état n'est pas directement associé au pontage (greffe); sélectionnez donc le code J90.</p>
Exemple :	<p>Sepsie à streptocoques diagnostiquée trois jours à la suite d'une chirurgie.</p> <p>Sepsie (généralisée) (voir aussi Infection) A41.9</p> <ul style="list-style-type: none"> – Streptocoques, Streptococcus, streptococcique A40.9 – postopératoire T81.4 (sélectionnez le code « T ») <p>Justification : Le caractère postopératoire n'est utilisé que lorsque des sous-termes s'appliquent au même niveau d'indentation; par conséquent, T81.4 est sélectionné.</p>
Exemple :	<p>Vertige à la suite d'une ponction lombaire.</p> <p>Complication, complications (de)</p> <ul style="list-style-type: none"> – ponction lombaire (médullaire) G97.1 (sélectionnez le code G97.1) <p>Justification : Il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire sous le terme pilote « vertige » et l'affection est directement associée à une certaine intervention (ponction lombaire) énumérée dans le tableau. Faites donc une recherche à l'aide du terme pilote « Complication, complications (de) ».</p>

Exemple : Une patiente reçoit un diagnostic de sepsie à streptocoques trois jours après avoir subi l'ablation de l'ovaire gauche en raison d'une tumeur.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
C56.0	(M)		Tumeur maligne unilatérale de l'ovaire
T81.4	(2)	A	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
A40.9	(3)	A	Sepsie à streptocoques, sans précision
Y83.6	(9)	A	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 : La sepsie à streptocoques est survenue pendant un épisode de soins continus, soit dans les trente jours suivant l'intervention; par conséquent, elle est classifiée comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique. Dans l'index alphabétique, nous trouvons le sous-terme postopératoire sous le terme pilote « sepsie »; le code T81.4 est donc attribué. Un code supplémentaire, A40.9, est obligatoire afin de préciser le type d'infection. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes et démontre la relation entre les diagnostics pour décrire l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Une patiente obtient son congé après avoir subi une hystérectomie abdominale. Elle retourne à l'hôpital en raison d'une déhiscence de la plaie opératoire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T81.3	(M)	PP	A	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
Y83.6	(9)	AP	A	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 : La déhiscence de la plaie opératoire est classée comme un état survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique parce qu'un lien avec l'intervention est inhérent au diagnostic. L'index alphabétique mène au code T81.3. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital pour une libération d'adhérences pelviennes attribuable à une ovariectomie radicale antérieure.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
N99.4	(M)	PP	A	Adhérences pelvi-péritonéales après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Y83.6	(9)	AP	A	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 adhérences pelviennes sont classifiées comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique parce qu'une relation de cause à effet est consignée au dossier. Un sous-terme qui signifie postopératoire existe sous le terme pilote « adhérences » et le terme mis en retrait « pelviennes ». Par conséquent, on attribue le code N99.4, puis le code de cause externe. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Une patiente est admise pour le remplacement d'une valvule mécanique. Elle fait un arrêt cardiaque sur la table d'opération durant la chirurgie. Un massage cardiaque à cœur ouvert est pratiqué, en vain. La patiente décède dans la salle d'opération.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
I46.9	(2)	A	Arrêt cardiaque, sans précision
Y83.1	(9)	A	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 : L'arrêt cardiaque est classifié comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique parce qu'il a eu lieu pendant un épisode de soins continus dans les trente jours suivant l'intervention. Lorsque l'on cherche arrêt cardiaque dans l'index alphabétique, il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire; par conséquent, on attribue le code régulier, soit I46.9, puis le code de cause externe. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Une patiente subit une hystérectomie vaginale en raison d'un prolapsus utéro-vaginal. Le deuxième jour après l'intervention, elle souffre de rétention urinaire et d'atélectasie qui doivent être traitées et surveillées. Un cathéter à demeure est introduit et la patiente développe par la suite une cystite significative liée au cathéter.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
N81.4	(M)		Prolapsus utéro-vaginal, sans précision
R33	(2)	A	Rétention d'urine
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.6	(9)	A	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
T83.5	(2)	B	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire
N30.0	(3)	B	Cystite aiguë
Y84.6	(9)	B	Sondage urinaire 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 et l'atélectasie sont classifiées comme des affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique parce qu'elles sont survenues pendant un épisode de soins continus dans les trente jours suivant l'intervention. La cystite est classifiée comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique parce qu'une relation de cause à effet est consignée au dossier (cystite liée au cathéter). On ne fait pas mention du temps qui s'est écoulé entre le cathétérisme et la manifestation de la cystite. Les codes réguliers sont attribués pour la rétention urinaire et l'atélectasie parce qu'il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire pour ces affections dans l'index alphabétique. Des codes de causes externes sont attribués pour préciser la relation des affections avec l'hystérectomie abdominale et le cathétérisme vésical. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection liée à l'hystérectomie et la série « B » identifie l'ensemble de codes lié au cathétérisme.

Exemple : Une patiente subit une transplantation pulmonaire simple parce qu'elle souffre d'hypertension pulmonaire primitive et son évolution postopératoire se déroule sans complication; cependant, le 32^e jour après l'intervention, elle développe un épanchement pleural qui nécessite une thoracentèse. Les examens par TDM laissent soupçonner une infection fongique pulmonaire mais aucune cause précise d'infection n'a été consignée au dossier. Le résumé à la sortie dit notamment ce qui suit : « épanchement pleural de cause indéterminée suite à une transplantation ».



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
J90	(2)	A	Épanchement pleural, non classé ailleurs
Y83.0	(9)	A	Intervention chirurgicale avec transplantation d'un organe entier ou de tissus à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Bien que l'épanchement pleural soit survenu après 30 jours, il y a un lien de cause à effet qui a été consigné au dossier et, par conséquent, classifié comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique. Lorsque l'on cherche épanchement pleural dans l'index alphabétique, il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire; ainsi, nous attribuons le code régulier, soit J90, puis le code de cause externe. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Le cinquième jour après le brochage d'une fracture du fémur, ce patient âgé est transféré de l'hôpital A à l'hôpital B pour être plus près de sa famille. Le dixième jour après l'intervention, à l'hôpital B, le patient développe une atélectasie en raison d'un bouchon muqueux dans les voies respiratoires qui nécessite une bronchofibroscopie pour aspirer les sécrétions.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.1	(9)	A	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 : L'atélectasie est classée comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique à l'hôpital B parce qu'elle est survenue dans les trente jours suivant l'intervention pendant un épisode de soins continus. Lorsque l'on cherche atélectasie dans l'index alphabétique, il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire; par conséquent, on attribue le code régulier, soit J98.10, puis le code de cause externe. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

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 raison d'importantes douleurs. Le médecin lui prescrit de l'ibuprofène contre la « douleur postopératoire » et lui conseille de revenir consulter si d'autres problèmes apparaissent.



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
R52.0	PP	A	Douleur aiguë
Y83.6	AP	A	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 : À la réadmission, la relation de cause à effet doit être clairement consignée au dossier. Dans cet exemple, le médecin a qualifié la douleur de postopératoire et a ainsi établi la relation. En outre, cet exemple illustre qu'un symptôme qui correspond à la définition est également considéré comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique. Lorsque l'on cherche douleur postopératoire, le code R52.0 est attribué pour la douleur postopératoire de tout site, suivi du code de cause externe. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Un patient subit la réparation d'une hernie inguinale. Après la chirurgie, il souffre de nausées et de vomissements, lesquels cessent rapidement par eux-mêmes.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
K40.9	(M)	PP		Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène
R11	(3)	AP	A	Nausées et vomissements
Y83.8	(9)	AP	A	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 : Bien que les nausées et les vomissements ne répondent pas aux critères de significativité dans cet exemple; lorsque des codes sont attribués pour décrire une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, il faut suivre les directives relatives à l'attribution des codes liés à l'affection postopératoire. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Une patiente est admise et reçoit un diagnostic de pneumonie. Selon l’anamnèse, elle a subi une hystérectomie radicale il y a huit jours.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
J18.9	(M)	Pneumonie, sans précision

Justification : La pneumonie n’est pas considérée comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique étant donné que le médecin n’a pas consigné clairement au dossier qu’il existe une relation de cause à effet entre la pneumonie et l’intervention antérieure. Une fois qu’un patient obtient son congé pour retourner chez lui, la période de 30 jours n’est plus applicable.

Exemple : Un patient ayant un problème connu de fibrillation auriculaire est admis pour un pontage aortocoronarien. Le deuxième jour après l’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 : Étant donné que la fibrillation auriculaire était connue avant l’intervention chirurgicale, elle n’est pas classifiée comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique. Il s’agit d’une exacerbation d’un état préexistant, et un diagnostic de type (1) est attribué.

Exemple : Le premier jour après avoir subi une intervention, un patient sort sans aide de son lit d’hôpital, fait une chute et se fracture la hanche.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
S72.090	(2)	Fracture du col du fémur non précisée
W06	(9)	Chute d’un lit
U98.2	(9)	Lieu de l’événement, école, autre institution et lieu d’administration publique

Justification : Bien que la blessure se soit produite dans les 30 jours suivant l’intervention, il est clair que la fracture n’y est pas liée (attribuable); par conséquent, elle n’est pas classifiée comme une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Codes résiduels

Consultez toujours l'index alphabétique pour trouver le code approprié. Les codes résiduels (codes .8) dans les chapitres portant sur le système corporel et le chapitre portant sur les traumatismes sont utilisés pour classier les affections uniques qui ne surviennent qu'à la suite d'une intervention. Il est important que seuls ces affections uniques, qui figurent dans l'index alphabétique ou la table analytique, soient classifiées sous ces codes résiduels.

Remarque : Lorsqu'une affection n'a pas de sous-terme qui signifie postopératoire, n'attribuez pas par défaut un code résiduel « T » (p. ex. T81.88 *Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs*) ou un code résiduel lié à une affection postopératoire (p. ex. K91.8 *Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs*). Dans ces circonstances, attribuez le code régulier sauf si l'affection est directement associée à une intervention apparaissant dans le tableau intitulé *Affections directement associées à certaines interventions*.

Exemple : Un patient se présente à l'hôpital en raison du syndrome de l'anse afférente.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
K91.8	(M)	PP	A	Autres atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y83.9	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Le syndrome de l'anse afférente est une affection unique survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, qui est précisément indexée et classifié sous un code résiduel (.8). On le trouve ainsi dans l'index alphabétique :
 Syndrome (de) (voir aussi Maladie)
 – anse
 – – afférente NCA K91.8
 L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Un patient se présente à l'hôpital pour le retrait d'un granulome sur des points de suture diagnostiqué par ultrason avant l'intervention.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T81.88	(M)	PP	A	Autres complications d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y83.9	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Un granulome sur les points de suture est une affection unique survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, qui est précisément indexée et classifiée sous un code résiduel (.8). On le trouve ainsi dans l'index alphabétique :

Granulome

- plaie opératoire
- - suture T81.88

L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Attribution de codes supplémentaires pour apporter de la précision



Lorsqu'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique est classifiée à un code qui ne la décrit pas précisément, attribuez un code supplémentaire (si disponible), obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème, pour fournir plus de détails sur la nature de l'affection.

Exemple : Un patient développe une sepsie à staphylocoques coagulase-négatifs quatre jours après le remplacement de la valvule mitrale.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T81.4	(2)	A	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
A41.1	(3)	A	Sepsie à d'autres staphylocoques précisés
Y83.1	(9)	A	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 l'index alphabétique, la sepsie à streptocoques survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique est classifiée sous le code T81.4. Étant donné que ce code ne précise pas le type d'infection, attribuez le code A41.1 pour apporter plus de précision. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Septicémie/Sepsie*. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Céphalée à la suite d'une rachicentèse traitée à l'aide d'un colmatage sanguin.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
G97.1	(2)	AP	A	Autre réaction secondaire à une rachicentèse
R51	(3)	AP	A	Céphalée
Y84.8	(9)	AP	A	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'index alphabétique mène au code G97.1 qui ne précise pas la réaction; par conséquent, attribuez le code R51 pour apporter plus de précision. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple:



Un homme de 72 ans se présente à l'hôpital pour le traitement d'une 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>Série</u>	<u>Description</u>
I97.1	(M)	A	Autres troubles fonctionnels après chirurgie cardiaque
I50.9	(3)	A	Insuffisance cardiaque, sans précision
Y83.1	(9)	A	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 : L'index alphabétique mène au code I97.1 qui ne précise pas le type de trouble fonctionnel; par conséquent, il est obligatoire d'attribuer le code I50.9 afin de préciser la nature de la réaction. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

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>Série</u>	<u>Description</u>
T81.4	(M)	PP	A	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	A	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 : Le code T81.4 ne précise pas le type d'infection; cependant, il n'existe pas de code supplémentaire pour décrire une infection de plaie. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Attribution du code de cause externe



Lorsque plus d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique est lié (attribuable) au même épisode d'intervention, attribuez le code de cause externe une fois seulement.



Lorsque des affections postopératoires sont associées à des épisodes d'intervention distincts, attribuez un code de cause externe pour chaque épisode même s'il faut, pour ce faire, répéter le code de cause externe.

Exemple : Une patiente est admise à l'hôpital pour une hystérectomie abdominale. Le deuxième jour après l'intervention, elle souffre de rétention urinaire et d'atélectasie qui doivent être traitées et surveillées.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
R33	(2)	A	Rétention d'urine
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.6	(9)	A	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 seul code de cause externe est attribué parce que les deux affections sont liées (attribuables) au même épisode d'intervention. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Exemple : Un patient est admis pour le retrait et le remplacement d'une prothèse du genou infectée qui a été posée il y a six mois. À la suite de la reprise, le patient développe une thrombose veineuse profonde qui prolonge le séjour de plus d'une semaine.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T84.54	(M)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du genou
Y83.1	(9)	A	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
T81.7	(2)	B	Complications vasculaires consécutives à un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
I80.2	(3)	B	Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs
Y83.1	(9)	B	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 : Ces affections postopératoires sont liées à des épisodes d'intervention distincts. Un code de cause externe est attribué pour chaque épisode d'intervention, même s'il s'agit du même code Y83 (l'intervention initiale et la reprise sont toutes deux classifiées à implantation d'une prothèse). La répétition du même code de cause externe indique que plusieurs épisodes d'intervention de cette nature ont donné lieu à une affection postopératoire. Les indicateurs de séries « A » et « B » identifient les ensembles de codes qui décrivent les affections survenues après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.



Lorsque différents types d'interventions sont pratiqués et qu'il n'est pas clair à quelle intervention l'affection est liée (attribuable), sélectionnez la sous-catégorie portant la mention sans précision (.9) pour le code de cause externe.

Exemple : Une patiente a subi une hystérectomie abdominale avec réparation antérieure et postérieure. Le deuxième jour après l'intervention, elle souffre de rétention urinaire et d'atélectasie qui doivent être traitées et surveillées.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
R33	(2)	A	Rétention d'urine
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.9	(9)	A	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention

Justification : Il n'y a pas d'information précise consignée au dossier à savoir si la rétention urinaire et l'atélectasie sont liées à réparation antérieure et postérieure (Y83.4) ou à l'hystérectomie (Y83.6); par conséquent, le code portant la mention sans précision (Y83.9) est attribué. L'indicateur de série « A » identifie l'ensemble de codes qui décrivent l'affection survenue après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Reportez-vous également aux normes de codification intitulées :

Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens (PAC)

Brûlures et corrosions dues à des substances à usage topique ou à une irradiation

Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes

Complications précoces de traumatismes

Hémorragie, perforation ou lacération durant une intervention

Corps étrangers intravasculaires

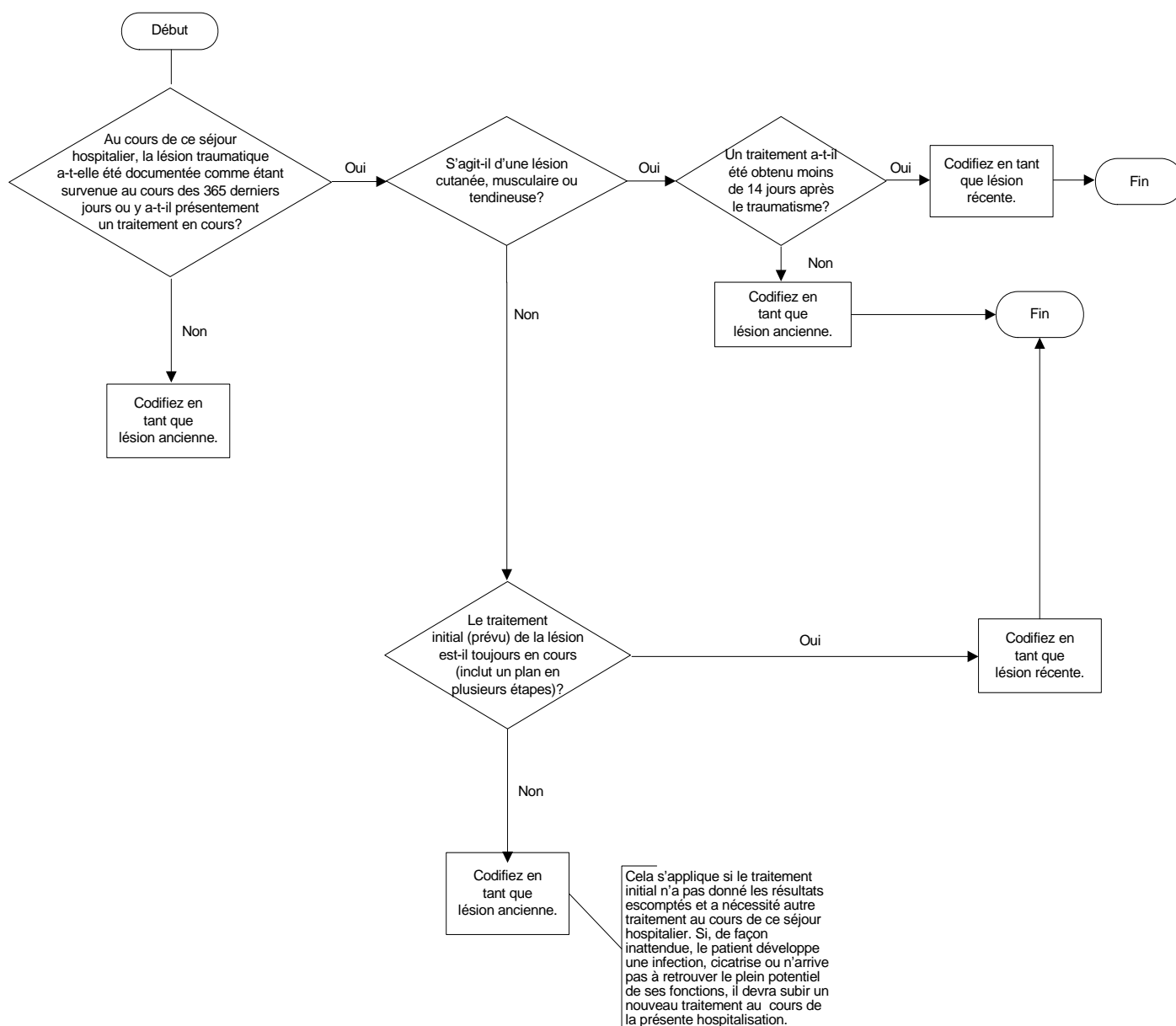
Rejet ou échec d'organes, de greffons et de lambeaux transplantés

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:

- Une **LÉSION RÉCENTE** est une lésion pour laquelle la réparation vient tout juste de commencer, est en cours ou reste à terminer.
- 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 : Un patient 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 un 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, une patiente 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.



Attribuez 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 : Un patient s'est fracturé la diaphyse du radius droit alors qu'il jouait au ballon à l'école. Il a été vu au service des 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, en tant que 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>
M25.56	(M)	PP	Douleur articulaire, 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](#).

Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006

BS Lorsque la source d'un organe ou le prélèvement d'un tissu provient d'une autre personne (homogreffe) ou d'un animal (xénogreffe) et que la complication est un échec ou un rejet total de cet organe, de ce greffon ou de ce lambeau, attribuez 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 provient du 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>Série</u>	<u>Description</u>
	T86.100	(M)	A	Rejet d'une greffe de rein
	Y83.0	(9)	A	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>Série</u>	<u>Description</u>
	T85.8	(M)	PP	A	Autres complications de prothèses, implants et greffes internes, non classées ailleurs
	R02	(3)	AP	A	Gangrène, non classée ailleurs
	Y83.2	(9)	AP	A	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 celui-ci ne peut être classifié comme un échec ou un rejet, utilisez un code de la catégorie Z94 *Grefe d'organe et de tissu*, pour cet état.

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 préexistante due au virus de l'hépatite C, peuvent affecter l'organe greffé sans être dus à la greffe elle-même. D'autres conditions, comme un cancer, apparaissant dans un organe ou un tissu greffé, peuvent être dus à une immunosuppression de longue durée du patient. Ces états ne sont pas considérés comme un échec ou un rejet de l'organe greffé.

Exemple : Suite à une hépatite C chronique il y a deux ans, un patient a subi une greffe de foie. Il a développé par la suite des lésions de l'hépatite C sur son foie greffé



<u>Code</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 avoir subi cette greffe.



<u>Code</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/Sepsie</i> . Utilisez un code supplémentaire (facultatif) pour le micro-organisme en cause, s'il y a lieu.	Embolie Fibrose Hémorragie Douleur Sténose Rétrécissement Thrombose

Reportez-vous également aux normes de codification intitulées *Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux* et *Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*.

BS Attribuez un code des catégories T82 à T85 aux états décrits 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*
- Lorsqu'un organisme infectieux a été identifié, utilisez un code supplémentaire des catégories B95 à B97, facultatif, avec un type (3) au diagnostic/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/sepsie, attribuez un code supplémentaire (obligatoire) au type de septicémie/sepsie en cause, avec un type (3) au diagnostic/autre problème.

Exemple : Le patient a contracté une sepsie à staphylocoques en postopératoire qui est documentée comme étant 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)	Sepsie 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'un code de la complication d'une prothèse, d'un implant ou d'une greffe ne suffit pas à décrire entièrement le problème, inscrivez un code supplémentaire (si disponible), obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème, pour donner plus de détails sur la nature de la condition.

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 appareil médical se brise ou devient dysfonctionnel de façon imprévue, attribuez 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>Série</u>	<u>Description</u>
T82.1	(M)	PP	A	Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique
I47.2	(3)	AP	A	Tachycardie ventriculaire
Y71.2	(9)	AP	A	Appareils cardiovasculaires, associés à des accidents, prothèses et autres implants, matériel et accessoires cardiovasculaires

Justification : Le défibrillateur a cessé de bien fonctionner. Cette défaillance se classifie parmi les accidents.

Exemple : Le patient est admis pour la reprise de son arthroplastie totale de la hanche, en raison d'un déplacement et d'un relâchement au niveau des composants..



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T84.03	(M)	A	Complication mécanique d'une prothèse de la hanche
Y83.1	(9)	A	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 relâchement de la prothèse n'est pas attribuable à la prothèse même. Dans la plupart des cas, le relâchement est attribuable à l'usure normale des surfaces implantées et de l'affaiblissement subséquent (ostéolyse) de l'os environnant. **Remarque :** Étant donné qu'il n'existe pas de code pour décrire plus précisément la complication mécanique (T84.03), aucun code supplémentaire n'est nécessaire.

Hémorragie, perforation ou lacération durant une interventionⁱⁱ

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

Hémorragie peropératoire ou postopératoire

BS 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.

B 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 et/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 abondante mais attendue 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 l'intervention afin de prévenir l'anémie, ou après l'intervention afin de traiter l'anémie.

ii. 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>Série</u>	<u>Description</u>
T81.0	(2)	A	Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs
Y60.0	(9)	A	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, lorsqu'un des critères suivants est satisfait :

- nécessite une consultation peropératoire d'un autre chirurgien ou spécialiste;
- nécessite le retour en salle d'opération;
- exige la réparation ou l'ablation de l'organe lésé qui, autrement, n'aurait pas eu lieu;
- dissection pendant un cathétérisme cardiaque ou une angioplastie dont la réparation nécessite l'implantation d'endoprothèse vasculaire
- 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.

Remarque : N'attribuez pas le code T81.2 lorsqu'il y a lacération de l'organe atteint qui est extrait dans le cadre de la chirurgie prévue à l'origine.

Reportez-vous également aux normes de codification intitulées *Définitions des types de diagnostic pour la BDCP* et *Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*.

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 sigmoïde. Durant la colectomie, une lacération de la capsule splénique est notée et une splénectomie est nécessaire.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
C18.7	(M)		Tumeur maligne du côlon sigmoïde
T81.2	(2)	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y60.0	(9)	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : La lacération de la rate satisfait les critères d'une complication significative puisqu'elle a exigé l'ablation d'un organe qui, autrement, n'aurait pas eu lieu.

Exemple : Un patient se présente pour une libération d'adhérences. Pendant l'intervention, il subit une lacération peropératoire à un rein. Une consultation peropératoire a lieu pour assurer la viabilité de l'organe. Le rein est par la suite réparé par suture.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
K66.0	(M)	PP		Adhérences péritonéales
T81.2	(2)	AP	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y60.0	(9)	AP	A	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 attribué en tant que comorbidité après l'admission parce qu'il y a eu une réparation. Même s'il n'y avait pas eu de réparation, les critères de comorbidité auraient été satisfaits puisqu'une consultation intra-opératoire a eu lieu.

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>Série</u>	<u>Description</u>
Z30.2	(M)	PP		Stérilisation
T81.2	(2)	AP	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs (facultatif)
Y60.0	(9)	AP	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : Un type de diagnostic significatif est attribué au code T81.2 parce qu'une réparation a été nécessaire.

Exemple : Pendant une colonoscopie avec exérèse d'un polype du gros intestin en chirurgie d'un jour, il y a eu perforation accidentelle du gros intestin. Quatre agrafes ont été posées et un marquage à l'encre de Chine a été fait pour identifier l'endroit de la perforation. Le médecin a consigné au dossier que le patient sera hospitalisé une nuit en raison de la perforation de l'intestin. Le rapport de pathologie a révélé une tumeur bénigne du gros intestin.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
D12.7	(M)	PP		Tumeur bénigne de la jonction recto-sigmoïdienne, sans précision
T81.2	(2)	AP	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs
Y60.4	(9)	AP	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'une endoscopie

Justification : Un diagnostic de type (2) est attribué au code T81.2 sur l'abrégié de chirurgie d'un jour parce qu'il y a eu une réparation. Même s'il n'y avait pas eu de réparation, les critères de comorbidité auraient été satisfaits parce qu'une surveillance postopératoire a été nécessaire, ce qui a eu une incidence sur la durée du séjour.

Corps étrangers intravasculaires

En vigueur depuis 2006

BS Lorsque le fil guide d'un cathéter (ou un fragment), la pointe d'un cathéter, un fragment de ballonnet d'angioplastie ou un autre fragment d'un dispositif d'accès vasculaire est laissé par inadvertance 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 ➤ Attribuez le code de cause externe approprié de 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 par mégarde 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.

<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Série</u>	<u>Description</u>
T81.59	(2)	AP	A	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	A	Corps étranger accidentellement laissé dans l'organisme 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 queue-de-cochon, anse en col de cygne, dispositif à panier]
3.JY.30.DA Situation : « I »				Ultrason, vaisseaux thoraciques NCA, uniquement (codification facultative) Attribut de situation « I » pour peropératoire

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 classifié au code 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 2009 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 Attribuez un code de cause externe de la rubrique V01 à Y98, obligatoire, comme diagnostic de type (9)/autre problème, avec toute affection se classifiant dans les rubriques 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 toute affection des chapitres I à XVIII, utilisez un code supplémentaire de la plage V01 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 intoxication se classifiant à la rubrique W00 à Y34, à l'exception des codes Y06 et Y07, inscrivez un code de la catégorie U98.– *Lieu de l'événement*, obligatoire, comme diagnostic de type (9)/autre problème.

