



14 Santé

Circulaire pour les codeuses et les codeurs 2021 n° 2

29 juin 2021

Neuchâtel, 2021

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)	Concept de mise en page:	Section DIAM
Renseignements:	Secrétariat de codage : codeinfo@bfs.admin.ch	Copyright:	OFS, Neuchâtel 2021 Reproduction autorisée seulement avec l'accord préalable des auteurs
Rédaction:	Domaine Classifications médicales		
Série:	Statistique de la Suisse		
Domaine:	14 Santé	Téléchargement :	www.statistique.ch
Langue du texte original:	Allemand		
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS		

1. Généralités

1.1. Instruments de codage en vigueur

À compter du 1^{er} juillet 2021, les instruments de codage suivants s'appliquent:

- Manuel de codage médical: Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Version 2021
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2021 / n° 1 **et son annexe**
- Circulaire pour les codeuses et les codeurs: 2021 / n° 2 **et son annexe**
- Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP): Index systématique -Version 2021
- CIM-10-GM 2021 Index systématique : Classification internationale des maladies - 10e révision - German Modification
- Dernière communication officielle Codage COVID-19

Les instruments pour le codage médical sont disponibles sur www.bfs.admin.ch:

Office fédéral de la statistique → Trouver des statistiques → 14 - Santé → Bases statistiques et enquêtes → Nomenclatures → Classifications et codage médicaux → Instruments pour le codage médical → Instruments en vigueur pour le codage médical, par année.

La statistique médicale des hôpitaux est une enquête exhaustive obligatoire. Ces données sont collectées chaque année. Les instruments de codage désignés ci-dessus valent pour le codage de toutes les hospitalisations dans les hôpitaux et cliniques de Suisse y compris les cliniques de réadaptation, psychiatriques et spéciales, ainsi que les maisons de naissance.

Les bases légales sont:

- la loi sur la statistique fédérale du 9 octobre 1992 (LSF) et
- la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)

1.1.1. Versions de référence

Pas de modification par rapport à la circulaire 2021 n° 1.

1.1.2. Circulaire et annexe

Pas de modification par rapport à la circulaire 2021 n° 1.

1.1.3. Codages analogues et notices pour la saisie des prestations et de la tarification de SwissDRG SA

Les notices pour la saisie des prestations et de la tarification de SwissDRG SA doivent également être prises en compte.

Chemin: www.swissdrg.org → Somatique aiguë/Psychiatrie/Réadaptation → Rubrique SwissDRG → Notice pour la saisie des prestations et de la tarification

<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg/notice-pour-la-saisie-des-prestations>

Les notices sur les codages analogues de SwissDRG SA doivent également être prises en compte.

Chemin: www.swissdrg.org → Somatique aiguë → Rubrique Système SwissDRG 10.0/2021 → Codage analogue

<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1002021/analogiekodierung>

Les autres publications de SwissDRG SA doivent être prises en considération tout au long de l'année.

1.2. Questions sur le codage

1.2.1. Procédure

Pas de modification par rapport à la circulaire 2021 n° 1.

1.2.2. Anonymisation

Les informations suivantes concernant les patientes et patients et/ou leurs proches doivent être retirées pour rendre les documents anonymes:

- Nom, prénom
- Jour et mois de naissance (à l'exception des nouveau-nés jusqu'à l'âge d'un an (< 1 an))
- Adresse du domicile
- Coordonnées (numéro de téléphone, etc.)

Le personnel de l'OFS est soumis au secret statistique (conformément à l'art. 14 de la loi sur la statistique fédérale) et à la loi fédérale sur la protection des données.

2. Informations complémentaires au manuel de codage 2021

Légende: Nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires au manuel de codage 2021 présentées dans la circulaire 2021 n° 1 sont toujours valables.

Les corrections apportées en sus sont présentées ici:

2.1. Correction de la règle de codage S1505 - période d'expulsion

Concerne uniquement la version française

En raison d'une erreur de traduction dans la version française du manuel de codage, la dernière phrase de l'exemple 7 dans la règle de codage S1505j doit être remplacée par:

~~La documentation médicale indique que la période d'expulsion prolongée a entraîné le plus d'efforts de soins au sens de la règle G52.~~
La documentation médicale indique que **la période de dilatation** prolongée a entraîné le plus d'efforts de soins au sens de la règle G52.

2.2. Correction de l'exemple 4 dans la règle de codage S1909

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans l'exemple 4 de la règle de codage S1909j «Effets indésirables de substances thérapeutiques (prises conformément aux prescriptions)», le titre du code du diagnostic principal doit être corrigé comme suit :

DP I62.00 Hémorragie sous-durale ~~(non traumatique),~~ aiguë

2.3. Directives de codage de la réadaptation – Correction Réadaptation musculo-squelettique

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans le codage de l'exemple 5 «Réadaptation musculo-squelettique», le code

~~DS ——— Z50.1 ——— Autres thérapies physiques~~

doit être supprimé sans remplacement en raison d'un transfert non réalisé.

2.4. Tableau de la règle de codage D12 – Correction du code

Concerne toutes les versions linguistiques

Dans le tableau de la règle de codage D12 j, le code ~~K59.0 Autres troubles fonctionnels de l'intestin, constipation~~ doit être remplacé par **K59.09 Constipation, autre et sans précision**

3. Informations complémentaires CHOP 2021

Légende: nouveautés en vert, suppressions en rouge

Les informations complémentaires sur la CHOP 2021 présentées dans la circulaire 2021 n° 1 sont toujours valables, sauf pour les points suivants :

3.12. 93.8B.- Soins palliatifs spécialisés - Adaptation des caractéristiques minimales

3.16. 99.B7.- et 99.B8.- USI et U-IMC - Nouvelle désignation du document de référence

3.1. Embolisation par coil et «Coder aussi» pour coils extra-long

Concerne toutes les versions linguistiques

Un «Coder aussi» pour l'«insertion de coils endovasculaires **extra-long**, selon le nombre» doit être introduit sous les codes et le groupe d'éléments suivants :

39.72.11 Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens avec particules ou coils

Embolisation sélective de vaisseaux intracrâniens avec spires métalliques

Cod. a.: Lors d'une embolisation par coil: Coils endovasculaires implantés dans des vaisseaux intracrâniens, selon le nombre (00.4A.8-)

Insertion de coils endovasculaires extra-long, selon le nombre (00.4A.4-)

[...]