Exemple : Un enfant de quatre ans a ingéré environ 10 comprimés d'ibuprofène enrobés de sucre, pendant qu'il était à la maison.

BS	<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]
	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 V01 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 (facultatif)

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 eu une évaluation préalable au traitement.

BS Lorsqu'une condition significative est diagnostiquée au cours de l'évaluation préalable au traitement et nécessite un traitement ou d'autres examens, codifiez cette condition en tant que diagnostic principal/problème principal.

- Inscrivez le code Z01.8 *Autres examens spéciaux précisés*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Inscrivez un code supplémentaire, facultatif, 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 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
Situation : « P1 »		(p. ex. pour plusieurs raisons)

Exemple : Une patiente 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
<i>PREMIÈRE VISITE</i> 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 : « P1 »		(p. ex. pour plusieurs raisons)

Exemple : La même patiente se présente à la clinique d'oncologie pour une évaluation en cours de traitement de chimiothérapie qu'elle a commencé suite à une mastectomie. Elle doit recevoir son cinquième traitement de chimiothérapie le lendemain. Il n'y a pas de documentation au dossier suite à l'évaluation.



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 en tant que problème principal.

Exemple : Un patient souffrant d'obésité morbide se présente à l'unité de chirurgie d'un jour pour subir une œsophagogastroduodénoscopie, qui fait partie de l'évaluation préalable avant de subir un pontage gastrique. L'examen du tube digestif n'a rien démontré.



<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-BL			Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie

Exemple : Un patient souffrant d'emphysème se présente pour subir une angiographie coronaire 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 la consultation.

Admission pour observation

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007, 2009

BS Attribuez un code de la catégorie Z03.– *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies et d'affections* comme diagnostic principal/problème principal lorsque l'affection soupçonnée a été écartée et qu'aucun autre traitement ou soin médical n'est prévu.

Les codes de la catégorie Z03.– sont attribués comme diagnostic principal/problème principal lorsqu'un patient fait l'objet d'une investigation pour suspicion d'affections dont les résultats ne confirment aucune maladie, ni problème. Ces patients présentent un signe ou un symptôme, mais après investigation, l'affection pour laquelle ils se font examiner est écartée et aucun autre traitement ou examen n'est nécessaire. Lorsqu'on prévoit procéder à des investigations plus poussées pour trouver la cause du signe ou du symptôme, un code est attribué pour le signe ou le symptôme (reportez-vous également aux normes de codification intitulées *Symptômes ou conditions sous-jacents* et *Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)*). Le retour du patient pour passer un test de dépistage (p. ex. six mois pour un test PSA ou un an pour une mammographie) après l'observation ne limite pas l'utilisation des codes de la catégorie Z03.–.

Remarque : N'attribuez pas les codes de la catégorie Z03.– *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies et d'affections* comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsqu'un diagnostic est établi ou lorsqu'un suivi supplémentaire pour trouver la cause du signe ou du symptôme est prévu ou recommandé.

Exemple : Un patient présentant un taux élevé d'antigène prostatique spécifique (APS) doit subir une biopsie de la prostate pour suspicion de tumeur maligne. L'investigation démontre qu'aucune tumeur, ni autre pathologie n'ont été détectées et aucun autre suivi n'est nécessaire 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

Justification : La cause sous-jacente a été écartée ; aucun suivi n'est prévu.

Exemple : Une mère trouve son enfant à côté d'un contenant vide de médicaments. Elle ne sait pas combien il y avait de comprimés dans le contenant. Après une période d'observation au service d'urgence, il a été déterminé que l'enfant n'avait pas avalé de comprimés.

S

<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z03.6	PP	Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées

Justification : Un empoisonnement était soupçonné et cette possibilité a été écartée lorsque la visite a été terminée.

Exemple : Un bébé, né par voie vaginale, est mis en observation à la pouponnière de soins spéciaux aux fins d'investigation parce que sa mère a pris de la morphine presque tout au long de sa grossesse. Les résultats de l'investigation sont négatifs mais le séjour a été prolongé de deux jours pour poursuivre l'observation à la pouponnière de soins spéciaux.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
Z03.8	(M)	Mise en observation pour suspicion d'autres maladies
Z38.000	(O)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Le code Z03.8 *Mise en observation pour suspicion d'autres maladies* est attribué comme comorbidité dans des circonstances limitées, c'est-à-dire dans le cas de nouveau-nés en santé qui sont à risque de présenter une condition anormale qui nécessite un examen plus approfondi, mais après observation et examen, il est établi qu'aucun autre traitement ou soins médicaux ne sont nécessaires (c.-à-d. la condition anormale a été écartée).



Lorsque la raison de la visite vise un examen et une mise en observation à la suite d'un accident, d'un viol présumé, d'une agression sexuelle ou d'actes de violence et que suivant l'examen/observation :

- une blessure est consignée, classifiable dans les catégories S00 à T19, codifiez la blessure précisée comme diagnostic principal/problème principal
- aucune blessure n'est consignée, attribuez 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 subir un examen et être mis en observation. Des radiographies permettent de déterminer que le patient n'a subi aucun traumatisme et il obtient 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 : Aucun code de cause externe n'est inscrit puisque le patient n'a subi aucun traumatisme.

Exemple : Une jeune femme se présente au service d'urgence après s'être réveillée nue au lit. Elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé la veille en raison d'une intoxication alcoolique. Elle craint d'avoir été agressée sexuellement et demande d'être examinée. À l'examen, son corps ne porte aucune trace d'agression sexuelle ni de blessure. Diagnostic final : agression sexuelle, complétion de la trousse de prélèvements en cas de viol



<u>Code</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z04.4	PP	Examen et mise en observation après allégation de viol et de séduction

Justification : La raison de la visite aux soins ambulatoires est de subir un examen à la suite d'un viol présumé et, lorsqu'aucune blessure n'est consignée, le code Z04.4 est attribué comme problème principal.

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital pour subir un examen à la suite d'une attaque. Elle revenait à pied du cinéma lorsque quelqu'un, qui se trouvait derrière elle, l'a saisie par le cou. Elle a perdu connaissance et ne se rappelle pas de la suite des événements. Lorsqu'elle a repris connaissance, elle était partiellement nue. À l'examen, on constate qu'elle a l'hymen déchiré et des ecchymoses sur le périnée, ce qui indique qu'elle a été victime d'une agression sexuelle. Elle a également des ecchymoses autour du cou.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
S31.400	(M)	PP	Plaie ouverte du vagin et de la vulve, sans complication
S30.28	(1)	AP	Contusion d'autres organes génitaux externes
S10.9	(1)	AP	Lésion traumatique superficielle du cou, partie non précisée
Y05	(9)	AP	Aggression sexuelle par la force physique

Justification : Dans cet exemple, le code Z04.4 n'est pas attribué comme diagnostic principal/problème principal parce que des blessures spécifiques ont été trouvées. Le code de cause externe indique que les blessures ont été infligées à la suite d'une agression sexuelle.

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.



Lorsque la raison de l'examen consiste à évaluer le statut d'une condition ou blessure traitée antérieurement (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.*
 - Inscrivez un code supplémentaire comme diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin d'indiquer que le patient a des antécédents personnels de cette affection.



Lorsque l'examen révèle que l'affection primaire a récidivé ou qu'une autre affection connexe a été identifiée:

- attribuez un code à l'affection qui correspond au diagnostic principal/problème principal
- attribuez un code supplémentaire de la catégorie Z08.– ou Z09.–, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un patient est admis pour une cystoscopie de contrôle à la suite d'un cancer de la vessie traité antérieurement par radiothérapie. Il n'y a pas de récurrence de la tumeur maligne. Une trabéculatation de la vessie est notée.



<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 (facultatif)
2.PM.70.BA			Inspection, vessie, approche endoscopique par voie naturelle

Justification : La trabéculatation de la vessie n'est ni une récurrence, ni une affection connexe. Il est facultatif de la codifier. Un diagnostic de type (3)/autre problème sera attribué si elle est codifiée.

Exemple : Un patient est admis pour une cystoscopie pour un suivi de tumeur de la vessie traitée antérieurement par 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 des codes additionnels pour l'examen de suivi et les antécédents personnels de tumeur.

Exemple : Une patiente de 45 ans qui a des antécédents de calculs rénaux se présente à l'hôpital. 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.



La patiente continue d'être suivie à la clinique et elle doit poursuivre la prise d'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 (facultatif)

Exemple : Un travailleur de la construction se présente au service d'urgence avec un corps étranger dans l'œil droit. Une petite pièce de métal est retirée de la cornée droite par approche externe. Le client est avisé de revenir dans une semaine pour un examen de contrôle.



PREMIÈRE VISITE

<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



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*

- 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 récurrence ou pour prévenir une récurrenceⁱ.

La catégorie Z48 *Autres soins de contrôle chirurgicaux* est utilisée pour décrire les visites ayant pour seul but de recevoir une intervention précise liée au traitement précédent. Cela comprend les changements de pansement et les vérifications de plaie afin de s'assurer que la guérison progresse telle que prévu.

i. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, dixième révision, deuxième édition, volume 1, page 1102.

Exemple : Une femme se présente la fin de semaine au service d'urgence pour faire changer son pansement (médicamenté). 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 médicamenteux (facultatif)

Exemple : Un jeune homme se présente à la clinique d'orthopédie pour faire retirer un plâtre posé six semaines auparavant en raison d'une fracture non déplacée de la cheville survenue lors 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.

Exemple : Un patient se présente au service d'urgence après une chirurgie récente, car la plaie semble rouge et elle coule. Le médecin évalue la plaie et dit au patient de poursuivre la prise d'antibiotiques tel que prescrit par 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

La convalescence est la période de rétablissement qui suit l'apparition d'une maladie, d'une intervention chirurgicale ou d'une blessure. Aux fins de classification, la convalescence correspond à la phase intermédiaire de guérison après le traitement et se poursuivant jusqu'à ce que le patient soit prêt à retourner à la maison/lieu de résidence. 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 poursuivre cette phase de soins 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 l'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.

La catégorie Z54.– *Convalescence* ne couvre pas les soins dispensés dans les situations suivantes :

- Traitement de l'affection d'origine;
- Traitement d'une complication;
- Patients admis uniquement pour réadaptation;
- Patients ayant 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)*.



Lorsqu'un patient est transféré d'un hôpital à un autre 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.

- Assignez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type (3), afin de préciser la condition qui nécessite cette période de convalescence.

Exception : L'énoncé ci-dessus ne s'applique pas aux provinces (c.-à-d. C.-B., T.N.-O., Nun. et Yn) qui soumettent un abrégé de patient hospitalisé en soins de courte durée à la BDCP pour un patient hospitalisé qui vient directement de l'unité de chirurgie d'un jour de l'établissement déclarant. Consultez les sections propres aux provinces ou aux territoires du *Manuel de saisie de l'information, BDCP* pour obtenir des instructions supplémentaires au sujet des admissions directes de patients hospitalisés à l'unité de chirurgie d'un jour (de l'établissement déclarant).

Exemple :



Selon les notes du médecin au dossier, le patient est admis pour convalescence après avoir subi une chirurgie pour traiter une fracture du fémur qui s'est produite lors d'une chute de son lit à la maison. Le patient est transféré de l'hôpital A à l'hôpital B pour être plus près 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 :



Admission à l'hôpital B pour hospitalisation

Un patient 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.

<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 :



Réadmission à l'hôpital A

Le même patient est transféré de nouveau à l'hôpital A pour poursuivre le traitement à la suite d'un infarctus du myocarde et d'une intervention coronarienne percutanée (ICP).

<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 but du transfert est de recevoir des soins continus en fonction de la condition initiale. Le patient n'est pas transféré dans le seul but de poursuivre une 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 primitive) pouvant être considérée pour une angioplastie coronarienne. Une ICP avec insertion d'une endoprothèse est pratiquée. Le patient est admis pour la nuit pour 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 : La raison de l'admission est de permettre la surveillance du patient suite à l'intervention chirurgicale et non de 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.
Remarque : Cet exemple ne s'applique pas à la Colombie-Britannique, aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut, ni au Yukon.



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 d'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 telle que le 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. Idéalement, un test de dépistage permet de détecter une affection avant qu'elle ne devienne sérieuse et lorsqu'il est encore possible de la traiter ou de la 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 :

- attribuez un code à l'affection ou au signe, qui devient le diagnostic principal/problème principal;
- assignez un code de la catégorie Z11, Z12 ou Z13, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Utilisez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de préciser la raison du test de dépistage (p. ex. antécédents familiaux).

BS Utilisez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème 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 sera cédulée 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 un signe d'une affection; 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 une bosse à l'auto-examen de son sein droit. Son médecin de famille la réfère pour une mammographie. L'examen révèle la présence d'une lésion au 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 aucun problème connu 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 aucun problème connu 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 aucun problème connu, mais ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon, se présente pour une coloscopie de dépistage. À l'examen, une lésion est découverte et une biopsie est prélevée. 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 découverts au niveau du 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
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 Sélectionnez 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 malignité d'une tumeur ou du traitement d'une tumeur maligne.

Exemple : Un patient est admis pour une orchidectomie bilatérale prophylactique à cause d'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 ayant 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 catégorie Z50.- *Soins impliquant une rééducation* pour désigner le problème principal lorsque ceci constitue la raison de la visite.
- S** Lorsqu'une personne est référée 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** Inscrivez un code supplémentaire, facultatif, comme autre problème afin d'identifier le trouble sous-jacent.

Ces codes s'appliquent aux patients ayant déjà été traités pour une maladie ou une blessure, mais qui reçoivent des soins comprenant des interventions de 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, 2009

- BS** Lorsqu'un patient ayant déjà été diagnostiqué avec une affection maligne 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 ayant déjà été diagnostiqué avec une affection maligne est admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie visant à traiter la malignité, inscrivez le code Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* comme diagnostic principal/problème principal.
- BS** Utilisez un code supplémentaire afin d'identifier l'affection maligne, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour les visites en radiothérapie ou en chimiothérapie.
- BS** Inscrivez un code de la CCI, obligatoire, pour les interventions de radiothérapie ou de chimiothérapie.

Remarque : Une admission pour la brachythérapie ne devrait pas être confondue avec une admission pour la radiothérapie. Reportez-vous à la norme de codification intitulée *Interventions diagnostiques et thérapeutiques pertinentes à la codification des tumeurs*.

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 une 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.

- 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 classifiée au 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 : Visite pour une séance de radiothérapie pour traiter 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 : Visite pour l'administration de 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'agents alcaloïdes et d'autres produits naturels

Exemple : Une patiente atteinte d'une tumeur maligne au sein se présente pour une séance d'administration de pamidronate en vue de traiter sa perte osseuse généralisée causée par la tumeur maligne.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.2	(M)	PP	Autres formes de chimiothérapie
M85.80	(3)	AP	Autres anomalies précisées de la densité et de la structure osseuses, sites multiples
C50.99	(3)	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé
1.ZZ.35.HA-N5			Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation de médicaments pour le traitement des maladies osseuses

Justification : Étant donné que la pharmacothérapie vise à traiter la perte osseuse et non la tumeur maligne, le code Z51.2 est attribué.

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 durant la période d'hospitalisation au cours de laquelle l'intervention chirurgicale définitive est réalisée, codifiez la tumeur maligne en tant que diagnostic principal.

L'assignation d'un code de la catégorie Z51 *Autres soins médicaux* serait répétitif dans cette situation, car le code de la CCI indique 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 un traitement de chimiothérapie par voie intraveineuse 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 thoracique ouverte
1.ZZ.35.HA-MO		Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), utilisation d'agents anticancéreux SAI

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 Z51.4 *Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Classifiez toute autre visite axée uniquement sur l'ajustement ou le retrait (sans remplacement) d'un dispositif d'accès vasculaire implanté sous le code Z45.2 *Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Utilisez un code supplémentaire pour désigner cette affection, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exception : L'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire aux fins d'hémodialyse est classifiée à Z49.0 *Soins préparatoires en vue d'une dialyse*.

Remarque : Lorsqu'il y a un changement ou un retrait du dispositif d'accès vasculaire en raison d'une complication, n'inscrivez pas le code Z51.4 *Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs*. Sélectionnez le code approprié dans le chapitre XIX – *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée *Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique*.

Exemple : Un patient se présente pour l'insertion d'un cathéter central par voie périphérique aux fins d'administration ultérieure d'agents anticancéreux dans le traitement de la leucémie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z51.4	(M)	PP	Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs
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 non tunnelisé, approche veineuse transluminale percutanée (p. ex. cathéter central introduit par voie périphérique (CCIVP))

Exemple : Un patient se présente pour le retrait d'un cathéter Broviac après avoir complété ses traitements de chimiothérapie.



<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>SNISA</u>	<u>Description</u>
Z45.2	(M)	PP	Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire
1.IS.55.GR-LF			Retrait d'un appareil, veine cave (supérieure et inférieure), dispositif d'accès veineux, approche transluminale percutanée

Admission pour transfusion sanguine

En vigueur depuis 2001, modifié en 2007

BS Lorsqu'un patient est admis uniquement pour une séance de transfusion sanguine, inscrivez le code Z51.3 *Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic* en tant que diagnostic principal/problème principal.

- Utilisez un code supplémentaire pour désigner la maladie ou affection, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exemple : Un 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 sur une base régulière ou récurrente dans le cadre d'un traitement continu.

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.

La documentation pouvant supporter la codification des soins palliatifs peut inclure ceci :

- consultation en soins palliatifs et initiation d'un plan de traitement en soins palliatifs;
- le médecin documente au dossier; « 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 font habituellement partie d'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 irréversible (palliative).

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 (p. ex. pneumonie, caillot sanguin, septicémie, déséquilibre électrolytique, déshydratation) mais non pour une affection irréversible.
- Il est supposé que les soins palliatifs dispensés font partie du plan de traitement et correspondent à un diagnostic significatif.
- Ces patients retournent habituellement à la maison. Toutefois, il est possible que leur état détériore et nécessite un changement de plan de traitement pour celui décrit dans la première catégorie.

Remarque : Attribuez le préfixe « 8 » (soins palliatifs qui constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission) avec le code Z51.5 *Soins palliatifs*. Consultez le champ 01 du groupe 10 dans le *Manuel de saisie de l'information, BDCP* pour obtenir des instructions précises sur l'application du préfixe.

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 recevant déjà des soins palliatifs est admis pour le traitement d'une (ou plusieurs) affection réversible, inscrivez le code Z51.5 avec le type de diagnostic (1), (W), (X) ou (Y) et
 - Attribuez le diagnostic principal à l'affection réversible sauf si les soins palliatifs deviennent ensuite responsables de la plus grande proportion du séjour.
 - Inscrivez un code supplémentaire, obligatoire, pour décrire l'affection qui nécessite des soins palliatifs.
- B** Lorsqu'un patient qui ne recevait pas de soins palliatifs au moment de l'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 d'une admission de courte durée).

Remarques :

- Il n'est pas impératif que les soins palliatifs soient dispensés dans une unité désignée pour les soins palliatifs, dans des lits servant uniquement 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. Quoique les ordonnances de ne pas réanimer font partie des soins palliatifs, elles peuvent également être présentes dans les cas de soins non palliatifs.
- Un traitement de contrôle de la douleur ne constitue pas en soi des soins palliatifs. Quoique 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 décède trois jours suivant son admission.



<u>Préfixe</u>	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
8	Z51.5	(M)	Soins palliatifs
	G12.2	(3)	Maladies du neurone moteur
	Z51.808	(3)	Traitement de la douleur (pour) autres douleurs et douleurs non précisées (facultatif)

Justification : Selon la documentation, le patient est admis dans l'unique but de recevoir des soins palliatifs. Il est obligatoire de codifier l'affection qui nécessite des soins palliatifs et, dans le cas présent, le code G12.2 correspond à la définition d'un diagnostic de type (3). La codification du traitement de la douleur est facultative car il fait partie du plan de traitement en soins palliatifs. Dans le cas présent, le préfixe « 8 » est attribué avec le code Z51.5, parce que les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission.

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 est admis et souffre d'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 du séjour et il obtient son congé dans un état satisfaisant.



<u>Préfixe</u>	<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)	Pneumonie, sans précision
8	Z51.5	(1)	Soins palliatifs

Justification : Selon la documentation, le patient est admis pour le traitement d'une pneumonie due à une MPOC, qui est classifiée de la manière habituelle. Le code Z51.5 est attribué comme diagnostic de type (1) parce que 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 de diagnostic significatif est choisi. Dans le cas présent, le préfixe « 8 » est attribué avec le code Z51.5 parce que les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission.

Exemple : Une patiente connue en soins palliatifs, se présente pour le traitement d'une déshydratation. La patiente a un cancer du poumon avec tumeur maligne secondaire avancée du cerveau. Elle est admise à l'unité de médecine pour recevoir un traitement de réhydratation et obtient son congé le jour suivant.



<u>Préfixe</u>	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	E86.0	(M)	Déshydratation
8	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 : Selon la documentation, cette patiente en soins palliatifs est admise dans le but de recevoir un traitement 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 de diagnostic significatif est choisi. Dans le cas présent, le préfixe « 8 » est attribué avec le code Z51.5 parce que les soins palliatifs sont consignés comme étant un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission. Il est obligatoire d'attribuer les codes C34.99 et C79.3 pour désigner la condition nécessitant des soins palliatifs, et dans le présent exemple, ces codes correspondent à la définition d'un diagnostic de type (3).

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 un traitement antibiotique intraveineux afin de traiter une pneumonie. Le 6 janvier, son état se détériore. La famille est consultée et la décision est prise pour que des soins de confort seulement soient dispensés. La patiente décède paisiblement le 10 janvier.



<u>Préfixe</u>	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
8	Z51.5	(M)	Soins palliatifs
	J18.9	(1)	Pneumonie, sans précision
	C56.9	(3)	Tumeur maligne de l'ovaire, non précisée comme unilatérale ou comme bilatérale

Justification : Selon la documentation, la patiente est 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. Il est obligatoire d'attribuer le code C56.9, car il permet de signaler la présence de l'affection nécessitant des soins palliatifs et, dans le présent exemple, il correspond à la définition d'un diagnostic de type (3). Dans le cas présent, le préfixe « 8 » est attribué avec le code Z51.5 parce que les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission.

Exemple : Un patient est admis pour investigation en raison de symptômes gastriques. Le lendemain, une gastroscopie et une biopsie révèlent la présence d'une lésion plastique. 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 décède à l'hôpital 20 jours suivant l'ordonnance de soins palliatifs.



<u>Préfixe</u>	<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. Dans le cas présent, le préfixe « 8 » N'est PAS attribué parce que les soins palliatifs ne sont pas consignés comme étant un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission.

Exemple : Un patient est admis le 1^{er} janvier pour le traitement d'une insuffisance cardiaque congestive et il reçoit une médication pour cette affection. Le 8 janvier, son état se détériore et le médecin discute du mauvais pronostic avec le patient et sa famille. Le patient accepte de recevoir des soins de confort et tous les traitements considérés de mesure agressive sont arrêtés. Le patient exprime le souhait de mourir à la maison; il obtient donc son congé le 10 janvier. Des soins palliatifs lui sont dispensés à son domicile.



<u>Préfixe</u>	<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. Dans le cas présent, le préfixe « 8 » N'est PAS attribué parce que les soins palliatifs ne sont pas consignés comme étant un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission.

Exemple : 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, l'investigation révèle que le patient a subi un accident vasculaire cérébral hémorragique. Le médecin fait part du diagnostic et du mauvais pronostic à la famille. Comme il n'y a pas de traitement pouvant améliorer la condition du patient, il recommande des soins palliatifs. La famille accepte le plan de traitement en soins palliatifs. Le patient est extubé à 19 h et est transféré dans une salle de soins palliatifs où il est maintenu confortable avec l'administration de morphine et de scopolamine par intraveineuse. Il décède le 9 juin, à 8 h 45.



<u>Préfixe</u>	<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 après l'admission. Ceci constitue un changement de plan de traitement ainsi les soins palliatifs correspondent au type de diagnostic (1) ou (W). Lorsque la prestation de soins palliatifs est débutée après l'admission, ces soins doivent représenter 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. Dans le cas présent, le préfixe « 8 » N'est PAS attribué parce que les soins palliatifs ne sont pas consignés comme étant un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission.

Exemple : Une femme de 50 ans atteinte d'un cancer du poumon droit non à petites cellules est admise le 17 juin et reçoit un diagnostic de pneumonie. Le médecin consigne que son pronostic est mauvais. La patiente décède le 19 juin.



<u>Préfixe</u>	<u>Code</u>	<u>BDCP</u>	<u>Description</u>
	J18.9	(M)	Pneumonie, sans précision
	C34.90	(3)	Tumeur maligne des bronches ou du poumon droits, sans précision

Justification : Le diagnostic de cancer à lui seul ne permet pas de supposer que les soins palliatifs font partie du plan de traitement. Le code Z51.5 n'est attribué que lorsque « soins palliatifs » est consigné au dossier.

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, une mère en santé est admise pour prendre soin et allaiter son nouveau-né malade.

<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 le critère suivant pour déterminer quand il est nécessaire d'assigner 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 médicamenté. 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 médicamenté (facultatif)

Justification : Le code Z85 n'est pas utilisé parce que la patiente est toujours sous traitement. Reportez-vous également à la norme de codification *Admission pour examen de contrôle.*

Exemple : Un patient ayant 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 primitives et secondaires.*



Inscrivez un code de la catégorie Z80.– *Antécédents familiaux de tumeur maligne* avec le type de diagnostic (3)/autre problème, facultatif, afin d'indiquer 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.^ Lieu : « B »		Excision totale, sein (approche codifiée avec les qualificateurs)

Exemple : Une patiente a d'importants antécédents familiaux de cancer du côlon. Elle est admise pour une colonoscopie élective pour dépistage de la maladie. Aucune maladie n'est détectée à cet examen.



<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-BJ			Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Reportez-vous également aux normes de codification [Ablation d'un organe à titre prophylactique](#) et [Dépistage de maladies précises](#).

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 chirurgicale ou traumatique. Les définitions qui suivent ont été préparées dans le but d'assurer l'uniformité de la codification dans la CCI.

Autogreffe

Une autogreffe consiste en un tissu non vascularisé (p. ex. peau d'épaisseur totale, graisse, fascia, cartilage, os, nerf) prélevé du patient lui-même. Peut également être qualifié de tissu autologue dans la documentation source.

Homogreffe

Une homogreffe est un organe ou un tissu prélevé d'un autre être humain, qui peut être utilisé dès sa réception ou après sa conservation dans une banque de tissus. Peut également être qualifiée 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 sur trois côtés tout en demeurant attaché par le quatrième côté au 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 pédiculé est préparé à la façon d'un lambeau local, mais il n'est pas prélevé à proximité du site qui requiert une greffe. Il doit souvent être divisé afin d'atteindre le site à distance, 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 composite, de lambeau musculo-cutané, de lambeau de rotation musculaire, de lambeau de transposition musculaire, de lambeau musculo-cutané étendu de grand dorsal et de lambeau musculocutané transverse de muscle droit de l'abdomen (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 corporel. Ces lambeaux contiennent des vaisseaux pour maintenir un apport sanguin. Ils doivent être joints au site receveur par anastomoses microvasculaires pour permettre 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 pour remplacer un tissu ainsi que pour favoriser la régénération des tissus pour la guérison. Elles incluent des matériaux tels que la pâte d'os et le treillis en Marlex. Le tissu synthétique peut être utilisé pour renforcer une réparation telle 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)

La *Staphylococcus aureus*, généralement appelé « staphylocoque », est une bactérie communément retrouvée sur la peau des personnes saines. Occasionnellement, le staphylocoque peut pénétrer dans l'organisme et provoquer une infection qui peut être mineure (boutons, furoncles et autres affections cutanées) ou grave (infections sanguines ou pneumonie). La méthicilline est un antibiotique courant 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 peuvent se retrouver 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 qui sont âgés ou gravement malades, qui ont une plaie ouverte (telle qu'une escarre) ou qui sont porteurs 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 l'éliminer.

Définition des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

L'*enterococcus* est une bactérie Gram positif courante. Les infections les plus fréquentes causées par les entérocoques sont les infections des voies urinaires, les infections de 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) et les deux sont source d'infections nosocomiales. Les sites les plus fréquents pour la colonisation sont dans 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 en raison du nombre restreint d'antibiotiques disponibles. Les personnes qui sont trouvées colonisées de façon inoffensive par des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ne requièrent aucun traitement particulier, car après un certain 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. Ceci 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 déclenchement de l'infection.

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 peut seulement être déterminé par une biopsie hépatique.

Les patients qui souffrent d'hépatite virale chronique présentent souvent des tests de fonction hépatique anormaux. Une indication d'hépatite virale chronique est une élévation du niveau d'alanine transaminase quoiqu'il soit possible qu'il y ait aussi d'autres causes telles que l'alcool. En général, les patients ayant une hépatite virale chronique sont suivis bi-annuellement avec des analyses sanguines et des échographies. 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) alors qu'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 micro-organisme, la personne va développer des anticorps contre le micro-organisme pathogène. Les anticorps contre certaines maladies infectieuses peuvent également être obtenus par la vaccination. Chez les personnes vaccinées, les analyses de sang ultérieures démontrant ces anticorps vont indiquer 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, qui ne présente aucun symptôme mais peut transmettre l'infection à d'autres. Le virus étant présent dans le sang, il peut être transmis à d'autres personnes. Il est important de comprendre 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 des examens de recherche d'anticorps permettant de faire la distinction entre le porteur et l'infection antérieure varie selon le type d'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 dépistage des anticorps :

1. Anticorps IgM – un résultat positif indique une infection récente.
2. Anticorps IgG (anti-HA) – un résultat positif indique une infection antérieure (exposition antérieure au VHA) ou une immunité liée à la vaccination.

Le VHA n'évolue **jamais** en 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, à la suite d'une infection aiguë, jusqu'à 10 % des patients vont devenir des porteurs asymptomatiques du VHB ou vont développer 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. transfusion, 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.

La différence entre l'hépatite C et l'hépatite B est qu'un patient atteint d'hépatite C sera porteur du virus toute sa vie, soit sous la forme d'une infection aiguë ou chronique, soit en tant que porteur asymptomatique. Un test de dépistage 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 encore 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) peut apparaître uniquement 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 attribué 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 aide l'organisme à utiliser l'énergie comprise dans 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 de l'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.
2. **L'hyperglycémie** (glycémie élevée) survient lorsque la glycémie est trop élevée. Elle peut indiquer que le diabète n'est pas bien contrôlé.
3. **L'acidocétose/cétoacidose** (coma diabétique) se traduit par une perte de conscience découlant d'un diabète non traité ou mal traité.

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 de la pathogénie de la forme juvénile du diabète sucré de l'âge mûr, considérée autrefois comme un diabète de type 2. Une revue de la littérature 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 une diète 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 altérée au glucose [R73.0 *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*]

Un diagnostic de tolérance altérée au glucose 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 plus élevé que la normale, mais pas assez pour être qualifiée de diabète. La tolérance altérée au glucose est dépistée au moyen de l'épreuve d'hyperglycémie 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 de l'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 vision (p. ex. la rétinopathie, le glaucome, les cataractes et les maladies de la cornée). Les complications macrovasculaires comprennent entre autres les maladies cardiaques 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 les dommages aux reins progressent, de plus grandes quantités de protéines se déversent 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. Ceci provoque un obscurcissement de la vision et peut éventuellement causer un décollement de la rétine (le tissu cicatriciel tire sur la rétine jusqu'à la décoller du fond de l'œil) et entraîner 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 la rétine de se détacher. 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 les personnes souffrant de diabète. Plusieurs théories tentent d'expliquer pourquoi les patients diabétiques développent cette affection. 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 affecte typiquement les 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 peut prédisposer les patients diabétiques à développer des ulcères aux pieds — 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 patients atteints de diabète, de nombreux autres nerfs peuvent être affectés, dont les nerfs qui permettent le mouvement des yeux, 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 troubles sexuels (y compris un trouble de dysfonction érectile), 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 rétrécissement (sténose) 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 maladie artérielle périphérique 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 certains composants sanguins. Lorsque ceci se produit, les sous-produits de ces réactions ont tendance à s'accrocher aux parois des vaisseaux sanguins importants. La lumière (ou l'espace libre) 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 spécifiées comme telles.

Les cataractes diabétiques apparaissent à un plus jeune âge 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 E10.35† *Diabète sucré de type 1 avec cataracte diabétique*, 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, le glucose 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 doit pas être codifié sous un code de la rubrique E10 à E14. Une hyperglycémie marquée peut conduire à un coma, une situation critique nécessitant une hospitalisation immédiate.

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.

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). Une alimentation insuffisante, le saut des repas ou leur remise à plus tard, l'exercice physique sans la prise des précautions nécessaires, l'administration d'une quantité excessive d'insuline et la consommation d'alcool sont des causes de l'hypoglycémie. Une chute marquée de la glycémie peut entraîner de la confusion, de la désorientation ou des crises d'épilepsie.

L'hypoglycémie peut également être appelée « choc ou réaction insulémique ». Une hypoglycémie sévère 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 sévère 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 rénale, oculaire ou cardiaque liée au diabète. L'obésité, la consommation d'alcool et l'usage du 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.

Un ulcère de stase d'origine veineuse apparaît habituellement sur la face interne de la jambe, sous le genou ou juste au-dessus de la cheville. De tels ulcères se produisent chez les patients ayant des antécédents de thrombose veineuse profonde ou d'ulcères variqueux. 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 « escarre de décubitus », « 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 est 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.

Le contrôle de la glycémie chez les patients atteints du diabète a un impact direct 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, en raison de ces deux changements, l'organisme peut 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 du 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 survient donc vers 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.

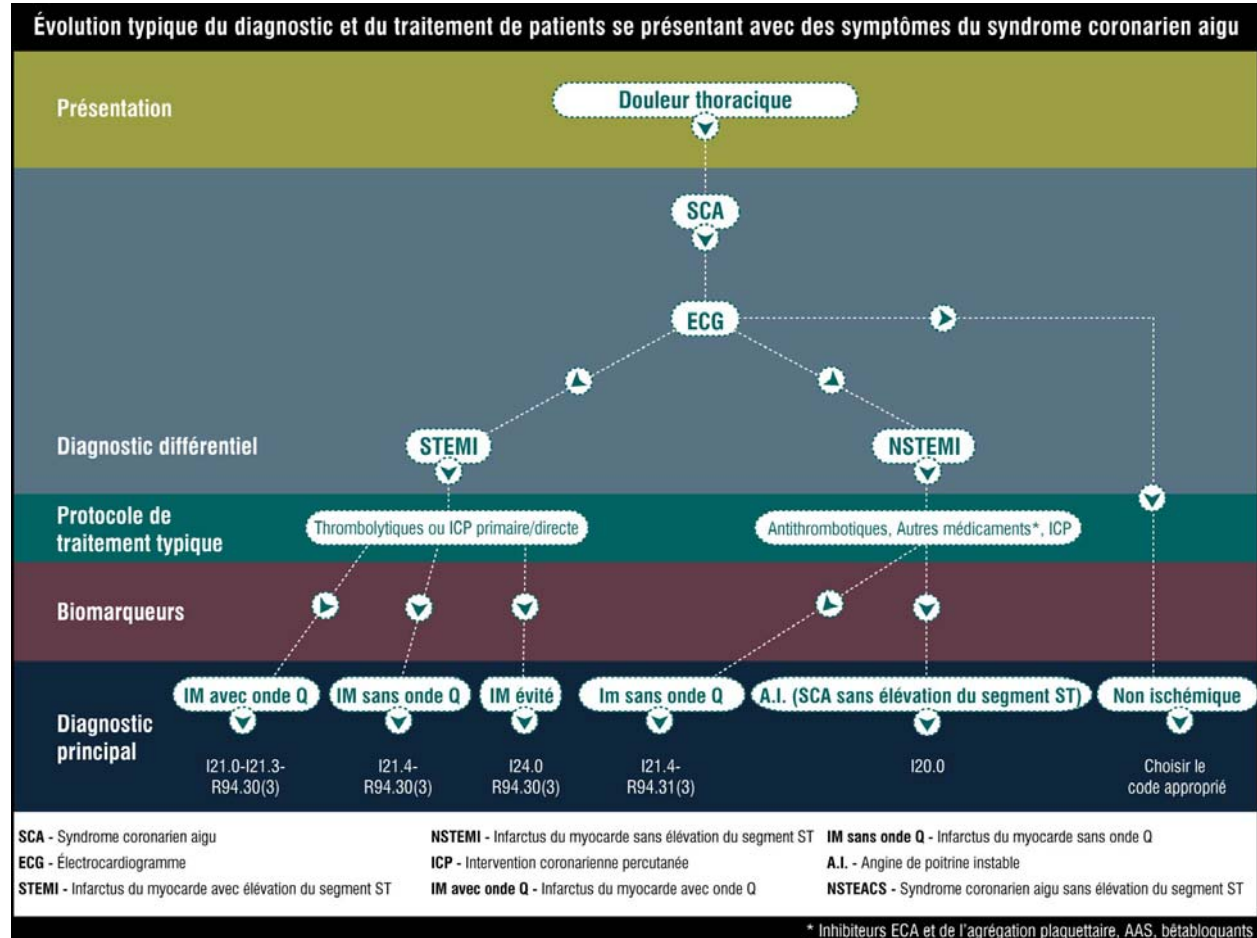
- L'hypertension gestationnelle, aussi connue sous le nom de « prééclampsie » — une tension artérielle élevée causée par la grossesse — est assez courante lorsque la femme enceinte est atteinte de diabète. Ce problème de santé disparaît habituellement peu après la naissance du bébé.
- Les infections, 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 représente un éventail d'états, soit :

- 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 la documentation est déficiente. Le codificateur doit obtenir des précisions auprès du médecin si l'information pertinente est absente ou inscrire un code de la catégorie « sans précision » appropriée. Selon le déroulement typique, un patient se présentant avec les symptômes d'un syndrome coronarien aigu mène à 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) peut modifier l'évolution ou le type d'infarctus du myocarde. Un patient présentant un ECG qui indique une élévation du segment ST (STEMI) fait face aux possibilités suivantes:

- 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)**

Lorsqu'il n'y a pas d'élévation du segment ST sur le ECG, les résultats possibles sont les suivants :

- évolution vers un infarctus du myocarde (sous-endocardique) sans onde Q moins préjudiciable;
- un diagnostic définitif d'angine de poitrine instable, 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 qui sont retrouvées dans le sang et 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'investigation peuvent inclure une échocardiographie ou une tomодensitométrie afin de 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 n'inclut pas encore la terminologie de STEMI et NSTEMI. Afin de maintenir la comparabilité à l'échelle internationale, la CIM-10-CA a conservé l'intégrité des 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* a été élargie à 5 caractères afin de permettre la saisie des **diagnostics différentiels** de STEMI ou de NSTEMI. Les codes de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* sont utilisés pour enregistrer un **diagnostic principal** 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 soudaine 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 mais cette limite de temps a été prolongée pour des raisons pratiques^{vi}.

Un accident vasculaire cérébral comporte un événement ischémique ou hémorragique qui provoque des lésions cérébrales. La thrombose et l'embolie cérébrales sont causées 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 tout patient devant subir une intervention chirurgicale à un accident vasculaire cérébral. Il est impossible de déterminer quel facteur exact 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, de diabète, d'un infarctus ancien ainsi que la présence d'un 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

Il y a deux principaux types de pneumonie qui sont déterminés par l'atteinte pulmonaire. Lorsque l'inflammation affecte un lobe entier du poumon, elle est appelée « pneumonie lobaire ». Lorsque l'inflammation est dispersée dans les poumons, souvent de façon bilatérale, elle est appelée « bronchopneumonie ».

Le micro-organisme pathogène retrouvé le plus souvent dans les cas de pneumonie lobaire est le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*), quoiqu'il soit possible que d'autres agents pathogènes en soient la cause. 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 une bactérie ou un virus. Elle est le plus souvent secondaire à une infection ou à l'action de certains agents ayant réduit la résistance de l'individu 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, le micro-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, produisant une respiration sifflante caractéristique. La production de mucus est augmentée.

La plupart des personnes asthmatiques subissent des crises de respiration sifflante de façon périodique séparées par des périodes asymptomatiques. Certains asthmatiques souffrent d'essoufflement chronique et présentent des épisodes d'essoufflement plus important. Une crise d'asthme peut durer de quelques minutes à plusieurs jours et peut être critique si l'écoulement d'air devient considérablement restreint.

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 indique ou caractérise le processus d'une maladie.

Le SDRA est une condition sérieuse et menaçante qui se manifeste lorsqu'il y a une accumulation importante de liquide dans les deux poumons. L'accumulation de liquide altère l'échange adéquat d'oxygène et de gaz carbonique dans les alvéoles pulmonaires.

Le SDRA est la conséquence finale d'une variété d'atteintes pulmonaires sérieuses, qui se caractérise par le début soudain 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 pneumonie virale diffuse, la toxicité de l'oxygénothérapie, l'inhalation de toxines et d'irritants, la surdose de narcotiques, la réaction d'hypersensibilité et la pneumonie d'aspiration.

La pathogenèse du SDRA débute avec des médiateurs, le facteur d'activation plaquettaire par exemple, dans le sang qui résulte en une agrégation de 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. Des dommages chimiques additionnels causés par les neutrophiles détruisent les cellules alvéolaires vivantes. 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

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.

La coloscopie consiste, quant à elle, 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.

L'iléoscopie est l'examen endoscopique de l'iléon terminal (site anatomique 2.NK.^) réalisé à l'aide d'un coloscope. Cette intervention est considérée comme une approche rétrograde. La pointe de l'instrument est d'abord introduite dans le rectum, puis dans le côlon, et enfin jusqu'à la jonction du cæcum (gros intestin) et de l'iléon terminal (intestin grêle). La valvule iléocæcale sépare l'intestin grêle du gros intestin. Elle doit être intubée pour permettre l'inspection de l'iléon terminal. A n'importe quel moment où l'iléon terminal est intubé durant l'endoscopie, ceci est pour permettre l'inspection de l'intestin grêle.

L'iléon peut également être examiné à l'aide d'une entéroscopie à double ballonnet. L'entéroscopie à double ballonnet, également appelée entéroscopie par une méthode de manoeuvres successives et répétées de « poussées » et de « retraits », est une technique endoscopique avancée permettant d'examiner tout l'intestin grêle. L'entéroscope à double ballonnet peut être inséré par voie orale, par approche antérograde ou par approche

rétrograde en introduisant l'instrument dans le rectum, puis dans le côlon, et enfin dans l'iléon afin d'examiner l'extrémité de l'intestin grêle. Pour réaliser une entérocopie à double ballonnet, les médecins utilisent un entéroscope muni de deux ballonnets permettant de naviguer dans l'ensemble de l'intestin grêle. Lorsqu'ils sont remplis d'air, les ballonnets élargissent des sections de l'intestin grêle, ce qui permet à la caméra de réaliser un examen plus précis.

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 intrusion dans la peau. En plus du derme, elle touche les espaces sous-cutanés. Dans certains cas, la cellulite survient dans une région ayant subi un traumatisme et où la peau a été éraflée ou coupée, tel qu'autour d'un ulcère ou d'une plaie opératoire. 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 affectée semble rougie et est chaude au toucher. La cellulite nuit au drainage lymphatique, ce qui prédispose la région atteinte 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 détérioration des articulations. Elle en affaiblit certaines parties et les dégrade. Le cartilage, qui est la matière élastique et résistante qui recouvre et protège l'extrémité des os, commence à craqueler et à se perforer. Des fragments de cartilage 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 d'os contre os augmente davantage la douleur. Les os peuvent également épaissir et former des excroissances, appelées éperons osseux ou 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 congestion des vaisseaux sanguins (hyperémie) pouvant parfois causer de la douleur, 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 les hanches, les genoux, les pieds et 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 de risque 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

Le rétrécissement du canal médullaire se définit par 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 spinale ou foraminale) est utilisé lorsque la pathologie sous-jacente est devenue si grave qu'elle a entraînée le rétrécissement du canal rachidien. Le patient développe des symptômes allant de la douleur au dysfonctionnement des extrémités. Dans les cas de myélopathie, il est typique qu'un patient souffre également de dysfonctionnement organique. Parmi les causes courantes de rétrécissement du canal médullaire se trouvent les tumeurs, les affections des disques intervertébraux, telle que l'hernie discale ou la dégénérescence 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 de la femme 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 activités 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 est codifiée avec le code 1.PL.74.^ ^ Fixation, col vésical. Diverses techniques sont disponibles pour élever l'urètre ainsi que les structures musculo-aponévrotiques 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 (avec l'attribut de lieu « PS »).

Entéroçèles

Une entéroçèle 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*), 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 exigeant, le vieillissement 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 intravaginal;
- prolapsus du 2^e degré : le col de l'utérus affleure à la vulve;
- 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 entéroçèle 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 sont considérés comme se produisant 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 complétée », les jours 7 à 13 à la « semaine 1 complétée », et la 40^e semaine de gestation réelle à la « semaine 39 complétée ». Lorsque la date des dernières menstruations normales n'est pas disponible, le calcul de l'âge gestationnel devra être basé 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 (DDM) (280 jours à partir de la date de conception). En effet, c'est à partir de cet âge gestationnel que le risque d'évolution foetale 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 de 41 semaines ou plus, 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 gazeux 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 gazeux. 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 indications 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'un épisode 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} :

- niveaux d'oxygène inadéquats 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 prématuré du placenta;
- compression du cordon ombilical;
- fonction placentaire faible 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 de développer le 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 à terme ou presque. Ils sont nés par césarienne, la plupart du temps, et peuvent avoir subi une détresse périnatale. Le rétablissement se produit habituellement à l'intérieur de deux à trois jours^{xi}.

Ictère néonatal

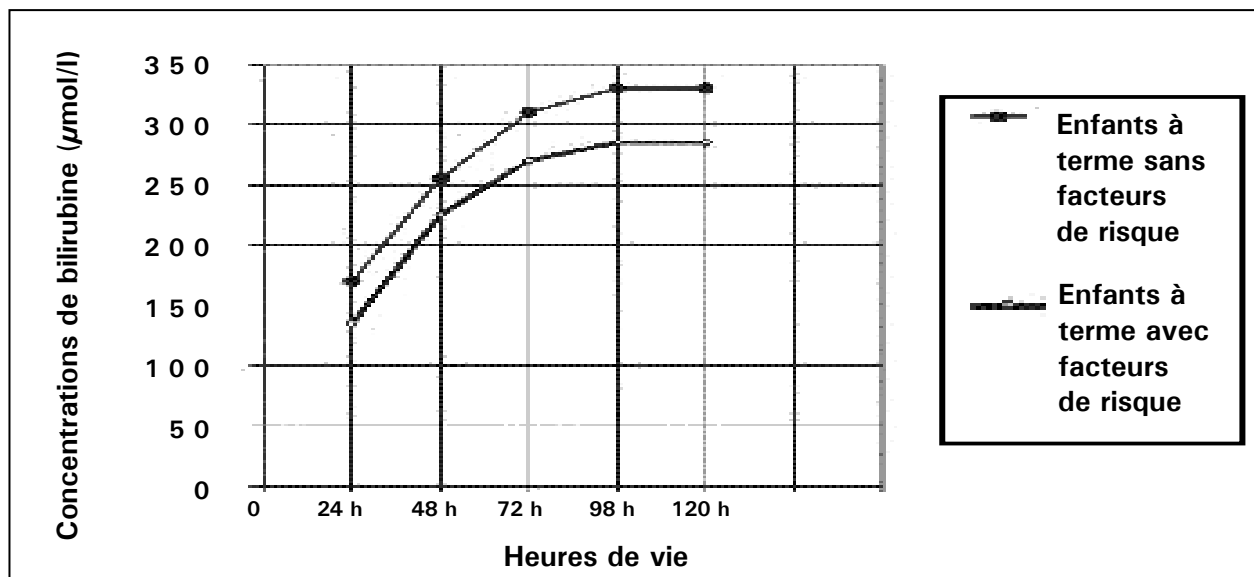
L'hyperbilirubinémie néonatale, selon le manuel Merck, est diagnostiquée lorsque les analyses de laboratoire mettent en évidence une concentration sérique en bilirubine supérieure à 10 mg/dL (171 µmol/L) chez les enfants nés avant terme ou supérieure à 15 mg/dL (257 µmol/L) chez les nouveau-nés à terme. 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. Ces facteurs de risque incluent: 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 sepsie 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^o 2 (1999), p.167-170 et sur le site Web de la SCP.



Chapitre XVIII – Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique

Le syndrome de 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 présents chez les personnes souffrant d'une septicémie ou d'une sepsie, qui ont été admises à l'unité de soins intensifs.

Les pathologies non infectieuses du SRIS comprennent un traumatisme, une brûlure, 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^{xiii}.

Une agression de l'organisme provoque l'apparition de signes et de symptômes (p. ex. la fièvre et la leucocytose) d'un *syndrome de réponse inflammatoire systémique* (SRIS). Si une infection est responsable du SRIS, l'affection est appelée « sepsie ». Lorsque la sepsie est accompagnée d'une défaillance d'un ou de plusieurs organes vitaux, l'affection est nommée « sepsie sévère ». Si la sepsie sévère est associée à une hypotension qui est réfractaire à l'expansion volémique, l'affection est désignée « choc septique »^{xiv}.

xiii. Gorbach, Sherwood L. et Matthew Falagas, *5-Minute Infectious Diseases Consult*, 1^{re} édition.

xiv. Marino, Paul L., *ICU Book*, 2^e édition.

La présence d'anomalies fonctionnelles dans plus d'un organe vital chez les patients atteints du SRIS d'origine infectieuse est nommée « syndrome de défaillance multiviscérale » (SDMV) et est classée comme une sepsie 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. Un dysfonctionnement multiviscéral peut mener à une défaillance multiviscérale. La défaillance organique la plus commune (poumons) dans ce cas est le syndrome de détresse respiratoire aiguë.

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^{xv}. 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.

xv. 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.

Annexe B – Interventions signalées

Les interventions énumérées ci-dessous sont des interventions associées à des patients qui nécessitent une utilisation considérablement plus importante des ressources comparativement à d'autres cas similaires. Les codes de la CCI inclus dans la liste vont permettre d'identifier ces patients nécessitant des coûts élevés. Par la suite, une majoration à la pondération de la consommation des ressources (PCR) et à la durée prévue du séjour (DPS) de base sera calculée. Veuillez prendre note que les interventions comme telles ne représentent pas nécessairement des coûts élevés. Les interventions signalées ne sont pas utilisées dans l'attribution aux groupes de maladies analogues (GMA+) et ne font pas partie de la liste de partition des interventions de la CCI retrouvée à l'intérieur de chaque catégorie clinique principale (CCP). Cependant, elles doivent toujours être codifiées puisqu'elles ont des répercussions sur le calcul de la PCR et de la DPS.

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-^ | Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation endotrachéale |
| 1.GZ.31.CR-ND | Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle avec incision en vue de l'intubation via la trachéostomie, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP), |
| 1.GZ.31.GP-ND | Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive transluminale percutanée (par exemple, VTTJ) à l'aiguille, pression positive (par exemple, CPAP, BIPAP) |

Nutrition parentérale

- 1.LZ.35.HA-C6 Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, approche percutanée par injection, nutrition parentérale
- 1.LZ.35.HH-C6 Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, approche percutanée, par perfusion, nutrition parentérale
- 1.LZ.35.HR-C6 Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, approche interosseuse percutanée, par cathéter, nutrition parentérale

Chimiothérapie

- 1.ZZ.35.HA-M[^] Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'agents anticancéreux et immunomodulateurs
- 1.ZZ.35.CA-M[^] Pharmacothérapie, corps entier, approche par voie naturelle (orale), utilisation d'agents anticancéreux et immunomodulateurs
- 1.ZZ.35.YA-M[^] Pharmacothérapie, corps entier, approche par voie NCA [transdermique, etc.], utilisation d'agents anticancéreux et immunomodulateurs

Récupération peropératoire de sang (Cell Saver)

- 1.LZ.37.LA-FP Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, approche ouverte (thorax), dispositif extracorporel de récupération du sang (Cell Saver) (intra-opératoire)
- 1.LZ.37.GP-QM Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, approche transluminale percutanée (thorax fermé), oxygénation par membrane extracorporelle [ECMO]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 cathéter et utilisation d'une solution d'irrigation antiinfectieuse
- 1.OT.52.HH-D2 Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par cathéter et utilisation d'une solution d'irrigation salée

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.

1.OT.52.HH-D3 Drainage, cavité abdominale, approche percutanée par cathéter et utilisation d'une autre solution d'irrigation

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, approche médiastinale

Endoscopie par voie naturelle

Inspections par approche endoscopique par voie naturelle. Veuillez vous référer au répertoire de GMA + pour une liste complète des interventions signalées.

Biopsie non invasive

Biopsies par approche endoscopique par voie percutanée. Veuillez vous référer au répertoire de GMA + pour une liste complète des interventions signalées.

Annexe C – Tableau des changements – Normes canadiennes de codification, 2009

Le document a pour objectif :

1. de résumer les changements afin de faciliter la consultation;
2. de mieux comprendre les changements.

Avis important : Le tableau ci-dessous montre les changements qui ont eu lieu dans les Normes canadiennes de codification pour la version 2009 de la CIM-10-CA et de la CCI. Il ne constitue en aucun cas une liste exhaustive des changements de la version 2009 de la CIM-10-CA et la CCI. La liste intégrale des codes nouveaux ou supprimés se trouve aux annexes A et B de la CIM-10-CA et aux annexes E et F de la CCI.

Description des changements	Justification
Définition du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA – Normes de codification générales de la CIM-10-CA	
<p>Dans la définition de l'autre problème, nous avons remplacé le mot « influencent » et introduit un critère de significativité :</p> <p>« Un code de la CIM-10-CA est attribué en tant qu'autre problème si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'affection ou les circonstances existent au moment de la visite du client et augmentent significativement les besoins du client en matière de traitement ou de soins. <ul style="list-style-type: none"> – La détermination de la significativité nécessite suivi et traitement. ➤ La directive existe dans une autre norme de codification et dans la classification même. » 	<p>Expliquer le mot « influencer ». Le mot « influence » est remplacé par « significatif » aux fins d'uniformité avec la définition du typage de diagnostics de la BDCP. Aucune modification n'a été apportée aux directives.</p>
<p>Passage supprimé : 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.</p>	<p>Ce passage n'est plus valide en raison de l'ajout de « détermination de la significativité »; voir « détermination de la significativité » dans la définition d'autre problème. Aucune modification n'a été apportée aux directives.</p>
<p>Passage supprimé : Classer les autres problèmes en fonction de leur répercussion sur les services fournis au moment de la visite.</p>	<p>Cette directive n'est plus valide.</p>
<p>Changement de la raison dans l'exemple : M. K se présente au service des urgences avec une toux et une fièvre. Il est traité pour une pneumonie.</p>	<p>Conformément aux directives dans la norme de codification sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée.</p>

Description des changements	Justification
Codification des problèmes principaux et autres problèmes pour le SNISA – Normes de codification générales de la CIM-10-CA	
Suppression de la référence aux résultats de laboratoire.	Seulement les conditions appuyées par la documentation fournie par le médecin ou le dispensateur de soins primaires ont un code de la CIM-10-CA.
Raison reformulée dans l'exemple: Une femme se présente avec une hématomé. L'investigation révèle qu'elle est due à un ulcère aigu de l'estomac (avec hémorragie).	Préciser que l'attribution du code de la cause externe est obligatoire selon la norme de codification <i>Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements</i> . La raison avancée auparavant précisait que le code de la cause externe était facultatif.
<p>Énoncés reformulés :</p> <p>Attribuez un code de cause externe provenant du chapitre XX – <i>Causes externes de morbidité et de mortalité</i> (V01-Y98), obligatoire, en tant qu'autre problème avec toute affection qui peut être classifiée dans le chapitre XIX – <i>Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes</i>.</p> <p>Lorsqu'il s'agit d'un accident ou d'un empoisonnement pouvant être classifié dans les catégories W00 à Y34, sauf Y06 et Y07, attribuez un code de la catégorie U98. – <i>Lieu de l'événement</i>, obligatoire, en tant qu'autre problème.</p>	Aux fins d'uniformité avec la norme de codification <i>Codes de causes externe</i> .
Définition du typage de diagnostics selon la BDCP – Normes de codification générales de la CIM-10-CA	
Ajout de l'énoncé suivant : Attribuez un code de la CIM-10-CA, obligatoire, pour tout diagnostic ou état qui correspond à la définition d'un type de diagnostic de comorbidité ou de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X et Y).	Préciser qu'un code doit être attribué pour toutes les comorbidités.
Suppression de la référence aux résultats de laboratoire.	Pour être codifiées selon la CIM-10-CA, les conditions doivent être appuyées par la documentation fournie par le médecin ou le dispensateur principal.
Ajout d'une remarque après la définition du diagnostic de Type (2) : Dans des <u>circonstances particulières</u> , les préfixes 5 et 6 sont utilisés lorsqu'un diagnostic de type (2) est attribué sur un abrégé. Consultez le champ 01 du groupe 10 dans le <i>Manuel de saisie de l'information, BDCP</i> pour obtenir des instructions sur l'application des préfixes 5 et 6.	Préciser que le manuel de la BDCP comprend des directives plus détaillées en ce qui concerne les conditions auxquelles on a attribué le diagnostic de type (2).