39.72.21 Embolisation sélective de vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou avec particules ou coils

Embolisation sélective de vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou avec spires métalliques

Cod. a.: Coils endovasculaires implantés dans des vaisseaux extracrâniens de la tête et du cou, selon le nombre (00.4A.A-)

Insertion de coils endovasculaires extra-long, selon le nombre (00.4A.4-)

[...]

39.79.2- Embolisation ou occlusion par coils, autres vaisseaux

Cod. a.: Pour toutes les localisations suivantes à l'exception des vaisseaux rachidiens: Coils endovasculaires implantés dans des vaisseaux thoraciques, abdominaux et périphériques, selon le nombre (00.4A.5-)

Insertion de coils endovasculaires extra-long, selon le nombre (00.4A.4-)

3.2. Médecine palliative et traitement de soins infirmiers complexes

Concerne toutes les versions linguistiques

Un «Coder aussi» pour le traitement de soins infirmiers complexes est introduit sous «Traitement complexe de médecine palliative» et «Soins palliatifs spécialisés».

93.8A.2- Traitement complexe de médecine palliative, selon le nombre de jours de traitement

Cod. a. : Si effectué - Traitement de soins infirmiers complexes (99.C-)

[...]

Pour les soins palliatifs spécialisés, les modifications des caractéristiques minimales de la circulaire 2021 n° 1 ont été reprises, en plus de l'indication de la nouvelle version actuelle du document de référence.

93.8B.- Soins palliatifs spécialisés

Cod. a. : **Si effectué - Traitement de soins infirmiers complexes (99.C-)**

Note:

Caractéristique minimale point 0, document de référence et certification:

Document de référence: Les critères minimaux précis de la structure et exceptions correspondantes peuvent être consultés dans le document: «Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires», version ~~3-2~~ 3.3, valable à partir ~~de 01.07.2020~~ 01.01.2021. Lien: <https://www.palliative.ch/fr/professionnels/actualite/documentation/>

Certification: Pour saisir des codes des groupes d'éléments 93.8B.1- et 93.8B.2-, l'unité en charge du traitement doit avoir le label de qualité «soins palliatifs spécialisés». L'institution est certifiée «Unités spécialisées & Équipes mobiles - Soins palliatifs spécialisés» ou «Unités spécialisées - Soins palliatifs spécialisés».

Caractéristique minimale point 1, indication: ~~Surveillance et t~~ Traitement continu sur 24 heures dans une unité de soins palliatifs autonome ~~de médecine palliative (service ou clinique)~~, par une équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les ~~traitements~~ soins palliatifs particulièrement exigeants et complexes ~~et élaborés~~. Traitement actif intégral pour le contrôle des symptômes et la stabilisation psychosociale de ~~patientes et~~ patients atteints d'une maladie ~~progressive~~ chronique/incurable à un stade avancé et/ou dont l'espérance de vie est limitée. Décision prospective en fonction de la situation avec appel éventuel à des spécialistes.

[...]

Caractéristique minimale point 4, équipe thérapeutique:

a) composition et direction de l'équipe: équipe multidisciplinaire/interprofessionnelle spécialisée dans les ~~traitements~~ soins palliatifs particulièrement exigeants et complexes ~~et élaborés, sous la direction d'un médecin spécialiste disposant d'une formation continue spécifique en médecine palliative, d'au moins 80 heures, ou~~ sous la direction d'un médecin spécialiste ~~avec formation approfondie interdisciplinaire en médecine palliative ayant une formation complémentaire en médecine palliative interdisciplinaire~~. La direction professionnelle du traitement 24 h sur 24 peut être assurée par un service de piquet.

b) soins: direction des soins infirmiers par une personne possédant une qualification complémentaire reconnue en soins palliatifs et au moins ~~6 mois~~ deux ans d'expérience dans le traitement de patients palliatifs.

c) équipe thérapeutique multidisciplinaire composée de médecins, de personnel soignant et des domaines thérapeutiques suivants: travail social/travail socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie.

[...]

3.3. 99.04.- et 99.05.- Correction de la version des documents de référence

Concerne toutes les versions linguistiques.

Les informations liées aux documents de référence dans la «note» des sous-catégories 99.04.- «Transfusion de globules rouges concentrés» et 99.05.- «Transfusion de plaquettes» sont à corriger comme suit.

99.04.- Transfusion de globules rouges concentrés

Note : Une unité de transfusion se compose d'un volume de 200-350 ml (prescriptions de Transfusion CRS Suisse; chapitre 18 A: Spécifications: sang complet et concentrés érythrocytaires (~~version 3, du 01.01.2015~~ version 6, entrée en vigueur le 01.01.2021), chemin: [Dokuman > Vorschriften BSD > Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse > Kapitel \(sbsc-bsd.ch\)](#)). Lors de transfusion de concentrés érythrocytaires à un bébé jusqu'à 1 an révolu, chaque concentré érythrocytaire divisé administré doit être compté. Le volume minimal ne s'applique pas.

[...]

99.05.- Transfusion de plaquettes

Transfusion de thrombocytes

Note : Un concentré présente un volume d'au moins 150 ml et un contenu en plaquettes de plus de ou égal à $2,4 \times 10^{11}$ /unité (prescriptions de Transfusion CRS Suisse; chapitre 18 B: Spécifications: concentrés plaquettaires (~~version 5, du 01.01.2015~~ version 8, entrée en vigueur le 01.01.2020), chemin: [Dokuman > Vorschriften BSD > Vorschriften: Kapitel & Beschlüsse > Kapitel \(sbsc-bsd.ch\)](#)). Lors de transfusion de concentrés plaquettaires à un bébé jusqu'à 1 an révolu, chaque concentré plaquettaire divisé administré doit être compté. Le volume minimal ne s'applique pas.

[...]

3.4. 99.B7.- und 99.B8.- IPS und IMCU - Nouvelle version du document de référence et ajustement des liens

Concerne toutes les versions linguistiques

Le chemin d'accès au document de référence «Données minimales de la SSMI» et la version ont été modifiés comme suit:

99.B7.1 Traitement complexe de médecine intensive chez l'adulte (procédure de base), selon le nombre de points de dépense

[...]

Note:

Caractéristiques minimales:

- Surveillance et traitement continus 24 heures sur 24 par une équipe infirmière et médicale sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine intensive, dans une unité de soins intensifs (USI) reconnue par la Société suisse de médecine intensive SSMI, - Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: score SAPS II + somme de NEMS. Le SAPS II est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes de SAPS II (simplified acute physiology score) et de NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V. 29f_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch -> Ressources -> ~~Gestion de la qualité~~ -> Données -> ~~«MDSiV29_frz»~~ ~~«MDSiV29 FR V7.def»~~.
- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoabsorption, ainsi que les mesures de réanimation doivent faire l'objet d'un codage séparé. Ce code doit être indiqué pour les patients dès 16 ans révolus.

[...]

99.B7.2 Traitement complexe de médecine intensive chez l'enfant (procédure de base), selon le nombre de points de dépense

[...]

Note: Caractéristiques minimales:

- surveillance et traitement continus sur 24 heures par une équipe infirmière et médicale, sous la direction d'un médecin spécialiste en médecine intensive, dans une unité de soins intensifs (USI) reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI).
- Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: indice PIM 2 (valeur absolue) + somme des NEMS. L'indice PIM 2 est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes de l'indice PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) et du score NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V. 29f_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressources -> ~~Gestion de la qualité~~ -> Données -> ~~«MDSiV29_frz»~~ ~~«MDSiV29 FR V7.def»~~.
- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoabsorption, les mesures de réanimation, etc. doivent faire l'objet d'un codage séparé. Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de plus de 28 jours, mais n'ont pas atteint l'âge de 16 ans.

[...]

99.B7.3 Traitement complexe de médecine intensive chez le nouveau-né (procédure de base), par points de dépense

[...]

Note: Caractéristiques minimales:

- Surveillance continue 24 h sur 24 avec traitement par une équipe de soignants spécialisés en néonatalogie et de médecins spécialisés en néonatalogie, dans une unité de soins intensifs (USI) de niveau III en néonatalogie reconnue par la Société suisse de néonatalogie (SSN) et/ou une unité de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive (SSMI), sous la direction d'un pédiatre spécialisé en néonatalogie ou d'un spécialiste en médecine intensive.
- Le nombre de points de dépense est calculé comme suit: PIM 2 ou CRIB 2 + somme des NEMS. Le PIM 2/CRIB 2 (facultatif, en fonction des critères de maturation/poids pouvant être remplis) est relevé une fois dans les premières 24 h de séjour à l'USI. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5. Les définitions exactes des indices PIM 2 (Pediatric Index of Mortality 2) et CRIB 2 (Clinical Risk Index for Babies 2) et du score NEMS

(Nine Equivalent of nursing Manpower use Score) sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V. 29f_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> ~~Gestion de la qualité~~ -> Données -> ~~«MDSiV29_frz»~~ «MDSiV29 FR V7.def».

- Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoabsorption, les mesures de réanimation, etc. doivent faire l'objet d'un codage séparé. Ce code doit être utilisé pour les patients qui, au moment de l'admission, sont âgés de 28 jours ou plus jeunes.

[...]

99.B8.1 Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez l'adulte, selon le nombre de points de dépense

[...]

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: score SAPS II + somme des NEMS. Le SAPS II est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes de SAPS II (simplified acute physiology score) et de NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V. 29f_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> ~~Gestion de la qualité~~ -> Données -> ~~«MDSiV29_frz»~~ «MDSiV29 FR V7.def».

Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoabsorption, ainsi que p. ex. les mesures de réanimation et les traitements complexes supplémentaires doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive pour la durée du séjour dans une U-IMC.

99.B8.2 Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez l'enfant, selon le nombre de points de dépense

[...]

Note:

[...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: probabilité de décès d'après le PIM 2 + somme des NEMS. L'indice PIM 2 est relevé une fois au cours des premières 24 heures du séjour en U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes de PIM 2 (pediatric index of mortality) et de NEMS (nine equivalent of nursing manpower use score) sont disponibles et consultables dans le document «Données minimales de la SSMI V. 29f_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> ~~Gestion de la qualité~~ -> Données -> ~~«MDSiV29_frz»~~ «MDSiV29 FR V7.def».

Les procédures spéciales de médecine intensive telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoabsorption, ainsi que p. ex. les mesures de réanimation et les traitements complexes supplémentaires doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive en même temps pour la durée du séjour dans une U-IMC.

99.B8.3 Traitement complexe en unité de soins intermédiaires (U-IMC) chez le nouveau-né, par points de dépense

Note

[...]

Caractéristique minimale point 3, calcul et saisie:

Le nombre de points de dépense se calcule comme suit: probabilité de décès d'après le PIM2 ou le CRIB 2 + somme des NEMS. Le PIM 2 ou le CRIB 2 (facultatif, en fonction des critères de maturation/poids pouvant être remplis) est relevé une fois dans les premières 24 h de séjour à l'U-IMC. Le NEMS est relevé une fois par période de travail continue. Pour les périodes de travail de 8 heures, les NEMS sont simplement additionnés, tandis que pour les périodes de 12 heures, la somme totale des NEMS est multipliée par 1,5.

Les définitions exactes des indices PIM 2 (Pediatric Index of Mortality) et CRIB 2 (Clinical Risk Index for Babies 2) et du score NEMS (Nine Equivalent of nursing Manpower use Score) sont disponibles et consultables dans le document le document «Données minimales de la SSMI V. 29f_2019» sur: www.sgi-ssmi.ch/fr -> Ressorts -> ~~Gestion de la qualité~~ -> Données -> ~~«MDSiV29_frz»~~ «MDSiV29 FR V7.def».

Les procédures spéciales telles que transfusions de plasma et de composants du plasma, plasmaphérèse et immunoadsorption, les mesures de réanimation, d'hypothermie systémique, etc., de même que les traitements complexes complémentaires, doivent faire l'objet d'un codage séparé. Il n'est toutefois pas possible de coder un traitement complexe de médecine intensive pour la durée du séjour dans une UIMC.