Description des changements	Justification
Ajout d'une phrase dans le paragraphe définissant le diagnostic de type (3) : Un diagnostic de type (3) est également utilisé dans le cas des codes de la CIM-10-CA qui sont attribués pour donner des détails qui, en soi, ne représentent pas une comorbidité.	Montrer une autre utilisation du diagnostic de type (3).
Suppression d'un exemple.	L'exemple n'est plus valide en raison de l'application d'un nouveau code (E1-.64 <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i>) dans la CIM-10-CA 2009.
Remplacement dans un exemple de la phrase « Le jour où il doit recevoir son congé, une analyse de laboratoire indique une hypokaliémie » par la phrase « Une hypokaliémie est consignée dans les notes d'évolution du médecin et le patient... ».	Pour être codifiées selon la CIM-10-CA, les conditions doivent être appuyées par la documentation fournie par le médecin ou le dispensateur principal.
Reformulation de la justification dans l'exemple : Une patiente est admise avec une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et une exacerbation aiguë de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).	Pour être codifiées selon la CIM-10-CA, les conditions doivent être appuyées par la documentation fournie par le médecin ou le dispensateur principal.
Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification – Normes de codification générales de la CIM-10-CA	
Suppression de « les résultats d'analyses de laboratoire » de la phrase qui se lit désormais ainsi : Utiliser 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.	Pour être codifiées selon la CIM-10-CA, les conditions doivent être appuyées par la documentation fournie par le médecin ou le dispensateur principal.
Suppression d'un exemple.	L'exemple n'est plus valide en raison d'un changement dans la codification du diabète (le code R73.8- n'est plus obligatoire). Reportez-vous également à la norme de codification Diabète sucré. Le code E1-.64 <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i> est attribué selon la documentation du médecin et non selon les résultats de laboratoire.
Symptômes ou conditions sous-jacents – Normes de codification générales de la CIM-10-CA	
Reformulation d'une phrase dans un exemple : « Le patient se présente au service d'urgence avec des convulsions » par « Le patient se présente au service d'urgence suite à une convulsion. Il n'y a pas d'antécédants de convulsions au dossier. »	Pour préciser qu'une première crise ou une crise isolée doit être codifiée à R56.88 <i>Convulsions, autres et non précisées</i>

Description des changements	Justification
Suppression d'un exemple.	L'exemple n'est plus nécessaire; il y a deux autres exemples pour démontrer la directive.
Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q) – Normes de codification générales de la CIM-10-CA	
Déplacement de l'exemple qui se trouvait sous la norme de codification <i>Admission pour observation</i> : Un patient est transporté en chirurgie d'un jour pour subir une bronchoscopie... »	Placer l'exemple dans la norme de codification applicable et démontrer l'énoncé concernant l'attribution du code selon le degré de précision le plus élevé.
Remplacement de deux exemples par deux nouveaux : Le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin est le suivant : Douleur localisée à la partie inférieure droite de l'abdomen. Appendicite aiguë possible. Le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin est le suivant : Ulcère digestif possible.	Fournir des exemples pertinents sur le plan clinique.
Ajout d'une remarque : Le préfixe « Q » pour désigner les affections suspectées et les diagnostics possibles ou incertains n'est utilisé qu'avec les codes de diagnostic. Il n'est pas utilisé avec les codes de causes externes. Consultez le champ 01 du groupe 10 du Manuel de saisie de l'information BDCP, et l'élément de données 43 dans le <i>Manuel du Système national d'information sur les soins ambulatoires</i> .	Clarifier l'utilisation du préfixe Q.
Suppression de l'énoncé « 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 ». Suppression de l'exemple accompagnant cet énoncé.	Préciser et inclure l'énoncé dans la bonne norme de codification <i>Admission pour observation</i> .
Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée – Normes de codification générales de la CIM-10-CA	
Modification d'un énoncé. Lorsqu'il y a la mention « codifier séparément » dans la CIM-10-CA, il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire lorsque l'état satisfait aux critères de significativité. Cette mention est seulement obligatoire lorsque l'état répond aux critères de significativité. Auparavant, on attribuait un code supplémentaire lorsque l'état existait.	Éliminer le recours à des codes supplémentaires pour des états qui ne répondent pas aux critères de significativité.

Description des changements	Justification
<p>Modification d'un énoncé. Modification de l'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 résistants aux médicaments. L'exception se lit maintenant comme suit : La directive « Utiliser un code supplémentaire (B95-B97) pour identifier l'agent infectieux » est facultative lorsqu'il ne s'agit pas d'un organisme résistant aux médicaments. Reportez-vous également à la norme de codification intitulée <i>Micro-organismes résistants aux médicaments</i>.</p>	<p>Désigner un changement dans la directive stipulant que l'attribution d'un code de B95 à B97 est obligatoire pour identifier un organisme infectieux résistant aux médicaments.</p>
<p>Suppression d'un exemple et ajout de deux nouveaux exemples.</p>	<p>Donner des exemples illustrant l'énoncé de codifier séparément.</p>
<p>Interventions annulées – Normes de codification générales de la CIM-10-CA</p>	
<p>Déplacement de la phrase « Informez-vous auprès du ministère de la Santé de votre province ou territoire pour savoir s'il existe des politiques qui pourraient s'appliquer à la codification des interventions de chirurgie d'un jour annulées qui sont soumises à la BDCP ». Elle se trouve maintenant dans un énoncé.</p>	<p>Préciser qu'il existe des directives provinciales et territoriales relativement à la saisie des interventions annulées dans les abrégés de chirurgies d'un jour de la BDCP.</p>
<p>Remplacement de la phrase suivante : « La CCI ne permet pas la codification des interventions annulées » par « Il n'y a pas d'attribut de situation dans la CCI pour désigner une intervention annulée et il est erroné de codifier ces cas sous l'intervention prévue avec l'attribut de situation A. »</p>	<p>Préciser l'utilisation de la norme <i>Interventions annulées</i> par rapport à <i>Interventions abandonnées</i>.</p>
<p>Reformulation de la justification suivant l'exemple du patient admis pour un pontage coronarien de la façon suivante : « Étant donné qu'il s'agit d'une hospitalisation, le champ de l'intervention demeure vide et le terme « annulé » n'est pas saisi dans l'abrégé. »</p>	<p>Préciser que le mot « ANNULÉ » n'est pas consigné dans l'abrégé d'un patient hospitalisé.</p>
<p>Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées – Normes de codification générales de la CCI</p>	
<p>Révisé 09/2009 : Retrait du renvoi à la coronographie comme une exception.</p>	<p>Préciser qu'un code de la rubrique 3.IP.10.^[^] <i>Radiographie, cœur avec artères coronaires</i> est obligatoire avec toute intervention thérapeutique pratiquée par cathétérisme cardiaque.</p>

Description des changements	Justification
Ajout d'une exception : Afin de faire la distinction entre une intervention thérapeutique par sigmoïdoscopie ou par coloscopie, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser l'inspection (reportez-vous également à la norme de codification intitulée <i>Interventions endoscopiques</i>).	Préciser que l'information sur la sigmoïdoscopie et la colonoscopie est saisie pour les interventions thérapeutiques.
Contrôle d'une hémorragie – Normes de codification générales de la CCI	
Ajout d'attributs d'étendue obligatoires aux exemples dans lesquels des spirales ont été utilisées pour contrôler une hémorragie.	Démontrer l'application appropriée de l'attribut d'étendue.
Échecs d'intervention – Normes de codification générales de la CCI	
Révisé 09/2009 : Correction de la remarque.	Illustre le nouveau qualificateur du traitement thrombolytique dans la version 2009 de la CCI qui permet de distinguer le traitement thrombolytique du traitement antithrombotique.
Interventions reprises – Normes de codification générales de la CCI	
<p>Suppression de l'énoncé suivant : L'intervention actuelle 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 étapes.</p> <p>Suppression du paragraphe suivant : 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 qui est réalisée présentement et ajoutez-y l'attribut de situation « R », pour désigner la reprise.</p> <p>Modification d'un énoncé. Ajout de la remarque suivante : L'attribut de situation est actuellement activé en tant qu'obligatoire (c.-à-d. la boîte de l'attribut de situation est rose) dans le cas des interventions les plus courantes qui pourraient faire l'objet d'une « reprise »; cependant, l'utilisation obligatoire de l'attribut de situation « R » (reprise) ne se limite pas aux rubriques où l'attribut de situation est activé en tant qu'obligatoire.</p>	<p>Préciser que l'attribut de situation R doit être attribué le cas échéant même s'il n'est pas obligatoire dans la CCI.</p> <p>Faire la distinction entre une intervention qui est classée en tant que reprise et une intervention qui ne l'est pas.</p>

Description des changements	Justification
<p>Ajout de points supplémentaires dans la liste des interventions qui ne sont pas classées en tant que reprises : Gestion des complications des blessures opératoires, p. ex. réparation initiale d'une hernie cicatricielle, parage initial d'une plaie, reprise initiale de cicatrice; et Implantation d'un appareil interne (1.^^.53.^^) lorsqu'il s'agit de l'implantation initiale d'un appareil interne à un site où une intervention a été effectuée auparavant.</p> <p>Modification d'exemples et ajout d'un nouvel exemple.</p> <p>Modification d'un énoncé. Suppression du mot « facultatif » après l'attribut R dans trois exemples et ajout de la phrase suivante dans la justification : L'attribut de situation n'est pas activé en tant qu'obligatoire dans cette rubrique. Cependant, cette intervention correspond à la définition d'une reprise et l'attribut « R » est utilisé.</p> <p>Suppression du mot « facultatif » après l'attribut de situation et ajout d'une justification à l'exemple : Une enfant ayant subi récemment une réparation de fente palatine.. ».</p>	<p>Préciser que l'attribut de situation R doit être attribué le cas échéant même s'il n'est pas obligatoire dans la CCI.</p> <p>Faire la distinction entre une intervention qui est classée en tant que reprise et une intervention qui ne l'est pas.</p>
Suppression d'un exemple d'une ICP reprise.	Supprimer un exemple d'une ICP reprise qui figure dans la norme de codification <i>Intervention coronaire percutanée (ICP)</i> .
Interventions endoscopiques – Normes de codification générales de la CCI	
Reformulation de l'énoncé « Codifiez les inspections au site le plus profond visualisé par l'endoscope » de la façon suivante : Sélectionnez le site anatomique en fonction du site le plus profond visualisé par l'endoscope.	Préciser la directive de sélection du site anatomique.
Mise à jour de tous les exemples afin de désigner les nouveaux qualificatifs de dispositifs ajoutés aux rubriques 2.NM.70.^., 2.NM.71.^., 2.NK.70.^. et 2.NK.71.^.	Appliquer les changements apportés à la CCI 2009. Les qualificatifs de dispositifs remplacent les attributs de lieu obligatoires et précisent le but de l'intervention (c.-à-d. gastroscopie, colonoscopie, sigmoïdoscopie).

Description des changements	Justification
Reformulation de l'énoncé « Si l'intervention endoscopique comprend des éléments à la fois diagnostiques et thérapeutiques, ne codifiez que l'aspect thérapeutique de l'intervention. » de la façon suivante : Lorsqu'une inspection et une intervention thérapeutique sont toutes deux effectuées au même site anatomique, ne codifiez que l'intervention thérapeutique.	Préciser la directive en remplaçant le mot « diagnostique » par le mot « inspection ».
Ajout d'une exception : Afin de faire la distinction entre une intervention thérapeutique par sigmoïdoscopie et une intervention thérapeutique par coloscopie, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser l'inspection.	Préciser que l'information sur la sigmoïdoscopie et la colonoscopie est saisie pour les interventions thérapeutiques.
Ajout de deux exemples.	Illustrer la nouvelle information concernant la classification de la sigmoïdoscopie et la colonoscopie.
Interventions d'imagerie diagnostique – Normes de codification générales de la CCI	
Révisé 09/2009 : Retrait du renvoi à la coronographie comme une exception.	Préciser qu'un code de la rubrique 3.IP.10.^ [^] <i>Radiographie, cœur avec artères coronaires</i> est obligatoire avec toute intervention thérapeutique pratiquée par cathétérisme cardiaque.
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires	
Un examen de laboratoire confirme le diagnostic de cystite aiguë causée par la bactérie E. coli. Cet exemple est reformulé.	Préciser que les codes attribués n'étaient pas fondés sur les résultats de laboratoire, mais sur la documentation du médecin.
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires : Micro-organismes résistant aux médicaments	
Modification d'un énoncé. ➤ Il est obligatoire d'attribuer un code de U82 à U85 en tant que diagnostic de comorbidité. ➤ Il est obligatoire d'attribuer le code Z22.3-. ➤ Il est obligatoire d'utiliser l'indicateur de série.	Répondre au besoin d'établir des rapports à l'échelle pancanadienne sur un nouveau problème de santé, soit les micro-organismes résistant aux médicaments. Être en mesure d'identifier l'organisme infectieux et la cause sous-jacente.
Ajout d'une remarque : Assurez-vous qu'un code de la catégorie U82 à U85 n'est jamais attribué comme diagnostic principal/problème principal.	Préciser la directive dans la CIM-10-CA : ces catégories ne doivent jamais être utilisées pour la codification de la cause principale.
Modification d'exemples.	Refléter les changements apportés à la directive.
Ajout d'information clinique tirée de l'annexe A après la directive d'attribution du code Z22.3-.	Montrer la différence entre une colonisation et une infection et aider à l'attribution correcte des codes.

Description des changements	Justification
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires : Septicémie/Sepsie	
Changement du titre auparavant intitulé <i>Septicémie</i>	Aider les utilisateurs à trouver la norme de codification pertinente à la terminologie utilisée dans la documentation.
Suppression de l'énoncé suivant : 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.	Pour être codifiées selon la CIM-10-CA, les conditions doivent être appuyées par la documentation fournie par le médecin ou le dispensateur principal.
Déplacer la phrase suivante dans l'énoncé : Attribuez un code pour la septicémie/sepsie uniquement lorsque le médecin a inscrit ce diagnostic au dossier. Ce diagnostic ne peut être présumé, ni éliminé, sur la seule base des résultats de laboratoire.	Savoir quand attribuer un code pour la sepsie.
Ajout d'un énoncé : Lorsqu'un choc septique est documenté, attribuez le code R57.2 <i>Choc septique</i> , obligatoire. Ajout d'un exemple.	Fournir de l'information concernant le nouveau code R57.2 <i>Choc septique</i> de la CIM-10-CA 2009.
Ajout d'une remarque : Il est possible que le terme « sepsie » soit quelquefois utilisé par les médecins pour décrire une infection localisée. Ainsi, il faut être attentif lors de l'attribution de ce code. Lorsque le terme « sepsie » est utilisé pour décrire une infection localisée, rechercher le terme pilote « infection » plutôt que « sepsie ». Ajout d'un exemple.	Préciser et démontrer que le terme sepsie ne désigne pas toujours une sepsie généralisée.
Ajout de l'indicateur de série dans les exemples pertinents	Démontrer l'utilisation obligatoire de l'indicateur de série dans le cas d'une <i>Affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i>
Reformulation de certains exemples pour utiliser soit le terme sepsie, soit le terme septicémie.	Fournir des exemples pertinents sur le plan clinique.
Chapitre II – Tumeurs : Tumeurs primitives et secondaires	
Changement du titre Tumeur primitive avec métastases. Fusion des directives et des exemples de Tumeurs secondaires et Tumeur maligne de siège non précisé en une seule norme de codification.	Consolider l'information pertinente et s'assurer de l'uniformité de l'information pour les nouveaux codes de la CIM-10-CA de 2009. Illustrer les nouveaux codes par des exemples.

Description des changements	Justification
<p>Reformulation de l'énoncé « Lorsqu'un diagnostic de tumeur primitive avec métastases est posé, et que le traitement mis en place concerne les sites primitif et secondaire, sélectionner le site primitif comme diagnostic principal/problème principal. ». Il se lit désormais ainsi : Lorsqu'un diagnostic de tumeur primitive avec métastases est posé, et que le traitement vise également les sièges primitif et secondaire, inscrivez le siège primitif de la tumeur avant le siège secondaire.</p>	<p>Supprimer la référence à un énoncé qui indiquait la condition à attribuer en tant que diagnostic principal/problème principal, car selon le cas, le diagnostic principal/problème principal peut être différent. L'attribution du diagnostic principal/problème principal est établie au cas par cas conformément aux normes de codification <i>Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA</i> et <i>Définition du typage de diagnostics</i>.</p>
<p>Reformulation de l'énoncé « 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. » La nouvelle directive se lit ainsi : Lorsque des métastases sont diagnostiquées au cours d'un épisode de soins, attribuez le type (1) au diagnostic/autre problème pour les sites de métastases précisés.</p>	<p>Préciser que toute tumeur secondaire diagnostiquée au cours d'un épisode de soins correspond au diagnostic de type (1)/autre problème. L'énoncé précédent faisait mention des métastases des ganglions lymphatiques seulement.</p>
<p>Reformulation de l'énoncé provenant de la norme de codification supprimée Tumeurs secondaires : Lorsqu'un diagnostic de tumeur secondaire est posé, un code supplémentaire doit être attribué, obligatoire, afin d'identifier le siège de la tumeur primitive, c'est-à-dire un code du chapitre II ou de la catégorie Z85. – <i>Antécédents personnels de tumeur maligne</i>.</p>	<p>Inclure une information qui se trouvait dans la norme de codification supprimée Tumeurs secondaires.</p>

Description des changements	Justification
<p>Ajouts de nouveaux énoncés :</p> <p>Lorsqu'un siège primitif est précisé et que « carcinomatose » est inscrit comme diagnostic final :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sans mention du siège secondaire précis, attribuez C79.9 <i>Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé</i>. ➤ Avec mention du siège secondaire précis, attribuez les codes précis liés aux sièges secondaires. <p>Révisé 09/2009 : Dans la version 2009, remplacement de la directive « Lorsque le siège primitif n'est pas précisé et que le diagnostic final est « carcinomatose », attribuez uniquement C80.9 <i>Tumeur maligne, non précisé</i> » par la directive « Lorsque le siège primitif n'est pas précisé et que le diagnostic final est « carcinomatose », attribuez deux codes : C80.9 <i>Tumeur maligne, non précisé</i> et C79.9 <i>Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé</i>. »</p> <p>Ajout d'un exemple. Révisé 09/2009 : L'exemple corrigé comprend le code C79.9 <i>Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé</i> et la modification de la justification.</p>	<p>Informer sur les nouveaux codes permettant de classer la carcinomatose avec ou sans siège primaire connu. Nouveaux codes : C79.9 <i>Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé</i> et C80.9 <i>Tumeur maligne, non précisé</i>.</p> <p>Révisé 09/2009 : Présenter la directive corrigée.</p>
<p>Révisé 09/2009 : Suppression de la remarque suivante ajoutée en 2009 : Les codes C79.9, <i>Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé</i> et C80.9 <i>Tumeur maligne, non précisé</i> s'excluent mutuellement et ne peuvent pas apparaître sur le même abrégé.</p>	<p>Révisé 09/2009 : Harmonisation avec la directive. Justification précédente : Un conseil aux fins de la qualité des données.</p>
Chapitre II – Tumeurs : Tumeurs secondaires	
Suppression de la norme de codification entière.	Inclure l'information dans une seule norme de codification intitulée Tumeurs primitives et secondaires.
Chapitre II – Tumeurs : Tumeurs malignes de siège non précisé	
Suppression de la norme de codification entière.	Inclure l'information dans une seule norme de codification intitulée Tumeurs primitives et secondaires.

Description des changements	Justification
Chapitre II – Tumeurs : Tumeurs malignes récurrentes	
Ajout de « afin d'identifier le siège primitif » à la fin de l'énoncé : 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 un code supplémentaire de la catégorie Z85.- <i>Antécédents personnels de tumeur maligne</i> , obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin d'identifier le siège primitif.	Rendre l'énoncé plus clair.
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques: Diabète sucré	
Inclusion, dans une seule norme de codification, de plusieurs énoncés tirés d'autres normes de codification relatives au diabète sucré.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification du diabète sucré.
Ajout du paragraphe : Les titres de codes de la plage E10 à E14 (Diabète sucré) dans la CIM-10-CA indiquent clairement le diabète sucré avec une complication. Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une relation de cause à effet soit explicitement documentée afin de classer les cas dans ces catégories.	Rendre l'information plus claire.
Modification d'un énoncé. Suppression du paragraphe : 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.	Illustrer le nouveau code E1-64. <i>Diabète sucré mal contrôlé</i> de la CIM-10-CA de 2009. Ce code permet d'identifier les patients dont le diabète est mal contrôlé selon le diagnostic du médecin.
Reformulation de l'énoncé : 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. Nouvel énoncé : Attribuez un code lié au diabète sucré chaque fois que la condition est consignée au dossier. Ajout d'une remarque : L'objectif n'est pas de faire une recherche exhaustive des références au diabète dans toute la documentation secondaire, mais plutôt d'attribuer un code lié au diabète sucré lorsque ceci est remarqué lors de la révision de routine du dossier du patient. Ajout d'un exemple.	Préciser qu'on peut utiliser la documentation des infirmières pour procéder à la codification obligatoire du diabète.

Description des changements	Justification
<p>Reformulation de l'énoncé: 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. Nouvel énoncé : Lorsqu'il y a des complications du diabète sucré, attribuez un code de la plage E10 à E14 pour décrire chaque complication qui répond aux critères de significativité.</p> <p>Ajout de deux exemples.</p>	<p>Préciser et démontrer les directives pour la BDCP et le SNISA.</p>
<p>Modification d'un énoncé. Reformulation de l'énoncé : Lorsque plusieurs complications liées au diabète sont présentes, attribuez obligatoirement le code E1-.78 <i>Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples</i>. <i>Nouvel énoncé</i> : Lorsqu'il y a de multiples complications du diabète sucré qui touchent différents systèmes corporels et qu'aucune de ces complications ne correspond aux critères de significativité, attribuer un code de la catégorie E1-.78, <i>Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples</i>.</p> <p>Ajout de deux exemples.</p> <p>Suppression de la remarque: La directive d'inscrire le code E1-.78 <i>Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples</i> 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 et .6, sauf .63.)</p>	<p>Démontrer que le code E1-.78 <i>Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples</i> est attribué lorsque différents systèmes corporels sont touchés.</p> <p>Le code E1-.78 <i>Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples</i> n'est plus attribué pour signaler des complications multiples. Il est attribué seulement lorsqu'aucune complication ne répond aux critères de significativité et que le code obligatoire du diabète est requis.</p>

Description des changements	Justification
<p>Modification d'un énoncé. Suppression d'un énoncé : 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.</p> <p>Nouvel énoncé : Lorsque le diabète est décrit comme étant « mal contrôlé » par le médecin ou le dispensateur de soins primaires au moment de l'admission ou à tout autre moment au cours de l'épisode de soins, attribuer un code de la catégorie E1-.64, <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i>.</p> <p>Ajout d'une remarque : Un code de la catégorie E1-.64, <i>Diabète sucré de Type ~ mal contrôlé, décrit ainsi</i> identifie le diabète mal contrôlé. Le code R73.8-2 Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, glycémie plus grand que ou égal à 14.0 mmol/L n'est pas requis.</p> <p>Un code de la catégorie E1-.64, <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i> ne peut pas être un diagnostic de type (2).</p> <p>Ajout d'un paragraphe expliquant la terminologie servant à décrire le diabète mal contrôlé.</p> <p>Ajout de deux exemples.</p>	<p>Illustrer le nouveau code E1-.64 <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i> de la CIM-10-CA de 2009. Ce code permet d'identifier les patients dont le diabète est mal contrôlé selon le diagnostic du médecin.</p>
<p>Ajout de remarques : Le diabète sucré mal contrôlé est inhérent au coma et à l'acidose associés au diabète. Par conséquent, un code de la catégorie E1-.64 <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i> n'accompagne pas les codes des catégories E1-.0 <i>Diabète sucré de type ~ avec coma</i> ou E1-.1- <i>Diabète sucré de type ~ avec acidose</i>. Cette directive fait partie de la note d'exclusion du code de la catégorie E1-.64 <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i>.</p> <p>Ajout d'un exemple.</p>	<p>Le code E1-.64 <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i> n'est pas attribué dans le cas du coma et de l'acidose associés au diabète.</p>

Description des changements	Justification
<p>Ajout d'une remarque : Il est important de reconnaître que le coma, un état d'inconscience, peut être attribuable à de nombreux problèmes tels qu'un traumatisme cérébral, un accident vasculaire cérébral, une tumeur cérébrale ou une infection de type encéphalite par exemple et non seulement causé par une hausse ou une baisse extrême de la glycémie chez un diabétique. Avant d'attribuer un code des catégories E10 à E14 pour décrire le coma, assurez-vous de consulter la documentation du médecin ou du dispensateur de soins primaires afin de vérifier si le diabète sucré est bel et bien la cause du coma.</p> <p>Ajout d'un exemple.</p>	<p>Préciser la différence entre un coma causé par le diabète et un coma qui n'est pas causé par le diabète, chez un patient diabétique.</p>
<p>Reformulation de l'énoncé : Classifiez l'ulcère du pied diabétique sous E1-.70 ou E1-.71 afin de préciser s'il y a présence ou absence de gangrène. Attribuer un code supplémentaire pour tout abcès ou problème de cellulite ou d'ostéomyélite concomitant.</p> <p>Nouvel énoncé : Attribuer un code supplémentaire pour désigner un abcès, de la cellulite ou l'ostéomyélite associée à un ulcère.</p>	<p>Préciser l'énoncé en remplaçant le mot « concomitant » par « associée ».</p>
<p>Ajout d'un énoncé : Lorsque vous attribuez le code à astérisque obligatoire N08.3-* <i>Glomérulopathie au cours du diabète sucré</i>, sélectionnez le cinquième caractère en fonction des données sur le stade de la maladie rénale chronique et non en fonction du taux de filtration glomérulaire (TFG).</p>	<p>Se conformer à la version améliorée de la CIM-10-CA de 2009 relativement au code N08.3-* <i>Glomérulopathie au cours du diabète sucré</i>. (Reportez-vous également à la norme de codification Stades de la maladie rénale chronique)</p>
<p>Reformulation de la 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. Nouvelle remarque : Assurez-vous que les codes de la catégorie E1-.9 ne sont jamais utilisés en combinaison avec un code des catégories E10 à E14 dont le quatrième caractère est un chiffre de 1 à 7, sauf les sous-catégories E1-.11, E1-.63 et E1-.64.</p>	<p>Inclure le nouveau code <i>E1-.64 Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi</i> en tant qu'exception.</p>

Description des changements	Justification
<p>Inclusion d'un énoncé et d'une remarque provenant de la norme de codification Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré qui a été supprimée : Attribuez un code de la catégorie E1-.63 <i>Diabète sucré de type ~avec hypoglycémie</i> pour désigner un épisode d'hypoglycémie chez un patient qui est atteint de diabète.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurez-vous que le code de la catégorie E1-.63 <i>Diabète sucré de type ~avec hypoglycémie</i> n'apparaît pas sur le même abrégé que les codes d'hypoglycémie E16.0 à E16.2, car ils s'excluent mutuellement. <p>Inclusion d'énoncés tirés de la norme de codification Diabète sucré et grossesse qui a été supprimée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Classifiez le diabète qui est diagnostiqué pendant la grossesse au code O24.8- <i>Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel)</i>. ➤ Attribuez les codes du Chapitre XV – <i>Grossesse, accouchement et puerpéralité</i> avant tout code de diabète applicable des catégories E10 à E14 <i>Diabète sucré</i>. <p>Inclusion d'énoncés tirés de la norme de codification <i>Diabète sucré comme comorbidité après l'admission</i> qui a été supprimée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lorsqu'un patient développe un diabète stéroïdien après l'admission, attribuez un code de la catégorie E13 <i>Autres diabètes sucrés précisés</i> comme diagnostic de type (2). ➤ Lorsque l'acidose lactique ou un épisode d'hypoglycémie répond aux critères de comorbidité après l'admission, attribuez les codes appropriés comme diagnostic de type (2). 	<p>Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification du diabète sucré.</p>
<p>Ajout d'un énoncé : Lorsqu'une pancréatectomie totale ou partielle entraîne un diabète sucré, celui-ci est classé sous E89.1 <i>Hypoinsulinémie après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> pour l'épisode de soins au cours duquel l'intervention a été réalisée. Pour les visites subséquentes, tout cas de diabète sucré est attribué à un code de la catégorie E13. – <i>Autres diabètes sucrés précisés</i>.</p>	<p>Illustrer l'attribution du code E13-. <i>Autres diabètes sucrés précisés</i> pour décrire le diabète sucré causé par une pancréatectomie.</p>

Description des changements	Justification
Suppression de la 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.	Supprimer l'information qui a été intégrée dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : Diabète sucré et hyperglycémie	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Diabète sucré</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré	
Suppression de la norme de codification entière.	Inclure l'information dans une seule norme de codification, soit <i>Diabète sucré</i> .
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : Coma dans les cas de diabète sucré	
Suppression de la norme de codification entière.	Supprimer l'information qui a été intégrée dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : Diabète sucré comme comorbidité après l'admission	
Suppression de la norme de codification entière.	Inclure l'information dans une seule norme de codification, soit <i>Diabète sucré</i> .
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : Diabète sucré et grossesse	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Diabète sucré</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison de l'information fournie dans la CIM-10-CA de 2009.