3.5. BA.- Prestation de base en réhabilitation – correction de la caractéristique minimal point 0

Concerne toutes les versions linguistiques

La «note» «caractéristique minimale point 0, document de référence» de la catégorie BA.- «Prestation de base en réadaptation» doit être adaptée comme suit.

BA.- Prestation de base en réadaptation

Note: A. S'applique pour toutes les prestations de base:

Caractéristique minimale point 0, document de référence: les profils d'exigences pour les prestations médicales décrites en réadaptation ~~hospitalière~~ ~~stationnaire~~ sont disponibles ~~dans le document~~ selon le type de réadaptation dans les documents «Document de référence concernant l'infrastructure et le personnel des codes CHOP BA. [...] ~~BA.8, état au 27.11.2018~~», valable à compter du 01.01.2019. La version en vigueur pour la catégorie à 3 positions BA.1 «Réadaptation neurologique» est celle du 28.03.2019. Pour la catégorie à 3 positions BA.6 «Réadaptation en médecine interne et oncologique», c'est le document du 01.01.2021. Pour les catégories à 3 positions BA.2 à BA.5 ainsi que BA.7 à BA.8, il s'agit des documents du 27.11.2018. Ces documents sont disponibles sous le lien suivant dans la section «Caractéristiques minimales en matière d'infrastructure et de personnel: document de référence»: <https://www.fmh.ch/exigences-st-reha#minimales>

[...]

3.6. Correction de l'intitulé des codes BB.25.12 et BB.26.12

Concerne uniquement la version française

L'intitulé des codes BB.25.12 et BB.26.12 est à corriger comme suit:

BB.25.12 Réadaptation musculo-squelettique, prestation supplémentaire de la thérapie, avec en moyenne ~~675~~ ~~975~~ jusqu'à moins de 790 minutes de thérapie par semaine

[...]

BB.26.12 Réadaptation en médecine interne et oncologique, prestation supplémentaire de la thérapie, avec en moyenne ~~675~~ ~~975~~ jusqu'à moins de 790 minutes de thérapie par semaine

[...]

4. Informations complémentaires CIM-10-GM 2021

4.1. Index alphabétique: Enrichissements «Abus d'alcool»

Concerne uniquement la version française et italienne

Concerne uniquement l'index alphabétique des versions française et italienne.

Les enrichissements suivants ont été intégrés pour un codage plus précis de l'abus d'alcool:

(Extrait du fichier CSV)

Entrée de l'index	Code, resp. codes dague-étoile entre guillemets	Libellé permuté ou renvoi de type voir ou voir aussi.
Abus	F10.2	Abus chronique d'alcool
Abus	F10.1	Abus d'alcool
Abus	F10.3	Abus d'alcool avec sevrage
Alcool	F10.2	Abus chronique d'alcool
Alcool	F10.1	Abus d'alcool
Alcool	F10.3	Abus d'alcool avec sevrage

4.2. Nouveaux codes U dans la CIM-10-GM 2021

Concerne toutes les versions linguistiques

Les codes suivants ont été attribués dans l'index systématique de la CIM-10-GM 2021. Ces codes ont déjà été évoqués dans la communication officielle 2021 n° 2 Codage COVID-19.

U11.- Nécessité d'une vaccination contre le COVID-19

U11.9 Nécessité d'une vaccination contre le COVID-19, sans autre précision

Vaccination (prophylactique) contre le COVID-19

Attribuez ce code pour indiquer qu'une personne a recours aux services de santé pour la vaccination contre le COVID-19.

Attribuez ce code chez une personne en plus des autres codes. Si la vaccination contre le COVID-19 est elle-même à l'origine du recours aux services de santé, attribuez en premier le code Z25.8 puis le code U11.9 en code supplémentaire.

U12.-! Effets secondaires indésirables de l'utilisation de vaccins contre le COVID-19

U12.9! Effets secondaires indésirables de l'utilisation de vaccins contre le COVID-19, sans autre précision

Effets secondaires indésirables de vaccins contre le COVID-19 utilisés conformément aux indications et à dose (prophylactique) correcte

Ce code secondaire doit être utilisé comme un code du chapitre XX Causes externes de morbidité et de mortalité. Utilisez en plus un code primaire d'un autre chapitre de la classification pour indiquer le type d'effets secondaires indésirables.

5. Annexe

5.1. Informations et précisions (anciennement nommées FAQ)

La présente circulaire contient **toutes** les « Informations et précisions » valables à partir du 1^{er} juillet 2021.

Explications sur la numérotation

Les « informations et précisions » sont énumérées dans l'ordre croissant, en commençant par les informations les plus récentes ou actualisées.

P.ex.: 0999 (numéro) 01.01.2012 (valable depuis)
0998 01.01.2012
[...]
0852 01.07.2017, etc.

0795 01.07.2021 Ablation percutanée de lésion ou de tissu du poumon

L'«ablation percutanée de lésion ou de tissu du poumon» est saisie avec le code 32.24 «Excision percutanée de lésion ou de tissu du poumon ».

0796 01.07.2021 Fundoplicature pour hernie hiatale : saisie supplémentaire code CHOP 44.92 Manipulation peropératoire de l'estomac

Lors d'une hernie hiatale, il y a un déplacement de l'estomac (de parties de l'estomac) par le hiatus œsophagien du diaphragme, de la cavité abdominale vers la cavité thoracique. Ces hernies peuvent être divisées en hernies hiatales para-œsophagiennes et axiales. Dans le premier cas, des parties de l'estomac passent à côté de l'œsophage dans le médiastin. Concernant l'étendue, cela peut aller d'une herniation para-œsophagienne légère à une rotation complète de l'estomac (volvulus) avec étranglement et un estomac entièrement intrathoracique (up-side-down stomach).

70 à 90% des hernies hiatales comptent cependant parmi les hernies hiatales dites axiales (ou encore par glissement). Dans ce cas, le cardia remonte dans le médiastin à travers le hiatus œsophagien.

Lors d'une hernie hiatale axiale légère ou d'une herniation para-œsophagienne faiblement marquée, l'étendue de la manipulation de l'estomac est trop peu importante pour justifier l'utilisation du code CHOP 44.92 « Manipulation peropératoire de l'estomac ». Pour une fundoplicature, il est indispensable que les parties gastriques herniées dans le médiastin soient préalablement repositionnées sous le diaphragme. Cette étape opératoire est ainsi inhérente par exemple au code de procédure 44.67.20.