Description des changements	Justification
Chapitre IV – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : Déshydratation	
<p>Remplacement dans l'énoncé de « diagnostic principal » par « type de diagnostic significatif ».</p> <p>Attribuez un code pour un cas de déshydratation documentée au dossier comme type de diagnostic significatif/problème principal ou autre problème dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	<p>Préciser que la déshydratation peut être le diagnostic principal ou un diagnostic de type (1).</p>
<p>Modification de l'exemple : Un patient souffrant de diabète de type 1 est admis pour la stabilisation de son état. Son taux de glycémie varie considérablement et dépasse les limites acceptables...</p>	<p>Illustrer la nouvelle directive concernant la CIM-10-CA de 2009 dans laquelle la diabète non contrôlé est classé dans le nouveau code E1-.64 <i>Diabète sucré mal contrôlé, décrit ainsi.</i></p>
Chapitre VI – Maladies du système nerveux : Convulsions	
<p>Modification de l'énoncé :</p> <p>Classifiez les convulsions sous un code de la catégorie G40.– <i>Épilepsie</i> lorsque le médecin indique clairement au dossier que le patient souffre d'un désordre convulsif <u>récurrent</u>.</p> <p>Nouvel énoncé : Lorsqu'il y a documentation d'une convulsion récurrente qui n'est pas associée à une maladie aiguë ou au sevrage de substances psycho-actives, utilisez le terme pilote <i>Épilepsie</i> dans l'index alphabétique.</p> <p>Modification de l'énoncé :</p> <p>Lorsqu'un diagnostic de « crise d'épilepsie » est indiqué sans aucune autre précision, classez-le sous le code R56.8 <i>Convulsions, autres et non précisées.</i></p> <p>Nouvel énoncé :</p> <p>Lorsqu'il y a documentation d'un trouble convulsif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ décrit comme étant fébrile, recherchez le terme pilote et le sous-terme <i>Convulsions, fébriles</i> dans l'index alphabétique; ➤ sans autres précisions, attribuez le code R56.80 <i>Trouble convulsif, décrit ainsi.</i> 	<p>Être conforme avec la directive de l'OMS selon laquelle une convulsion n'est pas classée dans la catégorie de l'épilepsie, si la convulsion est causée par une maladie aiguë ou au sevrage de substances psycho-actives.</p> <p>Indiquer avec précision les changements aux catégories G40 <i>Épilepsie</i>, G41 <i>État de mal épileptique</i> et R56. <i>Convulsions, non classées ailleurs</i> dans la 2009 de la CIM-10-CA. L'index alphabétique a été modifié en conséquence.</p>

Description des changements	Justification
<p>Suppression de l'énoncé :</p> <p>Classifiez une première convulsion ou une crise convulsive isolée sous le code R56.8 <i>Convulsions, autres et non précisées</i>.</p> <p>Ajout de la remarque : Une crise unique, isolée (pas d'antécédents de crise ou de convulsions) ou qui survient pour la première fois n'est pas classée dans la section Épilepsie. Voir la remarque d'exclusion à la catégorie G40. – <i>Épilepsie</i>.</p>	<p>Indiquer avec précision les changements aux catégories G40.– <i>Épilepsie</i>, G41.– <i>État de mal épileptique</i> et R56.– <i>Convulsions, non classées ailleurs</i> dans la version 2009 de la CIM-10-CA. Dans la table analytique, la catégorie G40. <i>Épilepsie</i> a une note d'exclusion pour la première convulsion ou la crise convulsive isolée (R56.88).</p>
<p>Ajout de l'énoncé :</p> <p>Lorsqu'il y a documentation d'une convulsion provoquée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ le sevrage de substances psycho-actives, recherchez le terme pilote Sevrage dans l'index alphabétique; ➤ une maladie aiguë, attribuez un code à cette dernière. 	<p>Être conforme avec la directive de l'OMS selon laquelle une convulsion n'est pas classée en tant qu'épilepsie si la convulsion est causée par une maladie aiguë ou le sevrage de substances psycho-actives.</p>
<p>Modification de la directive, suppression de l'énoncé :</p> <p>Sélectionnez un code de la catégorie G40.– <i>Épilepsie</i> OU G41.– <i>État de mal épileptique</i>, mais pas les deux, car ces catégories s'excluent mutuellement.</p>	<p>Indiquer avec précision les changements dans la version 2009 de la CIM-10-CA. La catégorie G41. <i>État de mal épileptique</i> comprend la nouvelle directive d'utiliser un code supplémentaire pour identifier toute convulsion, crise ou syndrome épileptique sous-jacents.</p>
<p>Suppression du tableau de la terminologie standard sur les troubles convulsifs et son remplacement par l'organigramme Recherche adéquate dans l'index pour Convulsion(s) et trouble convulsif.</p> <p>L'organigramme est précédé d'une remarque : L'organigramme suivant permet de déterminer le terme pilote adéquat lorsqu'il y a documentation d'une convulsion ou d'un trouble convulsif.</p>	<p>L'organigramme devrait vous aider à sélectionner le code approprié lorsque la convulsion ou le trouble convulsif est documenté.</p>
<p>Ajout d'une remarque : Parmi les maladies aiguës qui peuvent provoquer une convulsion, citons par exemple l'hyponatrémie, l'hypomagnésémie, l'hypocalcémie, l'hypoglycémie, l'hyperglycémie non cétosique, l'hypoxie, l'insuffisance rénale ou hépatique et la sepsie.</p>	<p>Cette remarque appuie l'énoncé et l'organigramme.</p>
<p>Suppression de deux paragraphes</p>	<p>Cette information est remplacée par la norme de codification modifiée et les changements à la CIM-10-CA de 2009.</p>

Description des changements	Justification
Modification des exemples existants et ajout d'un nouveau	Indiquer avec précision les changements aux catégories G40.– <i>Épilepsie</i> , G41.– <i>État de mal épileptique</i> et R56.– <i>Convulsions, non classées ailleurs</i> dans la version 2009 de la CIM-10-CA et appuyer les énoncés modifiés.
Révisé 09/2009 : Correction d'un renvoi dans l'organigramme pour la sélection d'un terme pilote. Changement de « Utilisez le terme pilote <u>Convulsions (G40.–)</u> » par « Utilisez le terme pilote <u>Épilepsie (G40.–)</u> »	Démontrer la recherche appropriée dans l'index alphabétique.
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Hypertension et conditions associées	
<p>Modification d'un énoncé. Une relation de cause à effet ne sera plus établie pour l'hypertension « et » les maladies rénales. La documentation doit appuyer une relation de « attribué à ».</p> <p>Suppression de l'énoncé Néphropathie hypertensive.</p> <p>Modification de l'énoncé pour attribuer le code I12 : Attribuez le code I11 <i>Cardiopathie hypertensive</i>, le code I12 <i>Néphropathie hypertensive</i> ou le code I13 <i>Cardionéphropathie hypertensive</i> <u>seulement</u> lorsque le médecin documente <u>précisément</u> un lien de cause/effet entre la cardiopathie ou la maladie rénale causée par l'hypertension. Un lien de causalité ne doit pas être présumé.</p> <p>Modification des exemples portant sur l'hypertension et la néphropathie.</p>	Être conforme avec la directive de l'OMS selon laquelle l'hypertension associée à une néphropathie nécessite une documentation de la relation de cause à effet.
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Syndrome coronarien aigu (SCA)	
Révisé 09/2009 : Ajout de la remarque : « Pour les abrégés sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour, l'utilisation des codes R94.30 et R94.31 est restreinte à l'ajout des renseignements STEMI et NSTEMI dans le cas d'un infarctus aigu du myocarde ou d'un infarctus du myocarde évité. Ces codes ne doivent être utilisés que lorsqu'un code de la rubrique I21.– <i>Infarctus aigu du myocarde</i> ou, I22.– <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> ou le code I24.0 <i>Thrombose coronaire</i> n'entraînant pas d'infarctus du myocarde est attribué. Les codes R94.30 et R94.31 ne devraient pas être utilisés pour aucun autre diagnostic.	Démontrer l'attribution correcte de codes de la rubrique R94.3–.

Description des changements	Justification
<p>En ce qui concerne les visites aux services d'urgence, les codes R94.30 et R94.31 peuvent être utilisés sans les codes de la rubrique I21.– ou, I22.– ou le code I24.0. Cependant, ils doivent seulement servir à indiquer un diagnostic de sortie dans le cas d'un STEMI ou d'un NSTEMI. »</p>	
<p>Suppression de la phrase : Utilisez les notes du médecin où sont consignés les résultats et les interprétations de celui-ci en regard de l'ECG et du dosage des biomarqueurs.</p> <p>Ajout d'une remarque : Il ne faut pas se fier à l'interprétation apparaissant sur les rapports d'ECG ou aux résultats de laboratoire lorsqu'il s'agit d'attribuer un code de la catégorie R94.3–. Reportez-vous plutôt aux notes du médecin concernant l'ECG. Si le médecin ne mentionne pas le résultat de l'ECG, attribuer le code R94.38 <i>Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés.</i></p>	<p>Préciser que l'attribution du code R94.3– est fondée sur l'interprétation que fait le médecin des résultats de l'ECG.</p>
<p>Modification de l'exemple et de la justification pour illustrer un diagnostic figurant dans la BDCP, soit 'Infarctus du myocarde sans onde Q avec un ECG normal, mais des biomarqueurs élevés'</p>	<p>Démontrer l'attribution correcte d'un code de R94.3–</p>
<p>Ajout d'information clinique concernant le diagnostic d'infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) ou d'infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI) posé au service d'urgence et dans un établissement de soins pour patients hospitalisés.</p>	<p>Expliquer la raison de la différente démarche à prendre pour attribuer les codes au service d'urgence et dans les établissements de soins pour patients hospitalisés.</p>
<p>Ajout d'un énoncé applicable au SNISA : Lorsque le diagnostic à la sortie du service d'urgence est un infarctus aigu du myocarde, attribuez le code approprié de la sous-catégorie I21.– <i>Infarctus aigu du myocarde</i> à titre de problème principal.</p>	<p>Illustrer les diverses pratiques de documentation.</p> <p>Préciser que le diagnostic d'IAM à la sortie du service d'urgence portera un code de I21- en plus d'un code de R94.3–.</p> <p>Lorsque le diagnostic à la sortie du service d'urgence est un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) ou un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI), attribuez le code approprié de la sous-catégorie R94.3–.</p>

Description des changements	Justification
<p>Reformulation de l'énoncé : Lorsque le diagnostic <u>final</u> est un STEMI, codifiez l'IM à l'aide des codes de la catégorie I21.0–I21.3 <i>Infarctus transmural aigu du myocarde</i> en fonction du site. Nouvel énoncé : Classifiez l'infarctus aigu du myocarde <u>avec</u> une surélévation du segment ST dans la sous-catégorie I21.0–I21.3 <i>Infarctus transmural aigu du myocarde</i> en fonction du site, sauf si le dossier indique que le résultat final est un IM sans onde Q ou un IM évité ou interrompu.</p>	<p>Préciser que le diagnostic d'IAM en combinaison avec une documentation de STEMI portera un code de I21.0 à I21.3.</p>
<p>Reformulation de la raison dans l'exemple : Un patient de 54 ans, se présente à l'hôpital avec des douleurs thoraciques. La raison était la suivante : 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. Nouvelle raison : Bien que ce cas se présentait comme un STEMI, le traitement thrombolytique a réussi à empêcher l'évolution de l'IM vers un infarctus du myocarde avec onde Q. Ainsi, un code de la sous-catégorie I21.0 à I21.3 n'est pas attribué.</p>	<p>Préciser pourquoi le code de la catégorie I21.0 à I21.3 n'est pas attribué.</p>
<p>Reformulation de l'exception : Lorsque le diagnostic principal est un code de la catégorie I22 <i>Infarctus du myocarde à répétition</i>, un code de la catégorie I21 <i>Infarctus aigu du myocarde</i> peut être assigné à titre de diagnostic de type (3), facultatif, afin de préciser le site de l'IM original.</p> <p>Nouvelle exception : Lorsqu'un patient est réadmis avec un diagnostic pouvant être classifié dans la catégorie I22 <i>Infarctus du myocarde à répétition</i>, un code de la sous-catégorie I21 <i>Infarctus aigu du myocarde</i> peut être assigné à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin de préciser le site de l'IM original.</p>	<p>Démontrer qu'on peut attribuer un code de la catégorie I21.– avec I22 to pour préciser le site de l'IM original.</p>
<p>Ajout d'un exemple pour indiquer un IM qui est encore à la période aiguë.</p>	<p>Démontrer l'énoncé : Lorsqu'un infarctus du myocarde se produit au cours de la période aiguë (soit dans les 28 jours), inscrivez un diagnostic de comorbidité (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) selon ce qui est approprié pour le cas.</p>

Description des changements	Justification
Remplacer la phrase « Lorsqu'un diagnostic final de NSTEMI est inscrit, » par « Classifiez l'infarctus aigu du myocarde <u>sans</u> surélévation du segment ST dans la sous-catégorie I21.4– <i>Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde</i> , sauf si le dossier indique que le résultat final est un IM avec onde Q ».	Préciser que le diagnostic d'IAM en combinaison avec une documentation de NSTEMI portera le code I21.4.
Ajout de directive : Lorsqu'un code de la catégorie I22.– <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> est attribué, ajoutez un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3– <i>Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires</i> , obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème. Ajout d'un exemple.	Préciser que le code R94.3– est attribué avec le code I22 <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> .
Modification d'exemple : Un patient a été soigné pour un infarctus transmural aigu du myocarde de la paroi inféro latérale, puis il a obtenu son congé de l'hôpital.	Démontrer l'utilisation du code I22.8 <i>Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations</i> et du code obligatoire R94.38 <i>Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés</i> .
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Intervention coronaire percutanée (ICP)	
Suppression de « endoprothèses à élution de médicaments immunodépresseurs » de l'énoncé.	Cadrer avec la CIM-10-CA de 2009. Cette information n'est plus nécessaire, car un nouveau qualificateur a été ajouté à la rubrique.
Reformulation de la raison dans l'exemple : Un patient de 71 ans a été amené, avec un STEMI...	Clarifier la sélection de l'attribut de situation N.
Modification du paragraphe expliquant la classification de l'athérectomie, de la thrombectomie et de l'endartérectomie lorsque celles-ci sont pratiquées seules ou en même temps qu'une angioplastie. Modification d'information clinique.	Expliquer les changements apportés à la CCI 2009. Une athérectomie ou une thrombectomie pratiquée en même temps qu'une angioplastie est classifiée à 1.IJ.50.^, <i>Dilatation, artères coronaires</i> . Une athérectomie ou une thrombectomie pratiquée sans angioplastie est classifiée à 1.IJ.57.^, <i>Extraction, artères coronaires</i> .

Description des changements	Justification
<p>Modification d'un énoncé. Modification d'un énoncé : Inscrivez deux codes lorsqu'une angioplastie coronaire et une thrombectomie ont été pratiquées au cours de la même intervention. Nouvel énoncé : Lorsqu'une angioplastie coronaire et une athérectomie ou une thrombectomie ont été pratiquées au cours de la même intervention, attribuez un code de la rubrique 1.IJ.50.^[^] <i>Dilatation, artères coronaires</i>. Choisissez le qualificateur approprié pour décrire l'athérectomie ou la thrombectomie ainsi que l'attribut de situation approprié.</p>	<p>Refléter le changement apporté à l'information. De nouveaux qualificateurs ont été ajoutés à la rubrique 1.IJ.50.^[^], <i>Dilatation, artères coronaires</i> de la CCI 2009.</p>
<p>Ajout d'une remarque : Une intervention coronaire percutanée (ICP) pratiquée sur le même site qu'une angioplastie antérieure ou d'une insertion d'endoprothèse en raison de la réapparition de la maladie ou de la résurgence aiguë d'une occlusion est considérée comme une révision ou reprise d'ICP. S'il n'est pas clair que la révision de l'ICP est effectuée exactement au même site, ne sélectionnez pas l'attribut de situation lié à la révision ou à la reprise de l'ICP reprise. S'il y a un chevauchement du site (un qui a déjà été dilaté et l'autre non), ceci sera codifié comme une reprise d'ICP.</p>	<p>Expliquer les changements apportés au code 1.IJ.50.^[^] de la CCI 2009 en ce qui concerne la sélection de l'attribut de situation de la révision ou reprise.</p>
<p>Ajout d'une remarque : N'appliquez pas l'attribut de situation de la reprise au code 1.IJ.50.^[^] <i>Dilatation, artères coronaires</i> quand une ICP est réalisée pour la première fois sur une artère qui a déjà fait l'objet d'une greffe (c.-à-d. un pontage aortocoronarien antérieur). Ceci est considéré comme une première ICP réalisée sur une artère qui n'est pas d'origine.</p>	<p>Préciser quand il ne faut pas utiliser l'attribut de situation R.</p>
<p>Ajout d'un exemple.</p>	<p>Démontrer que le code 1.IJ.50.^[^] comprend l'aspiration d'un thrombus ainsi que l'utilisation du nouvel attribut de situation pour une reprise.</p>
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Traitement thrombolytique	
<p>Reformulation de l'énoncé : Il est obligatoire d'inscrire un code pour un traitement thrombolytique chaque fois qu'un tel traitement est administré. Nouvel énoncé : Attribuez un code pour un traitement thrombolytique, obligatoire, chaque fois qu'un tel traitement est administré, sans égard au diagnostic.</p>	<p>Préciser à quel moment le traitement thrombolytique doit être attribué.</p>

Description des changements	Justification
<p>Modifications des exemples portant les codes de la CCI 1.ZZ.35.HA-C1 à 1.ZZ.35.HA-1C. Révisé 09/2009 : Correction du code et du titre de code dans la directive.</p>	<p>Indiquer le nouveau qualificateur du traitement thrombolytique dans la CCI 2009, qui fait la distinction entre le traitement thrombolytique et le traitement antithrombotique.</p>
<p>Ajout d'une remarque : Utilisez <i>l'indicateur d'intervention avant l'admission</i> pour préciser à quel moment le traitement thrombolytique a été administré avant l'admission, pendant une visite au cours de l'épisode actuel de soins ininterrompus. Voir le Groupe 11, Champ 20 dans le Manuel de saisie de l'information BDCP pour obtenir des directives précises sur l'utilisation de l'indicateur d'intervention pour les interventions initiées avant l'admission.</p>	<p>Fournir de l'information sur un nouvel élément de données.</p>
<p>Modification de la justification dans l'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.</p>	<p>Préciser la collecte de données sur l'administration d'agents thrombolytiques dans le cas des transferts.</p>
<p>Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Infarctus aigu du myocarde comme complication d'une intervention chirurgicale et de la période périopératoire</p>	
<p>Suppression de la norme de codification entière.</p>	<p>Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i>, et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.</p>
<p>Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Infarctus aigu du myocarde survenant durant la période postopératoire</p>	
<p>Suppression de la norme de codification entière.</p>	<p>Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i>, et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.</p>

Description des changements	Justification
Chapitre IX – Maladies de l’appareil circulatoire : Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens (PAC)	
Changement du titre qui était Complications des pontages aortocoronariens (PAC) et suppression du paragraphe portant sur les types de complications.	Préciser que cette norme de codification ne porte que sur l’occlusion à la suite de PAC. L’information sur l’attribution de codes aux complications se trouve dans la norme de codification <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> .
Ajout de l’indicateur de série aux exemples pertinents.	Démontrer l’attribution obligatoire de l’indicateur de série dans le cas d’une <i>Affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> .
Modification d’un exemple. Ajout du code I24.0 à l’exemple : Un patient est réadmis deux semaines après un PAC pour une thrombose dans la veine récemment greffée. Révisé 09/2009 : Ajout du code R94.38 à l’exemple ci-haut.	Démontrer l’attribution obligatoire du code supplémentaire. L’information se trouve dans la norme de codification <i>Affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> .
Chapitre IX – Maladies de l’appareil circulatoire : Arrêt cardiaque	
Reformulation de l’énoncé : Lorsque le médecin a écrit au dossier un diagnostic d’arrêt cardiaque, assignez les codes I46.0 <i>Arrêt cardiaque réanimé avec succès</i> ou I46.9 <i>Arrêt cardiaque, sans précision</i> lorsqu’une réanimation est pratiquée (peu importe le résultat) si l’arrêt cardiaque e représente pas un état postopératoire. Nouvel énoncé : Attribuez le code I46.0 <i>Arrêt cardiaque réanimé avec succès</i> ou I46.9 <i>Arrêt cardiaque, sans précision</i> lorsque le médecin a documenté un arrêt cardiaque et qu’une réanimation a été pratiquée (peu importe le résultat).	Supprimer l’allusion à un état postopératoire. N’est plus une exception. Reportez-vous également à la norme de codification <i>Affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> .
Ajout d’un énoncé : Il est obligatoire d’attribuer des codes pour identifier les réanimations qui ont été pratiquées.	Préciser qu’il est obligatoire d’attribuer un code aux réanimations.
Ajout d’une remarque : Ne confondez pas une mention d’absence de signes vitaux (ASV) avec un arrêt cardiaque. Un arrêt cardiaque doit clairement être documenté avant d’attribuer les codes I46.0 ou I46.9. Un diagnostic d’arrêt cardiaque ne peut être présumé en se basant sur une intervention de réanimation cardio-cérébrale(RCC) ou de réanimation cardio-respiratoire (RCR).	Expliquer la distinction entre l’absence de signes vitaux et l’arrêt cardiaque.
Ajout d’une remarque : La réanimation cardio-cérébrale (RCC) est la technique de réanimation par compressions thoraciques (sternales) seulement, sans respiration artificielle.	Préciser la différence entre une réanimation cardio-respiratoire (RCR) et une réanimation cardio-cérébrale (RCC) .

Description des changements	Justification
Ajout de deux exemples.	<p>Démontrer que même si la cause sous-jacente documentée est une crise cardiaque, il est toujours obligatoire d’attribuer le code dans le cas d’une réanimation.</p> <p>Démontrer que le diagnostic d’absence de signes vitaux ne signifie pas nécessairement un arrêt cardiaque.</p>
<p>Suppression des énoncés intitulés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Arrêt cardiaque comme complication d’un acte chirurgical ➤ Autres arrêts cardiaques postopératoires 	Consolider l’information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l’index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre IX – Maladies de l’appareil circulatoire : Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT)	
Suppression de l’énoncé : 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 ».	Consolider l’information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l’index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Suppression d’une remarque: S’il s’agit d’un AVC postopératoire, n’utilisez pas un code de 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 possiblement accélérée d’un processus morbide culminant en un accident aigu et soudain.	Consolider l’information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l’index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Révisé 09/2009 : Correction du code attribué comme diagnostic principal dans l’exemple « La même personne est maintenant transférée des soins de courte durée vers un centre de réadaptation [...] » de Z50.8 à Z50.9.	Démontrer l’attribution correcte de codes lorsque plusieurs services de réadaptation sont fournis.
Correction de l’intervalle de codes mentionnés dans l’énoncé : Sélectionnez un code de la catégorie I69 <i>Séquelles de maladies cérébrovasculaires</i> pour classer les états des rubriques I60 à I67.1 et I67.4 à I67.9 ayant causé une séquelle (déficit neurologique continu).	Être conforme avec la remarque relative à la classification de la catégorie I69 <i>Séquelles de maladies cérébrovasculaires</i> .

Description des changements	Justification
Révisé 09/2009 : Correction du code de l'agent thrombolytique pour 1.ZZ.35.HA-1C dans le deuxième paragraphe de la section <i>Interventions connexes</i> .	Illustrer le nouveau qualificateur du traitement thrombolytique dans la version 2009 de la CCI qui permet de distinguer le traitement thrombolytique du traitement antithrombotique.
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Fibrillation auriculaire postopératoire	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire : Insuffisance cardiaque postopératoire	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre X – Maladies de l'appareil respiratoire : Asthme	
Modification de l'exemple : Un jeune homme de 18 ans est transporté à l'hôpital souffrant d'une crise d'asthme.	Démontrer que l'utilisation du terme alternatif « Asthme sévère aigu » indique un status asthmaticus.
Ajout d'un exemple.	Démontrer que la maladie réactive des voies aériennes est classée dans le code J98.8 de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif : Gastroentérite et diarrhée	
Suppression de l'énoncé : Vous devez considérer une gastroentérite comme non infectieuse, à moins d'indication contraire du médecin responsable. Ajout d'une phrase dans l'introduction : La plupart des gastroentérites sont infectieuses, même dans les pays industrialisés. Pour cette raison, la version de 2009 de CIM-10-CA classifie la gastroentérite SAI comme étant infectieuse (A09.9 <i>Gastroentérite et colite d'origine non précisée</i>).	Cadrer avec la CIM-10-CA de 2009. Le code K52.9 <i>Gastroentérite et colite non infectieuses, sans précision</i> est attribué lorsque la gastroentérite et la colite ne sont pas infectieuses.
Suppression du paragraphe : 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 directive n'est plus valide.