Lors d'un volvulus gastrique dans le médiastin ou d'un estomac entièrement intrathoracique (up-side-down stomach), le codage supplémentaire de 44.92 « Manipulation peropératoire de l'estomac » est autorisé.

À un tel stade, il s'agit d'une charge opératoire supplémentaire qui n'est pas représentée uniquement par l'utilisation d'un code des rubriques 44.66.- « Autres opérations anti-reflux gastro-œsophagien » ou 44.67.-« Interventions laparoscopiques de restauration de fonction du sphincter gastro-œsophagien ».

0797 01.07.2021 Fièvre après vaccination contre le COVID-19

Si de la fièvre survient après l'administration d'un vaccin contre le COVID-19 et qu'il en résulte une hospitalisation, le codage suivant est recommandé:

R50.88 Autre fièvre précisée

U12.9! Effets secondaires indésirables de l'utilisation de vaccins contre le COVID-19, sans autre précision

Le code pour la fièvre d'origine médicamenteuse R50.2 «Fièvre d'origine autre et inconnue [Drug fever]» (en lien avec l'effet pharmacologique du médicament) ne doit dans un premier temps pas être utilisé, car il n'y a encore aucune note officielle indiquant que cet effet secondaire est provoqué/peut être provoqué par le vaccin contre le COVID-19 lui-même.

0798 01.07.2021 D12j – Précision de la règle de codage concernant l'exemple 7

La myosite est une maladie inflammatoire des muscles squelettiques. Elle peut être d'origine infectieuse (bactéries, virus, champignons) ou non (processus auto-immuns ou substances toxiques).

Une myosite infectieuse sans association avec un implant est codée au moyen de M60.0- «Myosite infectieuse».

Si l'agent infectieux doit être indiqué, un code supplémentaire (B95 - B98) doit être utilisé.

Une myosite associée à un implant est codée au moyen de M60.8 « Autres myosites selon » l'exemple 7, règle de codage D12j.

L'usure et/ou la «réaction à un corps étranger» peuvent entraîner le développement d'une myosite associée à l'implant, même en l'absence d'agents pathogènes.

En présence d'agents pathogènes, leur origine doit être comprise comme étant l'implant et également enregistrée en plus avec les codes des rubriques T84.- et B95 - B98.

0799 01.07.2021 Prophylaxie anti-D

La prophylaxie anti-D administrée pendant le séjour hospitalier de la mère rhésus négatif est codée avec Z29.1 «Immunothérapie prophylactique» dans le cas de la mère.

Le code CIM-10-GM O36.0 «Soins maternels pour iso-immunisation anti-Rh» n'est utilisé que s'il existe un effort de soins médicaux > 0 chez la mère en raison d'anticorps anti-D avérés et/ou d'une maladie hémolytique du fœtus et/ou du nouveau-né avec incompatibilité de rhésus médicalement diagnostiquée et documentée.

0800 01.07.2021 Remplacement d'un composant à distance du patient d'un système d'assistance cardio-vasculaire univentriculaire et biventriculaire

Dans l'attente d'une clarification des codes CHOP et en raison de la représentation dans la structure tarifaire s'applique ce qui suit:

Si, lors d'une intervention, seul le composant à distance du patient du ventricule gauche ou droit d'un «système d'assistance cardio-vasculaire biventriculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel» est remplacé, le code 37.6D.11 «Remplacement d'un composant à distance du patient d'un système d'assistance cardiovasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, univentriculaire» doit être utilisé. Si, lors d'une intervention, les deux composants ventriculaires, c'est-à-dire les composants à distance du patient du ventricule gauche et droit d'un «système d'assistance cardio-vasculaire biventriculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel» est remplacé, le code 37.6D.21 «Remplacement d'un composant à distance du patient d'un système d'assistance cardiovasculaire, avec pompe, sans fonction d'échange gazeux, extracorporel, biventriculaire» doit être utilisé.

0801 01.07.2021 Codage du vissage trans-ilio-sacré d'une fracture du sacrum

Pour les fractures alaires simples du sacrum (par exemple dans le cadre d'une fracture ostéoporotique) avec colonne vertébrale stable, le code 7A.49 «Ostéosynthèse de vertèbres isolées, cyphoplastie ou vertébroplastie, autre» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé.

Pour les fractures du sacrum entraînant une instabilité vertébrale (survenant généralement dans le cadre d'un polytraumatisme), le code 7A.73.11 «Stabilisation non dynamique de la colonne vertébrale par ostéosynthèse sans fusion des vertèbres, abord dorsal ou dorsolatéral, 1 segment» suivi de 81.29.10 «Arthrodèse sacro-iliaque» doit être utilisé pour l'abord dorsal/dorsolatéral (incl. abord percutané).

0802 01.07.2021 Transformation de sexe

Les «coder aussi» sous la catégorie à 3 positions 64.5- «Opération pour transformation de sexe» ne sont pas exhaustifs.

Les codes sous 64.5- (chapitre 11 de la CHOP «Opérations des organes génitaux masculins») doivent être utilisés pour chaque intervention en lien avec une transformation de sexe, même si ces opérations de transformation concernent les caractéristiques sexuelles secondaires (par exemple mastectomie sous-cutanée).

0803 01.07.2021 Conversion de MoCA vers MMSE

Dans la catégorie U51.- « Limitation fonctionnelle cognitive » figurent sous les codes U51.0- à U51.2- les procédures d'évaluation, d'examen et de test suivantes:

- Indice de Barthel
- FIM (Functional Independence Measure™) cognitif
- MMSE (Mini Mental Status Examination)

Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) est de plus en plus utilisé comme instrument de dépistage pour saisir le degré de gravité d'une limitation fonctionnelle cognitive.

Les codes de la catégorie U51.- «Limitation fonctionnelle cognitive» peuvent également être utilisés pour un MoCA effectué. Pour la conversion uniforme des scores MoCA vers MMSE, le tableau de conversion¹ de l'hôpital «FELIX PLATTERspital, Universitäre Altersmedizin Basel, Memory Clinic» doit être utilisé.

0804 01.07.2021 Réadaptation – AA.31.– Test de marche de 6 minutes

La saisie d'un code de la rubrique AA.31.- «Test de marche de 6 minutes» est obligatoire en 2021 pour la réadaptation pulmonaire. Si le test ne peut être effectué en raison du mauvais état (temporaire) du patient, le code AA.31.11 «Test de marche de 6 minutes, moins de 150 m» doit être sélectionné.

0805 01.07.2021 Saisie de limitations fonctionnelles dans le cadre de traitements palliatifs selon la règle de codage S0217

Les codes des rubriques U50.- à U51.- qui se rapportent à l'indice de Barthel peuvent être relevés pour les traitements de la médecine palliative (comme pour les traitements gériatriques et de réadaptation précoce) au **début du traitement palliatif**.

Cela signifie, en référence aux notes sous les rubriques U50.- et U51.-, que le relevé ne doit pas nécessairement avoir lieu dans les 5 premiers jours du traitement **hospitalier**.

Cette précision s'applique aux soins palliatifs conformément à la règle de codage S0217 «Traitement palliatif» et à la précision de cette dernière dans la circulaire 2021 n° 1.

0806 01.07.2021 Codage du pontage aorto-iliaco-fémoral avec prothèse vasculaire en Y unique

Un pontage aorto-iliaco-fémoral avec prothèse vasculaire en Y unique doit être représenté par le code 39.25.19 «Pontage aorto-iliaco-fémoral, aortique, autre» avec indication de la latéralité 0 («bilatéral»).

0807 01.01.2021 Dispositifs d'embolisation vs protection anti-embolie

La CHOP 2021 comprend des catégories de codes pour les opérations/interventions **visant à obturer un vaisseau**, appelées embolisations avec coils, plugs, filtres (parapluie) etc., par ex. 39.79.2- « Embolisation ou occlusion par coils, autres vaisseaux », 39.79.5- « Embolisation sélective d'autres vaisseaux par filtres (parapluie) » ou 39.79.A- « Embolisation sélective d'autres vaisseaux par plugs » etc. En outre, les codes supplémentaires de la catégorie 00.4A.- « Nombre de coils endovasculaires utilisés » et 00.4G.- « Insertion de corps d'obturation vasculaire » sont également à disposition.

Les codes supplémentaires des groupes d'éléments de 00.4G.2- à 00.4G.6- « Filtres (parapluie) vasculaires implantés dans [...] », selon le nombre ne s'appliquent que pour représenter les dispositifs utilisés dans le cadre d'opérations/interventions pour obturation de vaisseaux (embolisations par ex.) sous forme de codes supplémentaires.

Pour pouvoir cependant représenter le nombre de «filtres (parapluie)» utilisés comme systèmes de protection anti-embolie, les codes suivants sont saisis autant de fois que les filtres sont utilisés. Les codes doivent s'accompagner de la date de l'intervention lors de laquelle les systèmes de protection anti-embolie sont utilisés.

38.7X.11 «Insertion d'un système de protection anti-embolie dans la veine cave, par chirurgie ouverte»

38.7X.21 «Insertion transluminale percutanée de système de protection anti-embolie dans la veine cave»

39.75.13 «Intervention vasculaire transluminale percutanée, autres vaisseaux, système de protection anti-embolie (vaisseaux périphériques ou viscéraux)»

39.C5 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie»

Les codes sous 00.4G.- **ne doivent pas** être utilisés pour les systèmes de protection anti-embolie.

¹ <http://www.mocatest.ch/umrechnungstabellen/>

En cas d'interventions avec embolisations et utilisation de systèmes de protection anti-embolie, le nombre de dispositifs d'embolisation sont saisis avec le code correspondant des sous-catégories 00.4A.- et 00.4G.- (l'information du nombre de dispositifs est comprise dans le code).

Les codes pour la protection anti-embolie sont saisis en plus.

0808 01.01.2021 Remplacement d'endoprothèse de genou et implantation d'autres composantes/de composantes supplémentaires

Si une endoprothèse de genou existante, quel que soit son type, est remplacée par une autre endoprothèse de genou, il convient de choisir le code avec la désignation «lors d'un remplacement de prothèse» pour l'implantation. Par ex., pour l'explantation d'une hémiprothèse et l'implantation d'une endoprothèse totale au même genou, le code 81.54.31 «Implantation d'une endoprothèse totale standard de genou lors d'un remplacement de prothèse» doit être saisi pour l'implantation, et **non** le code 81.54.21 «Première implantation d'endoprothèse totale standard de genou».

Si, lors du remplacement d'une endoprothèse de genou, un resurfaçage arrière de rotule est utilisé pour la première fois, le code 81.54.42 «Implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule lors d'un remplacement» doit être saisi, et **non** le code 81.54.27 «Première implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule».

0809 01.01.2021 «Caractéristique minimale point 4, planification de sortie» du code 93.59.5- «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants, selon le nombre de jours de traitement»

Si une patiente/un patient meurt pendant le «Traitement complexe de colonisation ou d'infection à agents infectieux multirésistants», la caractéristique minimale, point 4 «planification de sortie» ne s'applique pas.

Lors du transfert dans une autre unité (par ex. un hôpital, un établissement de réadaptation, etc.) avec un isolement strict maintenu, la Caractéristique minimale point 4, «planification de sortie» ne s'applique également plus pour l'unité qui transfère.

0810 01.01.2021 Saisie du nombre de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantés

Cette précision est structurée comme suit:

- Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques
- Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) implantées dans l'artère iliaque, les veines profondes, les vaisseaux abdominaux et viscéraux
- Saisie du nombre d'implantations transluminales (percutanées) de stents
- Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires
- Saisie du nombre de stents lorsque, dans un cas stationnaire, des stents ont été implantés à la fois dans les artères coronaires et dans d'autres vaisseaux
- Raison pour l'indication de la somme totale de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantées lors d'un séjour hospitalier

Les indications de codage données dans les exemples de cas concernent les stents et les endoprothèses (stents grafts) implantés. Le codage doit être complété conformément au cas stationnaire concerné.

Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques

Les endoprothèses (stents grafts) aortiques sont inventoriées dans les sous-catégories 39.71.- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte abdominale» et 39.73.- «Implantation endovasculaire d'une endoprothèse (stent graft) dans l'aorte thoracique et thoraco-abdominale».