Description des changements	Justification
Modification d'exemples pour inclure les diagnostics de gastroentérite infectieuse : gastroentérite et déshydratation; gastroentérite non infectieuse.	Refléter avec exactitude les changements apportés à la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif : Varices œsophagiennes avec saignement	
Modification de codes dans les exemples. Le code I98.20 est supprimé dans la version 2009 et il est remplacé par un nouveau code, soit I98.3 <i>Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs.</i>	Refléter avec exactitude les changements apportés à la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif : Interventions diagnostiques par coloscopie	
<p>Reformulation de l'énoncé : Sous les codes 2.NM.70.^[^] <i>Inspection, gros intestin</i> et 2.NM.71.^[^] <i>Biopsie, gros intestin</i>, choisissez l'attribut de lieu obligatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ « SG Sigmoide 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. <p>Nouvel énoncé: Sous les codes 2.NM.70.^[^] <i>Inspection, gros intestin</i> et 2.NM.71.^[^] <i>Biopsie, gros intestin</i>, sélectionnez le qualificateur de dispositif (huitième et neuvième caractère) selon le but de l'intervention (p. ex. sigmoïdoscopie par rapport à coloscopie).</p>	Refléter avec exactitude les changements apportés à la CCI 2009. Les qualificateurs de dispositifs remplacent les attributs de lieu qui étaient précédemment obligatoires et permettent d'identifier le dispositif utilisé, en tenant compte du but de l'intervention (c.-à-d. colonoscopie, sigmoïdoscopie).
Reformulation de l'énoncé : Lorsque, selon le dossier, le coloscope a été introduit dans l'iléon terminal... Nouvel énoncé : Lorsqu'il y a introduction jusqu'à l'iléon terminal durant une coloscopie...	Préciser que l'iléon terminal est un site corporel distinct qui peut faire l'objet d'un examen ou d'une biopsie au cours d'une coloscopie.
Ajout d'une remarque : Dans certains établissements, un coloscope peut être utilisé pour réaliser une sigmoïdoscopie. Toutefois, le code choisi comportera le qualificateur de dispositif « sigmoïdoscope », car le code doit refléter l'intention de l'intervention. Lorsque la documentation ne précise pas le but de l'intervention, consultez le formulaire de consentement pour déterminer l'intervention planifiée et consentie par le patient.	Donner des directives dans ces circonstances.
Chapitre XIII – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif : Fractures	
Remplacement du code M81.0 par M81.9 dans l'exemple : Une femme de 70 ans souffrant d'ostéoporose...	Inclure le bon code.

Description des changements	Justification
Chapitre XIII – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif : Arthrose	
Reformulation de l'énoncé : 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. Nouvel énoncé : L'arthrose doit être classifiée comme « secondaire » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal : précise que l'arthrose est secondaire ou qu'elle est connue comme étant « causée par » une autre condition.	Préciser que l'arthrose est classifiée comme étant secondaire si elle est causée par une autre condition chez le patient.
Reformulation de la raison dans l'exemple : 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 ».	Préciser que la documentation d'une arthrose sans autres spécifications est classifiée comme étant une arthrose, sans précision. On ne peut présumer qu'il s'agit de d'arthrose primaire lorsqu'aucune cause connue n'a été consignée.
Reformulation de l'énoncé : 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 <u>bilatérale</u> . Nouvel énoncé : 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 contralatérale en raison d'un problème d'arthrose du même type (primaire, secondaire, post-traumatique), inscrivez le code approprié afin de préciser qu'il s'agit d'une maladie <u>bilatérale</u> .	Préciser que la condition est classifiée en tant que maladie bilatérale lorsqu'un patient a déjà été admis pour le traitement d'une arthrose du même type dans une articulation contralatérale.

Description des changements	Justification
Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire : Stades de la maladie rénale chronique	
Nouvelle norme de codification	<p>Donner des directives sur la classification des maladies rénales chroniques. Il faut choisir le code de diagnostic en fonction du diagnostic clinique du stade de la maladie, et non d'une valeur précise du taux de filtration glomérulaire (TFG).</p> <p>Bien que la CIM-10-CA de 2009 comprenne le TFG dans la table analytique, il ne faut pas l'utiliser pour attribuer des codes. Cette information se trouve dans la remarque : Les stades de la maladie rénale chronique reposent sur un diagnostic clinique qui comprend la surveillance du taux de filtration glomérulaire (TFG) au fil des mois. La classification de la maladie rénale chronique est donc effectuée en fonction du diagnostic clinique du stade de la maladie et non d'une valeur précise du TFG.</p>
Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire : Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	
<p>Deux directives ont été ajoutées : « Lorsque la péritonite se produit suite à une dialyse mais qu'elle n'est pas attribuable au cathéter de dialyse, classez l'infection au code T80.2 <i>Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion</i> » et « Attribuez un code supplémentaire de la catégorie K65.– <i>Péritonite</i>, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, afin de préciser l'infection.»</p> <p>Ajout d'un exemple.</p>	Donner des directives pour classer la péritonite lorsqu'elle est due à la procédure
Ajout de l'indicateur de série obligatoire aux exemples pertinents.	Démontrer l'attribution obligatoire de l'indicateur de série dans le cas d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.

Description des changements	Justification
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité : Grossesse se terminant par un avortement	
Modification d'un énoncé. Modification d'un énoncé en supprimant la mention de l'âge gestationnel. Énoncé précédent : Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une <u>mortinaissance</u> (c.-à-d. à ≥ 20 semaines de gestation, le fœtus peut-être enregistré comme un enfant mort-né par l'établissement. Nouvel énoncé : Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une <u>mortinaissance</u> (selon les définitions provinciales et territoriales de mortinaissance), le fœtus peut-être enregistré comme un enfant mort-né par l'établissement.	Indiquer aux codificateurs qu'il faut se référer aux définitions provinciales et territoriales de mortinaissance pour savoir s'il faut créer un abrégé de mortinaissance. Les définitions varient à l'heure actuelle.
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité : Poursuite de la grossesse après avortement/Réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples	
Suppression de la phrase « 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 » dans l'exemple : La même patiente se présente à 38 semaines de gestation en raison d'une préclampsie grave nécessitant une césarienne d'urgence.	Refléter le changement dans la directive selon laquelle l'âge gestationnel d'une mortinaissance est défini à l'échelle provinciale et territoriale.
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité : Rupture prématurée des membranes	
Ajout d'une remarque : Pour déterminer le début du travail, utilisez l'heure qui est consignée dans le dossier de l'accouchement.	Préciser que le début de travail est fondé sur l'heure consignée dans le dossier de l'accouchement. Les codificateurs n'ont pas à chercher s'il y a ou non contractions pour déterminer le début du travail.
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité : Travail prolongé	
Ajout d'une remarque : Pour calculer la durée du travail, utilisez les heures consignées dans le dossier de l'accouchement.	Préciser que le début de travail est fondé sur l'heure consignée dans le dossier de l'accouchement. Les codificateurs n'ont pas à chercher s'il y a ou non contractions pour déterminer le début du travail.
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité : Travail trop rapide	
Ajout d'une remarque : Pour calculer la durée du travail, utilisez les heures consignées dans le dossier de l'accouchement.	Préciser que le début de travail est fondé sur l'heure consignée dans le dossier de l'accouchement. Les codificateurs n'ont pas à chercher s'il y a ou non contractions pour déterminer le début du travail.

Description des changements	Justification
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité : Interventions associées à l'accouchement	
<p>Ajout d'une remarque dans la section Déclenchement et stimulation du travail : Utilisez l'<i>Indicateur d'intervention avant l'admission</i> pour préciser que le travail a été déclenché avant l'admission.</p> <p>Révisé 09/2009 : Ajout d'une portion de phrase manquante à une directive « incluant celles qui ont été débutées ou pratiquées avant l'admission ».</p> <p>Révisé 09/2009 : Ajout d'un exemple.</p>	Indiquer l'utilisation appropriée du nouvel élément de données.
Chapitre XVI – Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale : Détresse respiratoire du nouveau-né	
Suppression de la norme de codification entière.	Cadrer avec la CIM-10-CA de 2009. On a supprimé les critères d'inclusion et d'exclusion faisant mention des nouveau-nés recevant un agent tensioactif aux codes P22.0 et P22.1.
Chapitre XVI – Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale : Sepsie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né	
Changement du titre <i>Septicémie confirmée et risque de septicémie chez le nouveau-né</i> .	Refléter le changement dans la terminologie utilisée dans la version 2009 de la CIM-10-CA (sepsie au lieu de septicémie).
Chapitre XVII – Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques : Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques	
Nouvelle norme de codification	À la demande des clients, donner des directives sur la classification des syndromes d'anomalie congénitale lorsque le syndrome précis qui est consigné n'est pas classifié à un code précis dans la CIM-10-CA.

Description des changements	Justification
Chapitre XVIII – Symptômes, signes et résultats anormaux d’examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs : Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d’inflammation systémique	
<p>Déplacé du chapitre XXIII – Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires</p> <p>Reformulation des énoncés.</p> <p>Les directives d’attribution de codes dans les cas du SRIS d’origine infectieuse avec ou sans insuffisance organique ne changent pas. Toutefois, si la documentation ne précise pas l’insuffisance organique aiguë (c.-à-d. sepsie sévère), il est obligatoire d’attribuer le nouveau code R65.1 <i>Syndrome de réponse inflammatoire systémique d’origine infectieuse avec défaillance organique aiguë</i> en tant que diagnostic de comorbidité.</p> <p>Lorsqu’il s’agit de SRIS d’origine infectieuse, les directives ne changent pas (soit d’attribuer un code précisant l’origine non infectieuse et U97). Toutefois, pour la CIM-10-CA de 2009, le code U97 est supprimé pour être remplacé par le code R65.2 <i>Syndrome de réponse inflammatoire systémique d’origine non infectieuse sans défaillance organique</i> ou R65.3 <i>Syndrome de réponse inflammatoire systémique d’origine non infectieuse avec défaillance organique aiguë</i>.</p>	<p>Refléter les nouveaux codes de la CIM-10-CA de 2009. Ajout de la nouvelle catégorie <i>R65 Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SRIS]</i> au chapitre XVIII – <i>Symptômes, signes et résultats anormaux d’examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs</i>.</p>
<p>Ajout d’un énoncé : Lorsqu’un choc septique est documenté au dossier, attribuez le code R57.2 <i>Choc septique</i>, obligatoire.</p> <p>Ajout d’un exemple.</p>	<p>Fournir de l’information concernant le nouveau code R57.2 <i>Choc septique</i> pour la CIM-10-CA 2009.</p>
Chapitre XVIII – Symptômes, signes et résultats anormaux d’examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs : Absence de signes vitaux	
Nouvelle norme de codification	Fournir, à la demande des clients, des directives pour la classification de l’absence de signes vitaux.

Description des changements	Justification
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements	
Modification du titre de la norme Réactions indésirables et empoisonnements	Préciser que cette norme de codification traite des réactions provenant de l'usage thérapeutique.
Modification d'un énoncé. Suppression du point décrivant l'exemple d'un cas dans la colonne Empoisonnements (c'est à dire automédication avec des médicaments sans ordonnance)	Classifier les manifestations résultant de l'usage approprié d'une automédication avec des médicaments sans ordonnance comme étant une réaction indésirable en usage thérapeutique
<p>Ajout de points supplémentaires dans la colonne Effets indésirables en usage thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> la prise ou l'administration de la bonne substance Le respect de la posologie (comprend les médicaments sur et sans ordonnance) La prise de deux médicaments sur ordonnance ou plus en même temps La prise de deux médicaments ou plus sans ordonnance conformément aux recommandations <p>Ajout de points supplémentaires dans la colonne Empoisonnements pour « usage inapproprié »</p> <ul style="list-style-type: none"> La prise ou l'administration de la mauvaise substance Le non-respect de la posologie La prise d'un médicament sur ordonnance avec un médicament qu'on a décidé, de notre gré, de prendre La prise d'un médicament sans ordonnance sans se conformer aux recommandations La prise de tout médicament avec de l'alcool 	Déterminer les circonstances classifiées comme appropriées ou inappropriées
<p>Ajout d'une remarque dans la colonne Empoisonnements : le type de diagnostic attribué à la manifestation qui découle d'un empoisonnement est fondé sur les définitions du typage de diagnostic.</p> <p>Modification d'exemple: Un patient est dans le coma en raison d'une tentative de suicide par surdose d'héroïne...</p>	Préciser le type de diagnostic à attribuer dans ces circonstances.
Ajout de quatre exemples.	Démontrer la directive de classification des réactions d'empoisonnements ou des réactions indésirables en usage thérapeutique.

Description des changements	Justification
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Réaction allergique en usage non thérapeutique	
Nouvelle norme de codification	Fournir, à la demande des clients, des directives pour la classification de manifestations documentées dues à une allergie ou à une réaction allergique découlant d'un agent non médicinal (à l'exclusion des substances en usage thérapeutique ou des allergies alimentaires)
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Traumatisme intracrânien SAI versus traumatisme crânien SAI	
<p>Énoncés reformulés. Ajout du terme « diagnostic final » : Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier est un traumatisme crânien et que la documentation supplémentaire indique un traumatisme intracrânien, selon les critères établis, inscrivez un code de la catégorie S06. — <i>Lésion traumatique intracrânienne.</i></p> <p>Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier mentionne un traumatisme crânien sans autre précision, inscrivez le code S09.9 <i>Lésion traumatique de la tête, sans précision.</i></p>	Préciser que la directive ne s'applique que lorsque le diagnostic final est consigné comme « lésion traumatique de la tête ». Si le diagnostic final consigné est plus spécifique, cette norme de codification ne s'applique pas.
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Brûlures et corrosions dues à des substances à usage topique ou à une irradiation	
Ajout de l'indicateur de série aux exemples pertinents.	Démontrer l'attribution obligatoire de l'indicateur de série dans le cas d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Complications précoces de traumatismes	
Ajout de l'indicateur de série aux exemples pertinents.	Démontrer l'attribution obligatoire de l'indicateur de série dans le cas d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique

Description des changements	Justification
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	
<p>La nouvelle norme de codification remplace toutes les normes de codification précédentes concernant les affections qui surviennent à la suite d'une intervention.</p> <p>Modification d'un énoncé. Nouvelle définition pour les affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique : l'affection ou le symptôme survient pendant un épisode de soins continus dans les trente jours suivant une intervention (y compris les transferts d'un établissement à un autre) OU une relation de cause à effet est inscrite au dossier, peu importe le temps qui s'est écoulé entre les deux.</p>	<p>Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification</p> <p>Améliorer la spécificité sans égard à la nature des affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.</p> <p>Fournir un tableau unique, chronologique et valable du point de vue clinique pour les affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique.</p>
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Conditions et complications postopératoires	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Complications de soins chirurgicaux et médicaux, NCA	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Signes et symptômes postopératoires	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l'information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l'index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.

Description des changements	Justification
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Rejet ou échec de transplantation d’organes, de greffons et de lambeaux	
Ajout de l’indicateur de série aux exemples pertinents.	Démontrer l’attribution obligatoire de l’indicateur de série dans le cas d’une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	
Suppression de l’énoncé : 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.	Consolider l’information pertinente dans une seule norme de codification, soit Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l’index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.
Modification d’un énoncé. Changement de directive, utilisation d’un code supplémentaire obligatoire, plutôt que facultatif, avec un diagnostic de type (3)/autre problème : Lorsqu’un code de la complication d’une prothèse, d’un implant ou d’une greffe ne suffit pas à décrire entièrement le problème, inscrivez un code supplémentaire (si disponible), obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème, pour fournir plus de détails sur la nature de la condition.	L’information se trouve dans la norme de codification <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> .
Ajout de l’indicateur de série aux exemples pertinents.	Démontrer l’attribution obligatoire de l’indicateur de série dans le cas d’une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Organisation et typage des complications	
Suppression de la norme de codification entière.	Consolider l’information pertinente dans une seule norme de codification, soit <i>Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</i> , et supprimer les énoncés qui ne sont plus nécessaires en raison des améliorations à l’index alphabétique de la CIM-10-CA de 2009.

Description des changements	Justification
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Hémorragie, perforation ou lacération durant une intervention	
<p>Modification du critère : « exige une réparation importante de l'organe lésé ou son ablation ». Le nouveau critère se lit comme suit : exige la réparation ou l'ablation de l'organe lésé qui, autrement, n'aurait pas eu lieu.</p> <p>Suppression de l'énoncé se reportant à la BDCP : 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 coronaire est mentionnée sous forme de remarque secondaire; ➤ il y a lacération de l'organe malade pendant l'ablation. 	<p>Éliminer la subjectivité entourant une réparation mineure versus une réparation significative.</p>
<p>Ajout d'un nouveau critère à l'énoncé « Inscrivez le code T81.2 <i>Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs</i>, avec le type de diagnostic (M) ou (2)/autre problème, lorsqu'un des critères suivants est satisfait » : dissection pendant un cathétérisme cardiaque ou une angioplastie dont la réparation nécessite l'implantation d'endoprothèse vasculaire. Ce critère se réfère à l'énoncé « Inscrivez le code T81.2 (facultatif), avec le type de diagnostic (3), lorsqu'une dissection pendant un cathétérisme cardiaque ou une angioplastie coronaire est mentionnée sous forme de remarque secondaire».</p>	<p>Cadrer avec les autres critères et éliminer la subjectivité entourant l'interprétation de l'énoncé « mentionnée sous forme de remarque secondaire »</p>
<p>Ajout d'une remarque : N'attribuez pas le code T81.2 lorsqu'il y a lacération de l'organe atteint qui est extrait dans le cadre de la chirurgie prévue à l'origine.</p>	<p>Repositionner la directive (auparavant mentionnée dans la justification d'un exemple)</p>
<p>Ajout de l'indicateur de série aux exemples pertinents.</p>	<p>Démontrer l'attribution obligatoire de l'indicateur de série dans le cas d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</p>

Description des changements	Justification
<p>Modification d'exemples.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Un patient âgé de 54 ans a été admis pour un cancer du côlon. ➤ Un patient a subi une lacération peropératoire à un rein durant la libération intra-abdominale d'adhérences. 	<p>Détailler l'attribution du diagnostic principal et expliquer les changements de codification de T81.2 <i>Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs</i> lorsqu'il y a réparation ou ablation de l'organe lésé qui, autrement, n'aurait pas eu lieu.</p>
<p>Modification d'un énoncé. Ajout d'un code et modification de la justification pour l'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 » Justification précédente : 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. 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.</p> <p>Nouvelle justification à l'exemple : un type de diagnostic significatif est attribué au code T81.2 parce qu'une réparation a été nécessaire.</p>	<p>Détailler l'attribution du diagnostic principal/problème principal (Z30.2) et justifier le changement concernant le code T81.2 <i>Perforation et déchirure accidentelles au cours d'un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs</i> lorsqu'il y a réparation ou ablation de l'organe lésé qui, autrement, n'aurait pas eu lieu.</p>
<p>Ajout d'un exemple.</p> <p>Révisé 09/2009 : Correction du type de diagnostic attribué dans un des exemples.</p>	<p>Démontrer que l'attribution du code T81.2 doit être en accord avec le critère de significativité décrit dans les directives.</p>
<p>Chapitre XIX - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes : Corps étrangers intravasculaires</p>	
<p>Ajout de l'indicateur de série aux exemples pertinents.</p>	<p>Démontrer l'attribution obligatoire de l'indicateur de série dans le cas d'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique</p>

Description des changements	Justification
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : Admission pour observation	
<p>Reformulation des énoncés suivants en vue de les simplifier : Lorsqu'un patient est admis pour observation ou évaluation d'un signe ou d'un symptôme documenté au dossier et que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. <p>Nouveaux énoncés : Attribuez un code de la catégorie Z03.- <i>Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies et d'affections</i> comme diagnostic principal/problème principal lorsque l'affection soupçonnée a été écartée et qu'aucun autre traitement ou soin médical n'est prévu.</p> <p>Ajout d'une raison dans l'exemple : Un patient présentant un taux élevé d'antigène prostatique spécifique (APS) doit subir une biopsie de la prostate pour suspicion de tumeur maligne...</p> <p>Ajout d'une raison dans l'exemple : Une mère trouve son enfant à côté d'un contenant vide de médicaments...</p> <p>Ajout d'un exemple.</p>	<p>Préciser quand il faut attribuer un code de la catégorie Z03 en tant que diagnostic principal/problème principal et quand il faut attribuer un code pour les signes et symptômes. Un code de la catégorie Z03 est attribué en tant que diagnostic ou problème principal seulement si le médecin a inscrit « suspicion d'affection », puis l'a écarté. Si aucun diagnostic définitif n'a été établi, la norme de codification <i>Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)</i> s'applique et le signe ou le symptôme sera le diagnostic principal/problème principal.</p>

Description des changements	Justification
<p>Ajout d'un paragraphe : Ces patients présentent un signe ou un symptôme, mais après investigation, l'affection pour laquelle ils se font examiner est écartée et aucun autre traitement ou examen n'est nécessaire. Lorsqu'on prévoit procéder à des investigations plus poussées pour trouver la cause du signe ou du symptôme, un code est attribué pour le signe ou le symptôme (reportez-vous également aux normes de codification intitulées <i>Symptômes ou conditions sous-jacents</i> et <i>Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)</i>). Le retour du patient pour passer un test de dépistage (p. ex. six mois pour un test PSA ou un an pour une mammographie) après l'observation ne limite pas l'utilisation des codes de la catégorie Z03.–.</p>	<p>Préciser et expliquer quand un code de la catégorie Z03 est attribué en tant que diagnostic principal/problème principal.</p>
<p>Déplacement de deux exemples dans la norme de codification : <i>Affections suspectées, diagnostic possible ou incertain (Q)</i> : Un patient se présente avec un taux d'antigène prostatique (PSA) élevé. « Suite à la biopsie, le patient... » et « Un patient est amené en chirurgie d'un jour pour une bronchoscopie... ».</p>	<p>Intégrer les exemples dans la norme de codification appropriée.</p>
<p>Reformulation de l'énoncé : Lorsqu'un patient se présente pour subir un examen et être mis en observation dans d'autres circonstances, qu'il n'y a aucune affection documentée qui peut être codifiée et que le patient ne nécessite pas d'autres soins médicaux ou de suivi, inscrivez un code de la catégorie Z04.– <i>Examen et mise en observation pour d'autres raisons</i> comme diagnostic principal/problème principal.</p> <p>Nouvel énoncé : Lorsque la raison de la visite vise un examen et une mise en observation à la suite d'un accident, d'un viol présumé, d'une agression sexuelle ou d'actes de violence et que suivant l'examen/observation : une blessure est consignée, classifiable dans les catégories S00 à T19, codifiez la blessure précisée comme diagnostic principal/problème principal ; ou aucune blessure n'est consignée, attribuez un code de la catégorie Z04.– <i>Examen et mise en observation pour d'autres raisons</i> comme diagnostic principal/problème principal.</p> <p>Ajout de deux exemples.</p>	<p>Préciser et expliquer quand un code de la catégorie Z04 est attribué en tant que diagnostic principal/problème principal.</p>

Description des changements	Justification
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : Admission pour convalescence	
Ajout d'une exception : L'énoncé ci-dessus ne s'applique pas aux provinces (c.-à-d. C.-B., T.N.-O., Nun. et Yn) qui soumettent un abrégé de patient hospitalisé en soins de courte durée à la BDCP pour un patient hospitalisé qui vient directement de l'unité de chirurgie d'un jour de l'établissement déclarant. Consultez les sections propres aux provinces ou aux territoires du <i>Manuel de saisie de l'information, BDCP</i> pour obtenir des instructions supplémentaires au sujet des admissions directes de patients hospitalisés à l'unité de chirurgie d'un jour (de l'établissement déclarant).	Soulever les variations provinciales et territoriales à l'échelle de la Colombie-Britannique, des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut.
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie	
Reformulation de l'énoncé : Lorsqu'un patient ayant déjà été diagnostiqué avec une affection maligne est admis uniquement pour un traitement de chimiothérapie, inscrivez le code Z51.1 <i>Séance de chimiothérapie pour tumeur</i> comme diagnostic principal/problème principal. Nouvel énoncé : Lorsqu'un patient ayant déjà été diagnostiqué avec une affection maligne est admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie visant à traiter la malignité, inscrivez le code Z51.1 <i>Séance de chimiothérapie pour tumeur</i> comme diagnostic principal/problème principal. Ajout d'un exemple.	Préciser que le code Z51.1 est attribué lorsque la visite vise une séance de chimiothérapie pour traiter une tumeur maligne qui a été diagnostiquée auparavant.
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire	
Modification d'un énoncé. Remplacement du code Z51.88 <i>Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs</i> par le code Z51.4 : Lorsqu'un patient est admis uniquement pour l'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire visant à traiter une affection existante, inscrivez le code Z51.4 <i>Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs</i> comme diagnostic principal/problème principal.	Cadrer avec les améliorations de l'index alphabétique de la CIM-10-CA.

Description des changements	Justification
Reformulation de l'exemple : Insertion d'un dispositif d'accès vasculaire pour administrer des agents anticancéreux dans le traitement de la leucémie. Nouvel exemple : Un patient se présente pour l'insertion d'un cathéter central par voie périphérique aux fins d'administration ultérieure d'agents anticancéreux dans le traitement de la leucémie.	Donner des détails dans l'exemple pour attribuer le code de la CCI 1.IS.53.GR-LF.
Ajout d'un exemple.	Démontrer l'énoncé relatif à l'attribution du code Z45.2 <i>Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire</i> comme diagnostic principal/problème principal.
Reformulation de l'énoncé : Classifiez toute autre visite 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/problème principal. Nouvel énoncé : Classifiez toute autre visite axée uniquement sur l'ajustement ou le retrait (sans remplacement) d'un dispositif d'accès vasculaire implanté sous le code Z45.2 <i>Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire</i> comme diagnostic principal/problème principal.	Préciser que dans l'énoncé, le terme « axée » (sur un dispositif d'accès vasculaire) traite de l'ajustement ou du retrait (sans remplacement) d'un dispositif d'accès vasculaire. L'index alphabétique de la CIM-10-CA n'a pas le terme pilote « axée » (sur un dispositif d'accès vasculaire) mais contient le terme pilote retrait (de), (gestion (de)) dispositif d'accès vasculaire et (gestion (de)) dispositif implanté (voir aussi Mise en place et ajustement (de))
Modification d'un énoncé. Modification d'un énoncé où l'attribution d'un code supplémentaire est devenue obligatoire : Utilisez un code supplémentaire pour désigner cette affection, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	En réponse à la demande du Comité national consultatif de codification.
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : Admission pour transfusion sanguine	
Reformulation de l'énoncé : Lorsqu'un patient est admis uniquement pour recevoir une transfusion sanguine, inscrivez le code Z51.3 <i>Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic</i> en tant que diagnostic principal/problème principal. Nouvel énoncé : Lorsqu'un patient est admis uniquement pour une séance de transfusion sanguine, inscrivez le code Z51.3 <i>Transfusion sanguine, sans mention de diagnostic</i> en tant que diagnostic principal/problème principal.	Préciser que les admissions pour des transfusions sanguines régulières sont classées sous la catégorie Z51.3. Comprend les cas où la raison de la transfusion sanguine est documentée, cas dans lequel un code supplémentaire est attribué.

Description des changements	Justification
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : Soins palliatifs	
Modifications d'exemples pour inclure le préfixe de diagnostic « 8 », y compris un énoncé dans la raison d'attribution de ce dernier.	Faire connaître le nouvel élément de données de la Base de données sur les congés des patients (BDGP), qui est utilisé avec le code Z51.5 Soins palliatifs.
Ajout d'une remarque : Attribuez le préfixe « 8 » (soins palliatifs qui constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'admission) avec le code Z51.5 <i>Soins palliatifs</i> . Consultez le champ 01 du groupe 10 dans le <i>Manuel de saisie de l'information, BDGP</i> pour obtenir des instructions précises sur l'application du préfixe.	Donner des directives pour l'utilisation du préfixe « 8 ».
Ajout d'un exemple.	Démontrer que les soins palliatifs doivent être documentés avant d'attribuer le code Z51.5. De plus, ce code ne peut pas être attribué sur la base du diagnostic d'une affection précise.
Chapitre XXIII – Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires: syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique	
Suppression de cette norme de codification du chapitre XXIII pour l'inclure dans le chapitre XVIII – Signes et Symptômes. Nouvelle catégorie pour la classification du SIRS (R65).	Localiser les directives dans le chapitre approprié.

Annexe D – Attributs obligatoires de la CCI

(en vigueur depuis 2009)

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.
- ils fournissent des détails pertinents à l'échelle nationale.

Cette liste contient les rubriques de la CCI pour lesquels les attributs de situation, de lieu et d'étendue ont été activés comme « obligatoires » dans Folio.

Lorsqu'il s'agit de désigner une intervention qui répond aux critères suivants : « Abandon », « Convertie » ou « Reprise », l'attribut de situation, le cas échéant, est obligatoire, même quand il n'est pas activé comme « obligatoire » dans Folio (c'est-à-dire la boîte rose).

Reportez-vous également aux normes de codification [Interventions abandonnées](#), [Interventions converties](#) et [Interventions reprises](#).

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.AX.13.^	Contrôle d'une hémorragie, canal rachidien et méninges			✓
1.BF.59.^	Destruction, nerfs sympathiques		✓	
1.CN.13.^	Contrôle d'une hémorragie, rétine			✓
1.ET.13.^	Contrôle d'une hémorragie, nez			✓
1.FL.87.^	Excision partielle, glande sublinguale		✓	
1.FL.89.^	Excision totale, glande sublinguale		✓	
1.FM.87.^	Excision partielle, glande parotide		✓	
1.FN.87.^	Excision partielle, glande sousmaxillaire		✓	
1.FR.13.^	Contrôle d'une hémorragie, amygdales et végétations adénoïdes			✓
1.FU.13.^	Contrôle d'une hémorragie, glande thyroïde			✓
1.FU.87.^	Excision partielle, glande thyroïde		✓	

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.FU.89.^	Excision totale, glande thyroïde		✓	
1.FV.87.^	Excision partielle, glande parathyroïde		✓	
1.GJ.77.^	Pontage avec extériorisation, trachée	✓		
1.GM.13.^	Contrôle d'une hémorragie, bronches NCA			✓
1.GT.13.^	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA			✓
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.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			✓
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			✓

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
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.NF.13.^	Contrôle d'une hémorragie, estomac			✓
1.NK.87.^	Excision partielle, intestin grêle		✓	
1.NM.87.^	Excision partielle, gros intestin		✓	
1.NV.89.^	Excision totale, appendice	✓		
1.OA.13.^	Contrôle d'une hémorragie, foie			✓
1.OA.87.^	Excision partielle, foie		✓	
1.OB.13.^	Contrôle d'une hémorragie, rate			✓
1.PB.87.^	Excision partielle, glande surrénale		✓	
1.PB.89.^	Excision totale, glande surrénale		✓	
1.PC.13.^	Contrôle d'une hémorragie, rein			✓
1.PL.74.^	Fixation, col vésical	✓		
1.PM.13.^	Contrôle d'une hémorragie, vessie			✓
1.QM.89.^	Excision totale, testicule		✓	
1.RB.89.^	Excision totale, ovaire		✓	
1.RD.89.^	Excision totale, ovaire et trompe de Fallope		✓	
1.RF.51.^	Occlusion, trompe de Fallope		✓	
1.RF.59.^	Destruction, trompe de Fallope		✓	

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.RF.89.^	Excision totale, trompe de Fallope		✓	
1.RM.13.^	Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes			✓
1.RM.87.^	Excision partielle, utérus et structures environnantes			✓
1.RS.13.^	Contrôle d'une hémorragie, vagin			✓
1.RS.80.^	Réparation, vagin	✓	✓	
1.SC.55.^	Retrait d'un appareil, vertèbres		✓	
1.SC.59.^	Destruction, 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	✓	✓	

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.TA.55.^	Retrait d'un appareil, articulation de l'épaule		✓	
1.VA.53.^	Implantation d'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	✓	✓	✓
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.WI.87.^	Excision partielle, premier métatarse et première articulation métatarsophalangienne		✓	
1.WJ.87.^	Excision partielle, articulations tarsométatarsiennes, autres métatarses et autres 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.ZZ.02.^	Évaluation (examen), corps entier	✓		
5.CA.90.^	Réduction sélective de fœtus			✓
5.MD.60.^	Accouchement par césarienne	✓		

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
6.AA.02.^	Évaluation, santé mentale et dépendances	✓		
6.AA.10.^	Consultation, santé mentale			✓
6.AA.30.^	Traitement, santé mentale			✓
6.VA.02.^	Évaluation, habiletés motrices et habitudes de vie	✓		

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, aucun code P07	07 03 57	<p>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 attribué avec le type de diagnostic M, 1, W, X ou Y.</p> <p>Le système remplace par défaut le poids par « Z ».</p> <p>Les données telles qu'enregistrées dans l'abrégé sont affichées sous « Anciennes données ».</p>

Règles de vérification relatives au diagnostic

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Type de diagnostic « 9 » manquant, diagnostic « S » ou « T » inscrit	10 00 51	<p>Un code de diagnostic, dont le premier caractère provient de la section « S » ou « T » (valeurs S00 à T98) de la CIM-10-CA, a été inscrit mais le type de diagnostic « 9 » correspondant n'y figurait pas.</p> <p>Le système remplit le premier champ du diagnostic vide de « Z » et inscrit 9 dans la case du type. S'il n'y a pas de diagnostic vide, le système émet seulement un message d'erreur.</p>
Lieu de l'événement du diagnostic obligatoire	10 00 52	<p>Le code du lieu de l'événement (U98) a été omis lorsque le diagnostic dont le premier caractère est W, X ou Y (de W00 à Y34, sauf Y06 et Y07) a été enregistré. (Le diagnostic suivant affiche une série de « z » avec un type « 9 »).</p>
Les codes DXC00 à D09 sont obligatoires si stadification du cancer	10 00 53	<p>Un code de diagnostic des catégories C00 à D09 ainsi qu'un type M, 1, W, X, ou Y doit être inscrit lorsqu'on enregistre une stadification du cancer.</p> <p>Étant donné qu'il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'est apporté aux données.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Codification incorrecte des codes E10, E11, E13 et E14	10 00 54	<p>Les catégories E10, E11, E13 et E 14 sont mutuellement exclusives. Seule l'une d'entre elles peut être enregistrée dans l'abrégié.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » pour tous les diagnostics E10, E11, E13 et E14.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégié sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Codification incorrecte des codes I10, I11, I12, I13 et I15	10 00 55	<p>Les catégories I10, I11, I12, I13 et I15 sont mutuellement exclusives. On ne peut inscrire qu'un de ces codes sur l'abrégié.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégié sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Codification incorrecte des codes K92.0 à K92.2 Modifié en 2009	10 00 60	<p>L'hémorragie est comprise dans les codes suivants : A09.0, A09.9, I98.3, 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, peu importe le type de diagnostic, il n'est pas possible d'inscrire un de ces codes de diagnostic K92.0, K92.1 ou K92.2 en tant que diagnostics de type M, 1, 2, 3, W, X ou Y sur le même abrégié. Il s'agirait d'une double codification.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégié.</p>
Codification incorrecte de pneumonie au cours d'une sepsie Modifié en 2009	10 00 61	<p>Utilisez la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque pour classifier la pneumonie sous A40 ou A41 à J17*.</p> <p>Dans l'index, « Pneumonie/au cours de/sepsie » fournit des directives sur l'utilisation de la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégié.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Codification incorrecte du code E86.0 Déshydratation	10 00 62	<p>Le code E86.0 (diagnostic principal) est attribué en combinaison avec un code à 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 un type de diagnostic quelconque. Cette codification ne respecte pas la norme de codification <i>Gastroentérite et diarrhée</i>.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégié.</p>
Combinaison invalide du sixième caractère relatif à l'obstétrique	10 00 63	<p>Si on a attribué un premier caractère « O » dans le cas de plusieurs codes de diagnostic en obstétrique, le sixième caractère de tous ces codes d'obstétrique doit être identique, à l'exception des sixièmes caractères 1 et 2, qui peuvent figurer sur le même abrégé.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégié.</p>
Codes T20 à T29 inscrits mais diagnostic manquant	10 00 64	<p>Les codes de diagnostic à trois caractères T20 à T29 sont attribués en tant que types de diagnostics quelconques, mais le code de diagnostic T31 ou T32 ne l'est pas.</p> <p>Le système remplace les données du premier champ du diagnostic vide par « ZZZZ ».</p>
Codification incorrecte du code R40.29	10 00 65	<p>L'un des codes de diagnostic à trois caractères E10 à E14 est attribué en tant que code de diagnostic quelconque. Par conséquent, le code de diagnostic R40.29 ne peut pas être attribué en tant que type de diagnostic 1, 2, 3, W, X ou Y sur le même abrégé.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégié.</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 sont mutuellement exclusifs. Seul l'un d'entre eux peut être inscrit sur l'abrégié.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégié.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Codification 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 ne peuvent pas être attribués en tant que type de diagnostic M, 1, 2, 3, W, X ou Y sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » pour tous les codes de diagnostic .J44.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Codification incorrecte du code S02.6	10 00 68	<p>Plusieurs codes de la catégorie S02.6– ont été inscrits. S'il y a plus d'une fracture du maxillaire inférieur, il faut les classer sous le code unique S02.67–.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Plusieurs codes de diagnostic T31	10 00 69	<p>On ne peut pas attribuer plusieurs codes de la catégorie T31 sur le même abrégé, conformément à la norme de codification <i>Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure</i>.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Plusieurs codes de diagnostic T32	10 00 70	<p>On ne peut pas inscrire les codes multiples de la catégorie T32 sur le même abrégé, conformément à la norme de codification <i>Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure</i>.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Codification 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 par défaut le code de diagnostic J81 par le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Codification incorrecte du code E15	10 00 73	<p>Les codes de diagnostic à trois caractères E10 à E14 jumelés à un type de diagnostic quelconque ne peuvent pas apparaître sur le même abrégé que le code E15 de type quelconque.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Code I21 ou I240 sans le code R943-	10 00 78	<p>Lorsqu'un diagnostic de la catégorie I21.- ou le code I24.0 est inscrit sur l'abrégé en tant que type de diagnostic quelconque, le code de diagnostic R94.30, R94.31 ou R94.38 doit être également inscrit à titre de diagnostic de type (3).</p> <p>Le système remplace les codes de diagnostic I21.- ou I24.0 par « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Codification incorrecte des codes P700, P701 et P704	10 00 79	<p>Les codes P70.0, P70.1 et P70.4 sont mutuellement exclusifs. Seul l'un d'entre eux peut être inscrit sur l'abrégé.</p> <p>Le système remplace par défaut les codes P70.0, P70.1 et P70.4 par le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Données non valides	10 02 05	<p>Le diagnostic principal inscrit en conjonction avec le service principal « 99 » n'était pas un code permis pour les diagnostics NSA.</p> <p>OU</p> <p>Si le premier service de transfert est « 99 », le diagnostic du type de diagnostic « W » doit figurer parmi les codes permis pour les diagnostics NSA.</p> <p>OU</p> <p>Si le deuxième service de transfert est « 99 », le diagnostic du type du diagnostic « X » doit figurer parmi les codes permis pour les diagnostics NSA.</p> <p>OU</p> <p>Si le troisième service de transfert est « 99 », le diagnostic du type du diagnostic « Y » doit figurer parmi les codes permis pour les diagnostics NSA.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Code de la CIM-10-CA non valide	10 02 07	<p>Le code de diagnostic n'est pas un code valide de la CIM-10-CA du tableau de validation des diagnostics.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Données obligatoires manquantes	10 02 16	<p>Le code du diagnostic principal n'était pas inscrit.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Le diagnostic n'est pas un diagnostic primaire valide	10 02 51	<p>Le type du diagnostic était M, 1, 2, 3, 5, W, X ou Y, mais le code de sept caractères était un code de causes externes de lésion traumatique ou de morphologie tiré du tableau de validation du diagnostic de l'ICIS.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Le diagnostic ne correspond pas au sexe	10 02 52	<p>Le code de diagnostic inscrit ne correspond pas au sexe sélectionné.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Le diagnostic ne correspond pas à l'âge (à l'admission)	10 02 53	<p>Si les codes à quatre caractères Z381, Z384 ou Z387 ont été attribués comme diagnostic principal de type « M », la catégorie d'admission doit correspondre à celle du nouveau-né « N » ou le patient doit être âgé d'un jour ou moins.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Diagnostic d'un nouveau-né, mais la catégorie d'admission n'est pas « N »	10 02 54	<p>Un code de diagnostic réservé aux nouveau-nés a été inscrit mais la catégorie d'admission n'était pas « N ».</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Diagnostic non valide à titre de type « 6 »	10 02 55	<p>Un type « 6 » a été inscrit avec ce diagnostic mais l'utilisation d'un type « 6 » doit être valide pour ce code, selon le tableau de validation de la CIM-10-CA.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Diagnostic non valide à titre de type « 9 »	10 02 56	<p>Un type « 9 » a été inscrit avec ce diagnostic mais l'utilisation d'un type « 9 » doit être valide pour ce code, selon le tableau de validation de la CIM-10-CA.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Codification incorrecte des codes de Z370 à Z3791	10 02 57	<p>Un code commençant par « O » et dont le sixième caractère est « 1 » ou « 2 » a été utilisé avec un diagnostic principal à trois caractères de la catégorie « Z37 ».</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Âge (à l'admission) > 59 avec un diagnostic d'avortement	10 02 58	<p>Un diagnostic de quatre caractères de O030 à O049 a été inscrit et la patiente est âgée de plus de 59 ans au moment de l'admission.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données enregistrées.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégié sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Usage incorrect du code « Z38 »	10 02 59	<p>Le code à trois chiffres « Z38 » n'a pas été utilisé en conformité aux directives de codification de la CIM.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Décès avec seulement des codes d'avortement ou d'obstétrique	10 02 60	<p>Un code d'avortement thérapeutique ou d'obstétrique a été inscrit avec un code d'état à la sortie « 07 » décès, et le second code de diagnostic est vide. On doit inscrire plus d'un code de diagnostic.</p> <p>Le système inscrit le code « z » à la deuxième ligne du code de diagnostic et « 1 » dans la case du type du diagnostic correspondant.</p>
Codification incorrecte du code S02	10 02 61	<p>Si le code à trois caractères S02 a été attribué comme diagnostic principal, le code à trois caractères S06 ne peut pas être jumelé au type de diagnostic 1, 2, 3, W, X ou Y sur le même abrégé.</p> <p>Le système remplace par défaut le diagnostic principal par le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Diagnostic de mortinaissance, mais le code d'entrée ne correspond pas	10 02 62	<p>Le code de diagnostic à trois caractères « P95 » a été inscrit avec un type M, 1, 2, 3, W, X ou Y, mais le code d'entrée n'était pas celui de la mortinaissance.</p> <p>Étant donné qu'il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'est apporté aux données.</p>
Diagnostic de décès sans codification	10 02 63	<p>Le code de diagnostic à quatre caractères I461, R960 ou R961 ou à trois caractères R95, R98 ou R99 a été inscrit avec un type M, 1, 2, 3, W, X ou Y avec un état à la sortie autre que « 07 » (décès).</p> <p>Étant donné qu'il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'est apporté aux données.</p>
Diagnostic à l'admission pareil au diagnostic principal	10 02 64	<p>Si le type du diagnostic est « 5 », alors le diagnostic d'admission doit être différent du diagnostic principal.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Codification non valide du diagnostic principal	10 02 67	<p>Le code de diagnostic principal à sept caractères n'est pas valide à titre de principal selon le tableau de validation des diagnostics de la CIM-10-CA.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
<p>Le code d'entrée est « N », mais le diagnostic fait référence à une naissance à l'extérieur de l'établissement</p> <p>Nouveau en 2009</p>	10 02 70	<p>Si le code d'entrée est « N », le code de diagnostic ne peut pas être un code à quatre caractères Z381, Z384 ou Z387.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Tumeur secondaire sans code primaire	10 02 74	<p>Un code de tumeur secondaire (codes à trois caractères de C77 à C79) avec un type de diagnostic significatif doit toujours être accompagné d'un code de tumeur primaire à trois caractères, de C00 à C76, de C80 à D09 ou Z85.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données soumises dans l'abrégié.</p>
Diagnostic principal refusé en raison de la durée du séjour dans un établissement de courte durée = 0	10 02 78	<p>On a inscrit un transfert de service « 99 », NSA, mais le nombre de jours passés dans ce service est égal à la durée calculée du séjour. La durée du séjour dans un établissement de courte durée ne peut être zéro.</p> <p>Ce cas est groupé au CCP 99 ou GMA 999.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z » au diagnostic principal.</p> <p>Aucun changement n'est apporté à l'information sur le transfert de service.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégié sont affichées dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission sous « Données originales soumises ».</p>
Aucun symptôme du VIH inscrit	10 02 79	<p>Si on a inscrit le code à trois caractères « B24 » dans le diagnostic principal, le deuxième diagnostic ne peut être vide, il ne peut pas être rempli de « z ». On ne peut pas attribuer les types de diagnostic 3, 4, 5, 0 ni le code à trois caractères « B24 » dans un même abrégié.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Le diagnostic doit être de type (3)	10 02 81	Le code n'est pas valide en tant que type de diagnostic significatif. Le système inscrit par défaut le code « Z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Le diagnostic doit être de type (0), (3) ou (6)	10 02 82	Les codes à astérisque doivent être inscrits sur l'abrégé en tant que types de diagnostic 0, 3 ou 6. Le système inscrit par défaut le code « Z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Diagnostic habituellement utilisé lorsque le patient est âgé de moins de 29 jours	10 02 83	Un diagnostic de caractère unique « P » n'est habituellement pas inscrit si le patient est âgé de plus de 28 jours au moment de l'admission. Le système émet un message d'avertissement si l'âge du patient est supérieur à 28 jours et si on a inscrit le diagnostic « P » et le type « M ». Aucun changement n'est apporté aux données soumises dans l'abrégé.
Diagnostic non valide pour le type 4	10 02 84	Le code de diagnostic à sept caractères avec un type « 4 » doivent être des codes valides de la CIM-10-CA. Le système inscrit par défaut le code « z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises »
Diagnostic et donneur décédé incompatibles	10 02 85	On a inscrit la catégorie d'admission « R » (donneur décédé), mais le code de diagnostic principal à trois caractères n'était pas dans la plage Z52. Le système inscrit par défaut le code « z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Accouchement en obstétrique – besoin d'un type 3, code de diagnostic Z37	10 02 86	On doit inscrire un code additionnel à trois caractères « Z37 » (diagnostic de type 3) avec un code de diagnostic commençant par « O » et dont le sixième caractère est « 1 ou 2 » (diagnostic de type M, 1, 2, W, X ou Y) à moins que le diagnostic principal ne soit « Z37.0 ». Le système inscrit le code « z » à la prochaine occurrence.
Manquant – Naissance vivante selon le code du lieu d'accouchement	10 02 87	On a inscrit la catégorie d'admission « N », nouveau-né, mais on n'a pas inscrit un code de la rubrique « Z38 », ni un type de diagnostic « M » (diagnostic principal), ni un type de diagnostic « O ». Le système inscrit le code « z » à la prochaine occurrence.
Code B24 avec une maladie infectieuse à titre de diagnostic principal Modifié en 2009	10 02 88	Les codes des maladies infectieuses de A00 à B19, de B25 à B49, de B58 à B64, B99, C46, de C81 à C96 ou de J12 à J18 sont considérés comme une manifestation du VIH. Il faut donc inscrire B24 comme DxP. Le système inscrit par défaut le code « Z » comme DxP. Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Codes R75 ou Z21 avec le code B24	10 02 89	Les codes R75 ou Z21 et le code B24 sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être codifiés sur le même abrégé. Le système inscrit par défaut le code « Z » aux codes de diagnostic R75 et Z21 ainsi qu'à leurs types de diagnostics correspondants. Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Codes R73.0 et R73.9 avec les codes E10 à E14	10 02 90	Les codes R73.0 ou R73.9 et les codes E10 à E14 sont mutuellement exclusifs et ne peuvent pas être codifiés sur le même abrégé. Le système inscrit par défaut le code « Z » au type et aux codes de diagnostic R73.0 et/ou R73.9. Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
<p>Diabète sans mention de complication combiné avec d'autres complications</p> <p>Modifié en 2009</p>	10 02 91	<p>Si un code de diagnostic des sous-catégories E10.9, E11.9, E13.9 ou E14.9 (Diabète sucré sans mention de complication) est attribué, on ne peut inscrire un autre code de diagnostic à trois caractères E10, E11, E13 ou E14 sur le même abrégé.</p> <p>Les diagnostics de transfert de type W, X ou Y ainsi que les codes E10.63, E11.63, E13.63, E14.63 (hypoglycémie) ainsi que E10.11, E11.11, E13.11, E14.11 (acidose lactique) et E10.64, E11.64, E13.64 et E14.64 (non contrôlé) sont des exceptions.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données soumises dans l'abrégé.</p>
<p>Accident ischémique cérébral transitoire non valide avec les codes d'accident vasculaire cérébral</p>	10 02 92	<p>Si l'un des codes de la rubrique I60 à I64 est inscrit, le code G45.9 (Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision) ne peut pas apparaître sur le même abrégé.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données soumises dans l'abrégé.</p>
<p>États chroniques et aigus</p>	10 02 93	<p>La laryngite aiguë (J04) et la laryngite chronique (J37.0) ne peuvent pas être codifiées à titre de <u>types de diagnostic significatifs</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » au type et au code de diagnostic J37.0.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
<p>États chroniques et aigus</p>	10 02 93	<p>La trachéite aiguë (J04.1) et la bronchite chronique, sans précision (J42) ne peuvent pas être codifiées à titre de <u>types de diagnostic significatifs</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » au type et au code de diagnostic J42.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
États chroniques et aigus	10 02 93	<p>La cholécystite aiguë (K81.0) et la cholécystite chronique (K81.1) ne peuvent pas être codifiées à titre de <u>types de diagnostic significatifs</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » au type et au code de diagnostic K81.1.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises »</p>
États chroniques et aigus	10 02 93	<p>La laryngo-trachéite aiguë (J04.2) et la laryngo-trachéite chronique (J37.1) ne peuvent pas être codifiées à titre de <u>types de diagnostic significatifs</u> sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » au type et au code de diagnostic J37.1.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises »</p>
Autres maladies codifiées avec MPOC Modifié en 2009	10 02 94	<p>Un code des catégories J41, J42, J43 ou J45 a été inscrit avec un code de la catégorie J44. La catégorie J44 comprend des affections pouvant être classifiées sous J41, J42, J43, et J45. Ainsi, ces codes ne peuvent être inscrits sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » aux codes J41, J42, J43 ou J45 et aux types de diagnostics correspondants.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Insuffisance respiratoire et détresse respiratoire de l'adulte	10 02 95	<p>Les codes des catégories J80 et J96 sont mutuellement exclusifs (tel que mentionné dans la note du code J96) et ne peuvent être codifiés sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » au code J96 et le type de diagnostic correspondant.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Non-concordance entre le diagnostic principal et l'intervention	10 02 97	<p>On ne peut pas attribuer le code à trois caractères M16 (Coxarthrose [arthrose de la hanche]) au diagnostic principal si le code à cinq caractères de l'intervention principale est 1.VG.53 (intervention au genou).</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises »</p>
Non-concordance entre le diagnostic principal et l'intervention	10 02 97	<p>On ne peut pas attribuer le code à trois caractères M17 (Gonarthrose [arthrose du genou]) au diagnostic principal si le code à cinq caractères de l'intervention principale est 1.VA.53 (intervention à la hanche).</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises »</p>
Diagnostic principal de O00 à O08, sans le sixième caractère « 9 »	10 02 98	<p>Si le diagnostic principal est un code compris entre O00 et O08 (Grossesse se terminant par un avortement) et des codes des catégories O10-O16, O21-O28, O30-O45, O61-O66, O70-O71, O74-O75, O89, O95, O98 et O99 sont inscrits, le sixième caractère doit être « 9 ».</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'a été apporté aux données originales.</p>
Code J44 avec J60 à J68 ou J70 Nouveau en 2009	10 02 99	<p>Un code de la catégorie J44 a été inscrit avec un code de la catégorie de J60 à J68 ou J70. Les codes de la catégorie J60 à J68 et J70 comprennent des affections pouvant être classifiées sous J44. Ainsi, le code J44 ne peut pas être inscrit sur le même abrégé.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z » à J44 ainsi qu'au type de diagnostics correspondant.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises »</p>
Données non valides Nouveau en 2009	10 03 05	<p>Si l'indicateur de série est appliqué aux diagnostics, il doit être en majuscule A-Y ou la case doit demeurer vide.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Indicateur de série inscrit sans code de diagnostic Nouveau en 2009	10 03 53	Si l'indicateur de série est appliqué, il doit y avoir un code de diagnostic correspondant. Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> .
Code du diagnostic non valide à titre de type (2)	10 04 51	Un type (2) ne peut pas être inscrit avec un code de diagnostic compris entre les codes C00 et D48. Le système inscrit par défaut le code « Z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Code du diagnostic non valide à titre de type (2)	10 04 51	Un type (2) ne peut pas être inscrit avec un code de diagnostic de la rubrique E10 à E11 ou le code E14, à l'exception des codes E10.63, E11.63, E14.63, E10.11, E11.11 et E14.11. Le système inscrit par défaut le code « Z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Code du diagnostic non valide à titre de type (2)	10 04 51	Un type (2) ne peut pas être inscrit avec un code de diagnostic de la rubrique I10 à I13 (hypertension). Le système inscrit par défaut le code « Z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Code du diagnostic non valide à titre de type (2)	10 04 51	Le code de diagnostic B24 ne doit pas être jumelé à un type (2). Le système inscrit par défaut le code « Z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».
Code du diagnostic non valide à titre de type (2)	10 04 51	Un type (2) ne peut pas être inscrit avec les codes de diagnostic des états chroniques compris entre J41 et J45. Le système inscrit par défaut le code « Z ». Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Code du diagnostic non valide à titre de type (2)	10 04 51	<p>Un type (2) ne peut pas être inscrit avec des codes de diagnostic de la catégorie Z75 (Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé).</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Code du diagnostic non valide à titre de type (3)	10 04 52	<p>Un type (3) ne peut pas être attribué avec les codes de diagnostic T31 et T32.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'a été apporté aux données originales.</p>
Type du diagnostic inscrit sans code de diagnostic	10 04 53	<p>On a inscrit un type du diagnostic sans enregistrer de code de diagnostic correspondant.</p> <p>Si on a inscrit un diagnostic de type 3, le système laisse le champ vide par défaut.</p> <p>Dans ce cas, le système traite la ligne du diagnostic comme si on n'y avait rien inscrit; il n'inscrit aucun numéro de ligne sur le Relevé détaillé des erreurs de soumission.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission sous « Données originales soumises ».</p>
Type du transfert inscrit sans transfert de service correspondant	10 04 59	<p>On a laissé la case du premier transfert de service vide, mais on a inscrit le type de transfert W.</p> <p>OU</p> <p>On a laissé la case du deuxième transfert de service vide, mais on a inscrit le type de transfert X.</p> <p>OU</p> <p>On a laissé la case du troisième transfert de service vide, mais on a inscrit le type de transfert Y.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Répétition du type du transfert de service	10 04 60	<p>Si un premier transfert de service est codifié, il ne peut y avoir qu'un seul transfert de service de type W.</p> <p>OU</p> <p>Si un deuxième transfert de service est codifié, il ne peut y avoir qu'un seul transfert de service de type X.</p> <p>OU</p> <p>Si un troisième transfert de service est codifié, il ne peut y avoir qu'un seul transfert de service de type Y.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Codification incorrecte des codes Z370 à Z377 ou Z379	10 04 61	<p>Un code de diagnostic à quatre caractères, de Z370 à Z377 ou le code Z379 a été inscrit avec et un type 1 ou 2 au diagnostic.</p> <p>Ces codes fournissent de l'information supplémentaire seulement et ne peuvent être enregistrés en tant que diagnostics de type significatifs.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>
Un diagnostic de type « 6 » peut être inscrit à la deuxième ligne seulement	10 04 62	<p>Un code à astérisque inscrit avec un type « 6 » doit être enregistré sur la deuxième ligne de l'abrégé seulement.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i>.</p>