La «note» suivante accompagne ces deux sous-catégories:

«Si plusieurs endoprothèses (stents grafts) sont implantées dans l'aorte [...], chaque implant doit être codé séparément».

Ainsi que le «Coder aussi» suivant:

«Nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées (39.78.6-)»

1^{er} exemple de cas

Cas: deux endoprothèses (stents grafts) comptant chacune une ouverture sont implantées dans l'aorte abdominale pendant une intervention lors d'un séjour stationnaire.

Codage: Saisir deux fois le code 39.71.22 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, avec 1 ouverture».

Les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées pendant le séjour dans l'aorte thoracique, l'aorte thoraco-abdominale et l'aorte abdominale sont additionnées et le code supplémentaire correspondant du groupe d'élément 39.78.6- est saisi avec la date du premier jour d'intervention, à savoir ici le code 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées».

2^e exemple de cas

Cas: une endoprothèse (stent graft) sans ouverture est implantée dans l'aorte abdominale lors d'une première intervention qui se déroule le jour X. Lors d'une seconde intervention qui se déroule le jour Y, un stent graft avec une ouverture est implanté dans l'aorte abdominale. Les deux interventions ont lieu durant le même séjour stationnaire.

Codage: Saisir une fois le code 39.71.21 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, sans ouverture» pour le jour X.

Saisir une fois le code 39.71.22 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, avec 1 ouverture» pour le jour Y.

Les endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées pendant le séjour dans l'aorte thoracique, l'aorte thoracoabdominale et l'aorte abdominale sont additionnées. Le code supplémentaire du groupe d'éléments 39.78.6- est saisi avec la date du premier jour d'intervention, à savoir, pour cet exemple, le code 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées».

3^e exemple de cas

Cas: une endoprothèse (stent graft) avec deux ouvertures est implantée dans l'aorte thoraco-abdominale.

Codage: Saisir une fois le code 39.73.43 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoraco-abdominale, avec 2 ouvertures».

Une seule endoprothèse (stent graft) a été implantée durant l'ensemble du séjour stationnaire. Il ne faut donc pas saisir de code supplémentaire du groupe d'éléments 39.78.6- «Nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées».

4^e exemple de cas

Cas: le même jour, une endoprothèse (stent graft) avec une ouverture est implantée dans l'aorte thoracique et une endoprothèse (stent graft) sans ouverture est implantée dans l'aorte abdominale. Les deux stents grafts ne sont pas liés.

Codage:

Saisir une fois le code 39.73.32 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte thoracique, avec 1 ouverture» pour le jour de l'intervention.

Saisir une fois le code 39.71.21 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans l'aorte abdominale, sans ouverture» pour le jour de l'intervention.

Le code supplémentaire 39.78.61 «2 endoprothèses aortiques implantées» est saisi avec la date du premier jour d'intervention.

Saisie du nombre d'endoprothèses (stents grafts) implantées dans l'artère iliaque, les veines profondes, les vaisseaux abdominaux et viscéraux

Pour les endoprothèses (stents grafts) sans bras latéral implantées dans l'artère iliaque, le nombre de stents grafts implantés est combiné dans le même code que l'intervention et le matériel (cf. exemples de cas 1, 2 et 3). Les codes sous 39.7A.1- «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans les artères du bassin, iliaque, sans bras latéral, selon le nombre de stents» doivent être saisis pour chaque jour d'intervention.

Pour les endoprothèses (stents grafts) implantées dans les veines profondes ou dans d'autres vaisseaux abdominaux et viscéraux, le code ne comprend pas le nombre d'endoprothèses implantées. En cas d'implantation de plusieurs endoprothèses (stents grafts), coder chaque endoprothèse (stent graft) séparément (voir exemples de cas 4 et 5).

Il n'existe pas de code pour indiquer le nombre total d'endoprothèses (stents grafts) dans l'artère iliaque et dans d'autres vaisseaux que l'aorte.

1^{er} exemple de cas

Si trois endoprothèses (stents grafts) sans bras latéral sont implantées dans l'artère iliaque dans le cadre d'une intervention, saisir une fois le code 39.7A.13 «Implantation endovasculaire, iliaque, 3 stents, sans bras latéral» pour le jour de l'intervention.

2^e exemple de cas

Si lors d'un séjour stationnaire une endoprothèse (stent graft) sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une première intervention le jour X et qu'une deuxième endoprothèse (stent graft) sans bras latéral est implantée dans l'artère iliaque lors d'une seconde intervention le jour Y, il faut saisir le code 39.7A.11 «Implantation endovasculaire, iliaque, 1 stent, sans bras latéral» une fois pour le jour X et une fois pour le jour Y.

3^e exemple de cas

Si, lors d'une même intervention, une endoprothèse (stent graft) est implantée dans l'artère iliaque interne gauche et qu'une deuxième endoprothèse (stent graft) est implantée dans l'artère iliaque interne droite, il faut saisir deux fois le code 39.7A.11 «Implantation endovasculaire, iliaque, 1 stent, sans bras latéral», la première avec la variable de latéralité droite, la seconde avec la variable de latéralité gauche.

4^e exemple de cas

Si, le même jour d'intervention, deux endoprothèses (stents grafts) sont implantées dans la veine cave, il faut saisir deux fois le code 39.7A.31 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans la veine cave».

5^e exemple de cas

Si une endoprothèse (stent graft) est implantée dans la veine cave le jour X et qu'une deuxième endoprothèse (stent graft) est implantée dans la veine cave le jour Y, il faut saisir deux fois le code 39.7A.31 «Implantation endovasculaire d'endoprothèses (stents grafts) dans la veine cave», une fois pour chacun des jours où a eu lieu une intervention

Saisie du nombre d'implantations transluminales (percutanées) de stents

Dans les codes sous 39.B- « Implantation transluminale (percutanée) de stents dans des vaisseaux sanguins », chaque stent implanté est codé séparément. Par exemple, si trois stents sans libération de substance médicamenteuse sont implantés dans les artères de la cuisse et deux stents sans libération de substance médicamenteuse dans les artères de la jambe, le code 39.B1.G1 est utilisé trois fois et le 39.B1.H1 deux fois. Le nombre total de stents implantés pendant le séjour est calculé et saisi au moyen d'un code sous 39.C1.- «Nombre de stents implantés», à la date du premier jour d'intervention. Dans l'exemple précédent, 5 stents, 39.C1.15 «5 stents implantés».