Règles de vérification relatives à l'intervention

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Intervention principale manquante	11 00 51	La case de l'intervention principale est restée vide, mais des données ont été inscrites sur les lignes d'interventions subséquentes. Le système inscrit par défaut la valeur « z » à la date et au code de la première intervention.
Cas de chirurgie d'un jour, diagnostic principal « Z51.1 », code d'intervention principale obligatoire	11 00 52	Si le code de diagnostic principal « Z51.1 » a été inscrit sur un abrégé de chirurgie d'un jour, on doit également codifier une intervention principale. Le système inscrira une série de « z » dans les champs correspondant à la date et au code de l'intervention principale.
Accouchement en obstétrique, omission de l'intervention d'accouchement	11 00 53	S'il s'agit d'un cas d'accouchement en obstétrique (un code de diagnostic dont le premier caractère est O, et le sixième est 1 ou 2, avec un type de diagnostic M, 1, 2, W, X ou Y OU un code de diagnostic à trois chiffres « Z37 », avec un type de diagnostic M), on doit alors aussi codifier un code d'intervention de la plage 5.MD.50^^ à 5.MD.60^^. Le système inscrit par défaut la valeur « z » à la première ligne libre de la date et du code de l'intervention.
Code de la CCI non valide	11 02 31	Le code d'intervention n'est pas un code valide de la CCI. Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.
Intervention incompatible avec le sexe	11 02 51	Le code de la CCI n'est pas compatible avec le sexe sélectionné. Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.
Intervention incompatible avec l'âge (au moment de l'admission)	11 02 52	Le code de la CCI n'est pas compatible avec l'âge du patient au moment de l'admission. Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Code de la première intervention manquant	11 02 53	Des données ont été inscrites sur la ligne de l'intervention principale mais aucun code de la CCI n'a été enregistré. Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.
Autre code d'intervention utilisé pour la classification des GMA	11 02 54	Le code d'intervention principale (CCI) a été inscrit mais il n'est pas utilisé dans la classification des GMA. Le code de la CCI utilisé pour la classification des GMA s'affiche sous « Données originales soumises ». Étant donné qu'il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'est apporté aux données.
Intervention non valide pour une intervention autre qu'une chirurgie d'un jour	11 02 57	Le terme « annulé » a été inscrit dans le champ de l'intervention sur l'abrégé d'un patient hospitalisé ou d'un patient en soins de courte durée. Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.
Codification incorrecte des codes 1.SC.74, 1.SC.75 et 1.SC.80	11 02 58	Le code 1SC75 (Fusion, vertèbres de la colonne) a priorité sur les codes 1SC74 (Fixation, vertèbres) et 1SC80 (Réparation, vertèbres) lorsque ces interventions sont pratiquées au cours d'un même épisode de soins. Lorsque le code 1SC74 est attribué, il n'est pas nécessaire d'attribuer le code 1SC80 lorsque l'intervention est pratiquée au même établissement. Ceci est un message d'avertissement seulement. Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégé.
Erreur d'attribut de lieu pour le code 1.SY.80	11 02 59	Si un des codes à trois caractères K40, K41, K42, K43, K45 ou K46 (hernie) a été inscrit dans le champ du diagnostic principal avec le code à cinq caractères 1SY80 comme intervention principale, l'attribut de lieu de l'intervention ne peut pas être « 0 » (Non applicable). Le système inscrit par défaut la valeur « Z » dans le champ de l'intervention principale et dans celui de l'attribut de lieu. Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Intervention au moment de l'accouchement avec un diagnostic post-partum	11 02 60	<p>Si le premier caractère du code de diagnostic en obstétrique est « O », tandis que le sixième caractère est « 4 », ou si un code à trois caractères est Z39, l'intervention lors de l'accouchement ne peut pas être un code à 5 caractères des catégories 5MD50 à 5MD60.</p> <p>Le système inscrit par défaut la valeur « Z ».</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Chirurgie d'un jour attribuée au GCJ NCA	11 02 61	<p>On a inscrit comme intervention principale un code de la CCI correspondant à une intervention qui n'est probablement pas pratiquée dans un milieu de chirurgie d'un jour.</p> <p>Étant donné qu'il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'est apporté aux données.</p>
Chirurgie d'un jour attribuée au GCJ non regroupable	11 02 62	<p>On a inscrit un code de la CCI erroné pour désigner une intervention principale. Le cas de chirurgie d'un jour est attribué au GCJ non regroupable.</p> <p>Étant donné qu'il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'est apporté aux données.</p>
Code de chirurgie d'un jour non attribué à un autre GCJ	11 02 63	<p>Un code de la CCI approprié à un cas de chirurgie d'un jour a été inscrit, mais ce code n'est pertinent pour aucun autre GCJ.</p> <p>Étant donné qu'il s'agit d'un message d'avertissement, aucun changement n'est apporté aux données.</p>
Interventions autres qu'obstétriques avec diagnostic principal de la catégorie 000	11 02 64	<p>Un code de la CCI à cinq caractères, 1RD89, 1RF52, 1RF56, 1RF80, 1RF87 ou 1RF89 a été attribué avec un diagnostic principal de la catégorie 000.</p> <p>Ceci est un message d'avertissement seulement.</p> <p>Aucun changement n'est apporté aux données originales soumises dans l'abrégé.</p>

Message d'erreur	Numéro de l'erreur	Règles de vérification
Déclenchement du travail en vue d'une interruption de grossesse	11 02 65	<p>Lorsqu'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 peut pas être attribué.</p> <p>Le système inscrit par défaut la valeur « Z » au code d'intervention 5AC30.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Âge et sexe non valides pour cette intervention	11 02 66	<p>Le code d'intervention 5MD11 a été attribué alors que le sexe est « M » (homme) et que l'âge est de > 29 jours.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.</p>
Attribut de situation A de la CCI invalide, intervention principale	11 03 51	<p>Le code d'intervention principale ne peut pas avoir un attribut de situation A (abandonné).</p> <p>Le système inscrit par défaut la valeur « Z » à l'intervention principale et à l'attribut de situation.</p> <p>Les données originales enregistrées dans l'abrégé sont affichées dans le <i>Relevé détaillé des erreurs de soumission</i> sous « Données originales soumises ».</p>
Combinaison non valide de la CCI et du lieu	11 04 33	<p>L'attribut de lieu pour cette intervention n'est pas valide avec ce code de la CCI.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.</p>
Données non valides (attribut – étendue)	11 05 05	<p>L'attribut d'étendue de cette intervention n'est pas justifié pour le côté gauche.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.</p>
Combinaison non valide de la CCI et de l'étendue	11 05 34	<p>L'attribut d'étendue de cette intervention n'est pas valide pour ce code de la CCI.</p> <p>Le système inscrit par défaut le code « z », et les données originales soumises sont fournies dans le Relevé détaillé des erreurs de soumission.</p>

Annexe F1 – Références aux diagnostics de type (3)/ autres problèmes obligatoires dans les normes

Norme	Énoncé principal	Justification
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)/autre problème aux codes à astérisque selon les définitions des types de diagnostics.	Étant donné qu'il s'agit d'une convention de la CIM, 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 : inscrivez la contre-indication à titre de diagnostic principal et le code Z53.0 comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire.	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires		
Micro-organismes résistant aux médicaments	Lorsque la documentation fait état d'une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments, il est obligatoire d'attribuer la combinaison de codes appropriée afin d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> ➤ le siège de l'infection, comme diagnostic de comorbidité/ problème principal ou autre problème; ➤ l'organisme infectieux, des rubriques B95 à B97 <i>Agents d'infections bactériennes, virales et autres</i>, comme diagnostic de type (3)/autre problème, quand il n'est pas inclus dans un code de combinaison; ET la résistance aux médicaments, rubriques U80 à U85 <i>Agents bactériologiques résistant aux antibiotiques</i> , comme type de diagnostic de comorbidité (1) ou (2)/autre problème.	Le code lié à l'organisme infectieux (B95 à B97) est une information supplémentaire requise pour identifier l'organisme résistant aux médicaments.

Norme	Énoncé principal	Justification
Micro-organismes résistant aux médicaments	Attribuez le code Z22.30 <i>Sujet porteur de maladies à micro-organismes résistant aux médicaments</i> , 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).	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Septicémie/sepsie	Lorsqu'un patient présente une septicémie/sepsie classée dans l'une des catégories suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 003-005 <i>Grossesse se terminant par un avortement</i> (avec le cinquième caractère .0 ou .5) ➤ 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</i> (avec le quatrième caractère .2, .5 ou .8) ➤ 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</i> (avec le quatrième caractère .2, .5 ou .8) 	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Septicémie/sepsie (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 une vaccination</i> ➤ T82-T85 <i>Infections et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant ou une greffe</i> <p>Attribuez le code approprié, selon la liste ci-dessus, comme diagnostic significatif.</p> <p>Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser le type de sepsie comme diagnostic de type (3)/autre problème.</p> <p>Attribuez un code de cause externe des rubriques Y60 à Y84, s'il y a lieu.</p>	
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	<p>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)/autre problème.</p>	<p>Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.</p>
Chapitre II – Tumeurs		
Tumeurs primitives et secondaires	<p>Lorsqu'un diagnostic de tumeur secondaire est posé, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, afin d'identifier le siège de la tumeur primitive, c'est-à-dire un code du chapitre II ou de la rubrique Z85.– <i>Antécédents personnels de tumeur maligne.</i></p>	<p>Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.</p>

Norme	Énoncé principal	Justification
Complications d'une maladie maligne	Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'une complication précise d'une tumeur, sans que le traitement ne soit axé sur la tumeur même, attribuez un code pour la complication en tant que diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code pour la tumeur maligne à titre de diagnostic de type (3)/ autre problème.	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est 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'un effet secondaire résultant du traitement d'un cancer, attribuez un code pour l'effet secondaire comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code pour la tumeur maligne à titre de diagnostic de type (3)/ autre problème.	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Tumeurs malignes récurrentes	Attribuez un code des rubriques C00 à C75 si la tumeur maligne primitive ayant été éradiquée réapparaît dans le même tissu ou organe. Inscrivez un code supplémentaire, obligatoire, de la catégorie Z85.– <i>Antécédents personnels de tumeur maligne</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de préciser le site primitif.	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire		
Syndrome coronarien aigu	Lorsqu'un code de la sous-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> comme diagnostic de type (3)/ autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Syndrome coronarien aigu	Lorsqu'un code de la catégorie I22.- <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> est inscrit, il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3- <i>Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
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, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/ autre problème.	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XIV – Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)		
Péritonite – Dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]	Attribuez un code supplémentaire de la catégorie K65.- <i>Péritonite</i> , obligatoire, à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, afin de préciser l'infection.	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XV – Grossesse, accouchement et puerpéralité		
Grossesse se terminant par un avortement	Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse résulte en une mortinaissance (conformément aux définitions provinciales et territoriales de la mortinaissance), 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, affectant le fœtus et nouveau-né</i> pour désigner le diagnostic principal sur l'abrégé de la <u>mortinaissance</u> . Attribuez un ou plusieurs codes pour décrire toute anomalie congénitale connexe comme diagnostic de type (3).	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Accouchement complètement normal	Attribuez un code de la catégorie Z37.– <i>Résultat de l'accouchement</i> , obligatoire, à tous les accouchements. Lorsque tout autre code du chapitre XV – <i>Grossesse, accouchement et puerpéralité</i> s'applique à la situation, inscrivez un code approprié de la catégorie Z37.–, obligatoire, comme diagnostic de type (3).	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		
Affections survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique	Lorsqu'une affection survenant après un acte à visée diagnostique et thérapeutique est classifiée à un code qui ne décrit pas complètement la condition, assignez un code supplémentaire (lorsque celui-ci est disponible), obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de fournir des détails sur la nature de l'état.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
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/sepsie, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, au type de septicémie/sepsie en cause, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	Lorsqu'une complication liée à une prothèse, à un implant ou à une greffe ne suffit pas à décrire entièrement le problème, attribuez un code supplémentaire (lorsque disponible), obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de fournir plus de détails sur la nature de l'état.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé		
Évaluation préalable au traitement	Lorsqu'une condition significative diagnostiquée au cours de l'évaluation préalable au traitement nécessite un traitement ou une investigation, attribuez un code pour la condition et lui attribuez le diagnostic principal/ problème principal. Inscrivez le code, Z01.8 <i>Autres examens spéciaux précisés</i> , obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Admission pour examen de contrôle	Lorsqu'un examen révèle que l'affection primaire a récidivé ou si une autre affection connexe a été mise en évidence au cours de la visite : <ul style="list-style-type: none"> ➤ attribuez un code à l'affection comme diagnostic principal/ problème principal; ➤ attribuez un code de la catégorie Z08.– ou Z09.–, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème. 	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
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 <u>seul but</u> de recevoir des soins de convalescence à la suite du traitement d'une maladie, 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/problème principal; ➤ vous devez aussi inscrire un code de la catégorie Z11, Z12 ou Z13, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/ autre problème. 	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
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/problème 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/problème principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire afin d'identifier l'affection maligne ayant requis une visite en radiothérapie ou en chimiothérapie, obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.</p>	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est 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 pour désigner cette affection, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.</p>	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
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 Z51.4 <i>Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs</i> comme diagnostic principal/problème principal.</p> <p>Attribuez un code supplémentaire obligatoire, pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.</p>	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Annexe F2 – Références aux diagnostics facultatifs de type (3)/autres problèmes 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 pathologie aiguë. Attribuez un code à l'état chronique, facultatif, comme diagnostic de type (3)/ autre problème.	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/problème principal. Attribuez un code additionnel pour le symptôme ou l'affection, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème et selon les besoins de l'établissement.	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/problème principal. Attribuez un code pour la maladie sous-jacente comme diagnostic de type (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), facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de définir le problème actuel comme une séquelle.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre I – Certaines maladies infectieuses et parasitaires		
Infections	Lorsque l'agent pathogène est identifié, classez 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)/autre problème. 	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre II – Tumeurs		
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec des tumeurs primitives à sièges multiples indépendants, attribuez un code distinct à chaque tumeur primitive. De plus, attribuez le code C97 <i>Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)</i> , facultatif, à titre de diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	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. De plus, attribuez le code C97 <i>Tumeurs malignes de sièges multiples indépendants (primitifs)</i> , facultatif, à titre de diagnostic de type (3)/ autre problème.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire		
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Exception : Lorsque le diagnostic d'un patient réadmis peut être classé dans la catégorie I22, <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> , il est possible d'inscrire un code de la sous-catégorie I21 <i>Infarctus aigu du myocarde</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de préciser le site de l'IM original.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Attribuez le code I25.2 <i>Infarctus du myocarde, ancien</i> (antécédent d'IM), facultatif, à titre de diagnostic de type (3) uniquement lorsque les DEUX critères suivants s'appliquent : <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
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 classifier les états des rubriques I60 à I67.1 et I67.4 à I67.9 ayant causé une séquelle (déficit neurologique continu).</p> <p>Attribuez le code Z86.7 <i>Antécédents personnels de maladies de l'appareil circulatoire</i>, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, lorsqu'il ne reste plus aucun déficit neurologique.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
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/problème principal et la lésion des tissus mous est enregistrée en tant que diagnostic secondaire/autre problème.</p> <p>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.</p> <p>Attribuez un code supplémentaire de la rubrique B95 à B97 <i>Agents d'infections bactériennes, virales et autre</i>, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour identifier l'agent pathogène, lorsque précisé dans la documentation.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

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>Attribuez 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>, facultatif, comme diagnostic de type (3).</p>	Désigne une autre condition présente chez le patient, utile pour l'extraction de données locales.
Chapitre XVII – Malformations congénitales et anomalies chromosomiques		
Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques	<p>Lorsqu'un patient obtient un diagnostic d'anomalies congénitales multiples décrites comme des syndromes qui ne peuvent pas être classifiés sous un code plus précis (voir l'organigramme ci-dessous), attribuez le code Q87.8, <i>Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs</i>.</p> <p>Lorsque les critères de significativité sont remplis, attribuez des codes supplémentaires de la catégorie Q00 à Q85.9 ou d'un chapitre approprié, obligatoire, afin de fournir de plus amples détails. Il est toutefois facultatif d'attribuer des codes supplémentaires lorsque les critères de significativité ne sont pas remplis.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques	Lorsqu'un patient est admis uniquement pour la gestion d'une manifestation précise d'un syndrome causé par des anomalies congénitales, attribuez un code à la manifestation comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire comme diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin de décrire le syndrome.	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		
Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements	Classez les états 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)/autre problème.	Désigne une autre condition présente chez le patient, utile pour l'extraction de données locales.
Blessures par écrasement	Classifiez toutes les lésions significatives associées à une blessure par écrasement comme des états comorbides. Utilisez un code supplémentaire, à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, 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> .	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Brûlures et corrosions	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, à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, pour identifier la brûlure	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
<p>Brûlures touchant plusieurs régions corporelles</p>	<p>Lorsque la documentation indique des sièges précis de brûlures, attribuez des codes distincts à chacun de ces sièges.</p> <p>Attribuez le code T29.- <i>Brûlures et corrosions de plusieurs régions corporelles</i>, comme diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin de faciliter l'extraction des données.</p>	<p>Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.</p>
<p>Lésions traumatiques récentes versus anciennes</p>	<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>.</p> <p>Choisissez un code supplémentaire pour décrire la lésion, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.</p> <p>Inscrivez un code de la rubrique T90 à T98 <i>Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes</i>, pour décrire la nature sous-jacente de la lésion ancienne, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.</p>	<p>Renseignements supplémentaires utiles 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, à titre de diagnostic de type (3)/autre problème afin d'identifier l'agent infectieux.</p>	Renseignements supplémentaires utiles pour l'extraction de données locales.
Hémorragie, perforation ou laceration durant une intervention	<p>Inscrivez le code T81.0 <i>Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs</i>, facultatif, à titre de diagnostic de type (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. 	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.
Chapitre XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé		
Évaluation préalable au traitement	<p>Inscrivez le code Z01.8 <i>Autres examens spéciaux précisés</i> à titre de diagnostic principal pour décrire l'évaluation préalable au traitement.</p> <p>Vous pouvez aussi inscrire un code supplémentaire facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, pour décrire la raison sous-jacente de l'évaluation.</p>	Désigne une autre condition présente chez le patient, utile pour l'extraction de données locales.

Norme	Énoncé principal	Justification
Admission pour examen de contrôle	<p>Lorsque l'examen vise à évaluer une condition ou une blessure traitée auparavant (c.-à-d. antécédents personnels d'une affection pouvant être classée sous les catégories Z85 à Z88) et que <u>l'évaluation détermine qu'aucun autre traitement n'est nécessaire</u>, choisissez l'un des codes suivants comme diagnostic principal/problème 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>Inscrivez un code supplémentaire afin d'indiquer que le patient a un antécédent de la condition, facultatif, à titre de diagnostic de type (3)/autre problème.</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 <u>intervention ou la prestation de services</u>, choisissez un code de l'une des catégories suivantes comme diagnostic principal/problème principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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>Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème 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/ problème principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème 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/ problème principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de signaler toute découverte fortuite à l'examen.</p>	Désigne une autre condition présente utile pour l'extraction de données locales.
Admission pour transfusion sanguine	<p>Lorsqu'un patient est admis uniquement pour une session de transfusion sanguine, inscrivez le code Z51.3 <i>Transfusion sanguine, (sans mention de diagnostic)</i> en tant que diagnostic principal/ problème principal.</p> <p>Utilisez un code supplémentaire, facultatif, pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.</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>, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème, 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 (artérielle) 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 (artérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1FR13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, amygdales et végétations adénoïdes, approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1FU13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, glande thyroïde, approche percutanée (artérielle) 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 agent antihémorragique topique
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 (artérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1GT13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. électrocautère)
1GT13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif chauffant électrique spécial (p. ex. coagulation au plasma Argon)
1GT13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA, approche transluminale percutanée (artérielle) 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
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 et matériel synthétique (p. ex. poche en fils de polyester de Dacron, enrobage par maille de nitinol Heartnet)
1HZ34WKXXN	Compression, cœur NCA approche par incision minimale et matériel synthétique (p. ex. enrobage par maille de nitinol Heartnet)
1LZ19HHU7A	Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion autologue, cellules souches
1LZ19HHU7J	Transfusion, appareil circulatoire NCA, par transfusion homologue, cellules souches
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 ouverte (thorax)
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

Code de la CCI	Description
1NA13BABD	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et tamponnement par sonde à ballonnet (ou sonde de Blakemore)
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 utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. électrocautère, agrafes)
1NA13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et dispositif chauffant 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 utilisation d'un agent 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 au plasma 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 percutanée et utilisation de spirales (détachables)

Code de la CCI	Description
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
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 utilisation d'un dispositif chauffant électrique spécial (p. ex. coagulation au plasma Argon, Gold Probe [thermocoagulation bipolaire])
1NP13BAX7	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent chimique
1NP13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin, approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1NQ13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, rectum, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif NCA [p. ex. pince]
1NQ13BAKK	Contrôle d'une hémorragie, rectum, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un dispositif chauffant électrique spécial (p. ex. coagulation au plasma Argon)
1OA13DAAG	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), par coagulation au laser
1OA13DAW2	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique (par laparoscopie), utilisation d'une poudre de collagène
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 agent de cautérisation 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)
1OA13DAGX	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche endoscopique [laparoscopie] utilisation d'un dispositif NCA (p. ex. électrocautère)
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

Code de la CCI	Description
10A13LAAG	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, par coagulation au laser
10A13LAW2	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'une poudre de collagène
10A13LAW3	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'une colle de fibrine
10A13LAX7	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'un agent de cautérisation chimique
10A13LAXXE	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'un lambeau local de transposition (p. ex. patch épiploïque)
10A13LAXXN	Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation de tissu synthétique (p. ex. feutre téflon, treillis)
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 technique d'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 agent de cautérisation 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 technique d'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

Code de la CCI	Description
1OB13PFW3	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation de colle de fibrine
1OB13PFX7	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation d'un agent de cautérisation chimique (p. ex. thrombine topique)
1OB13PFXXE	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation d'un lambeau local (p. ex. gaine épiploïque)
1OB13PFXN	Contrôle d'une hémorragie, rate, approche ouverte par voie (sous-costale) postérieure, utilisation de tissu synthétique (p. ex. treillis, languettes de Téflon)
1OE13BAE3	Contrôle d'une hémorragie, canaux biliaires, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un stimulant cardiaque (p. ex. épinéphrine)
1OE13BAFF	Contrôle d'une hémorragie, canaux biliaires, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation de clips
1OJ13LA	Contrôle d'une hémorragie, pancréas, approche ouverte et par technique d'apposition (p. ex. suture)
1OJ13LAW3	Contrôle d'une hémorragie, pancréas, approche ouverte et utilisation de fibrine (avec ou sans compression)
1OT13LA	Contrôle d'une hémorragie, cavité abdominale, approche ouverte
1OT13LANP	Contrôle d'une hémorragie, cavité abdominale, approche ouverte, conservation du pansement in situ
1PB13LA	Contrôle d'une hémorragie, glande surrénale, approche ouverte et technique d'apposition (p. ex. sutures ou SAI)
1PC13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, rein, approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1PC13GQWO	Contrôle d'une hémorragie, rein, approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation d'un agent de synthèse [p. ex., éponge de gélatine, microsphères, polystyrène, alcool polyvinylique, particules de contour]
1PC13LA	Contrôle d'une hémorragie, rein, approche ouverte
1PM13BAAG	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un laser
1PM13BAC2	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un agent antihémorragique
1PM13BAGX	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un dispositif NCA
1PM13BANP	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un pansement occlusif ou languettes de coton (temporaire)
1PM13BAZ9	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche endoscopique par voie naturelle (transurétrale), utilisation d'un agent NCA

Code de la CCI	Description
1PM13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche transluminale percutanée, utilisation de spirales (détachables)
1PM13LAAG	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche ouverte, utilisation d'un laser
1PM13LAC2	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche ouverte, utilisation d'un agent antihémorragique
1PM13LAGX	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche ouverte, utilisation d'un dispositif NCA
1PM13LANP	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche ouverte, utilisation d'un pansement occlusif ou languettes de coton (temporaire)
1PM13LAZ9	Contrôle d'une hémorragie, vessie, approche ouverte, utilisation d'un agent NCA
1PM35LAM1	Pharmacothérapie (locale), vessie, 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
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 (artérielle) et utilisation de spirales (détachables)
1RS13GQGE	Contrôle d'une hémorragie, vagin, approche transluminale percutanée (artérielle) 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 (p. ex. pinces, par halo)
1SM03HAKC	Immobilisation, clavicule, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané

Code de la CCI	Description
1SM35LAK8	Pharmacothérapie (locale), clavicule, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamycine)
1SQ03HAKC	Immobilisation, bassin, immobilisation uniquement avec appareil de fixation externe percutané
1SQ35LAK8	Pharmacothérapie (local) bassin, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. Tobramycine)
1TA03HAKC	Immobilisation, articulation de l'épaule, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TA35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopie), utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1TA35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopie), utilisation d'une solution d'irrigation salée
1TA35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopie), utilisation d'une autre solution d'irrigation
1TA35DAP1	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche endoscopique (arthroscopie), utilisation d'un agent anesthésique local
1TA35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation de l'épaule, approche ouverte, utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1TK03HAKC	Immobilisation, humérus, avec traction percutanée (p. ex. squelettique), utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TK35LAK8	Pharmacothérapie (locale), humérus, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1TM03HAKC	Immobilisation, articulation du coude, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TM35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1TM35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation salée
1TM35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une autre solution d'irrigation
1TM35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation du coude, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1TV03HAKC	Immobilisation, radius et cubitus, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1TV35LAK8	Pharmacothérapie (locale), radius et cubitus, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1UB03HAKC	Immobilisation, articulation du poignet, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1UB35DAD1	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse

Code de la CCI	Description
1UB35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation salée
1UB35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une autre solution d'irrigation
1UB35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation du poignet, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1UJ03HAKC	Immobilisation, autres phalanges 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, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
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 (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1VA35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation de la hanche, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation salée
1VA35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation de la hanche, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une autre solution d'irrigation
1VA35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation de la hanche, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles 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 utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles 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 (arthroscopie), utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1VG35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation du genou, approche endoscopique (arthroscopie), utilisation d'une solution d'irrigation salée
1VG35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation du genou, approche endoscopique (arthroscopie), 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. perles de gentamicine)

Code de la CCI	Description
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 utilisation d'un 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 (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation anti-infectieuse
1WA35DAD2	Pharmacothérapie (locale), articulation de la cheville, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une solution d'irrigation salée
1WA35DAD3	Pharmacothérapie (locale), articulation de la cheville, approche endoscopique (arthroscopie) et utilisation d'une autre solution d'irrigation
1WA35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulation de la cheville, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien aminoside (p. ex. perles de gentamicine)
1WE35LAK8	Pharmacothérapie (locale), tarse et articulations intertarsiennes (arrière pied et pied moyen), approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1WJ35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulations tarsométatarsiennes, autres métatarses et autres articulations métatarsophalangiennes (avantpied), approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien (p. ex. perles de gentamicine)
1WLO3HAKC	Immobilisation, autres phalanges du pied, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1WM35LAK8	Pharmacothérapie (locale), articulations interphalangiennes de l'orteil, approche ouverte et utilisation d'un agent antibactérien aminoside (p. ex. perles de gentamicine)
1WY19HHXXA	Transfusion, moelle osseuse, perfusion (greffe) de moelle osseuse autologue
1WY19HHXXI	Transfusion, moelle osseuse, perfusion (greffe) de moelle osseuse homologue (allogénique) sans purgation
1WY19HHXXM	Transfusion, moelle osseuse, perfusion (greffe) de moelle osseuse homologue (allogénique) purgée