Saisie du nombre de stents implantés dans les artères coronaires

L'implantation de stents dans les artères coronaires est répertoriée dans les sous-catégories 36.03.- «Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert» et 36.08.- «Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée».

Les codes doivent être saisis pour chaque intervention et pour chaque type de stents implantés, autant de fois que de stents implantés. Si, par exemple, des stents avec libération de substance médicamenteuse ont été implantés dans plusieurs artères coronaires lors d'une intervention, il faut choisir le code portant l'indication « dans plusieurs artères coronaires » et le coder le nombre de fois correspondant au nombre de stents de ce type implantés. Il n'existe pas de code spécifique pour la somme totale des stents implantés dans les artères coronaires.

1^{er} exemple de cas

Cas: le jour X, un stent avec libération de substances médicamenteuses est implanté dans une artère coronaire par voie transluminale percutanée. Le jour Y, deux stents avec libération de substance médicamenteuse sont implantés dans une artère coronaire par chirurgie ouverte.

Codage: Saisir une fois le code 36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire».

Saisir deux fois le code 36.03.51 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans une artère coronaire».

2^e exemple de cas

Cas: le jour X, un stent auto-expansible est implanté dans une artère coronaire. Le jour Y, un stent auto-expansible est implanté dans une autre artère coronaire.

Codage: Saisir deux fois le code 36.08.23 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» pour les dates respectives des interventions.

3^e exemple de cas

Cas: PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA (ramus interventricularis anterior (RIVA)), 1 RCX (ramus circumflex artery), 1 RCA (right coronary artery)) lors d'une intervention.

Codage: Saisir quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires».

4^e exemple de cas

Cas: PTCA coronaire avec 4 stents (RIVA:1 stent avec libération de substances médicamenteuses, RCA : 2 BMS (bare metal stents), RCX 1 stent auto-expansible avec libération de substances médicamenteuses) lors d'une intervention.

Codage: RIVA: saisir une fois le code 36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» RCA: saisir deux fois le code 36.08.13 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles sans libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire» et une fois le code supplémentaire 39.C2.12 «Stent métallique nu» RCX: saisir une fois le code 36.08.23 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents auto-expansibles avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire»

Saisie du nombre de stents lorsque, dans un cas stationnaire, des stents ont été implantés à la fois dans les artères coronaires et dans d'autres vaisseaux

Il n'est pas permis d'additionner le nombre de stents implantés dans les artères coronaires au nombre de stents implantés dans d'autres vaisseaux périphériques.

Un code supplémentaire de la sous-catégorie 39.C1.- «Nombre de stents implantés» ne doit être saisi que pour la somme des stents implantés dans les vaisseaux périphériques pour l'ensemble du cas.

1^{er} exemple de cas

Lors d'une première intervention le jour X : PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

Lors d'une deuxième intervention le jour X : PTA et un stent (sans libération de substance médicamenteuse) dans l'artère fémorale

Pour le jour X, saisir:

Quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires»

Le code adéquat de la sous-catégorie 39.50.- «Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)»

Une fois le code 39.B1.G1 «Implantation transluminale (percutanée) de stents sans libération de substance médicamenteuse, artères de la cuisse» Et le code 39.C1.11 «1 stent implanté»

2^e exemple de cas

Lors d'une première opération le jour X: PTCA coronaire avec 4 stents (tous libérant des substances médicamenteuses) (2 RIVA, 1 RCX, 1 RCA)

Lors d'une deuxième opération le jour Y: PTA et un stent (sans libération de substance médicamenteuse) dans une artère de la cuisse

Pour le jour X, saisir:

Quatre fois le code 36.08.22 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires»

Le code adéquat de la sous-catégorie 39.50.- «Angioplastie ou athérectomie d'autre(s) vaisseau(x) non-coronaire(s)»

Pour le jour Y, saisir:

Une fois le code 39.B1.G1 «Implantation transluminale (percutanée) de stents sans libération de substance médicamenteuse, artères de la cuisse»

Et le code 39.C1.11 «1 stent implanté»

Raison pour l'indication de la somme totale de stents et d'endoprothèses (stent grafts) implantées lors d'un séjour hospitalier

Les codes du groupe d'éléments 39.78.6- «Nombre d'endoprothèses (stents grafts) aortiques implantées» et de la sous-catégorie 39.C1.- «Nombre de stents implantés» servent à identifier les cas où plusieurs endoprothèses (stents grafts) aortiques ou stents périphériques ont été implantés, dans la même logique que celle qui prévaut pour les anastomoses de pontage pour la revascularisation (cf. 36.1C.- «Anastomose de pontage pour revascularisation du myocarde, par nombre total»).

0811 01.07.2020 Interprétation de l'«Exclusion - Omettre le code» sous 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement»

Sous le groupe d'éléments 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, selon le nombre de jours de traitement» on trouve les «Exclusion – Omettre le code» suivantes:

Omettre le code - prestation de base en réadaptation (BA.-)

Omettre le code - Réadaptation précoce interdisciplinaire, selon le nombre de jours de traitement (93.86.-)

Omettre le code -Réadaptation gériatrique aiguë (93.89.9-)

Omettre le code -Traitement complexe de réadaptation en paraplégie (93.87.-)

Omettre le code - charge supplémentaire en réadaptation (BB.-)

Extrait des conventions de la CHOP:

EXCL.: Exclusion: Ces interventions doivent être classées sous le code indiqué.

Omettre le code: Ces interventions sont déjà comprises dans un autre code.

Cela signifie par ex. pour le groupe d'éléments 93.89.1-: Pendant la période durant laquelle une 93.89.1- «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce» est pratiquée, les codes mentionnés dans les «exclusion – omettre le code» sous le groupe d'éléments ne peuvent pas être codés en sus.

Question 1: Peut-on au moment/durant la période d'une «Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce (93.89.1-) coder en sus la prestation de base en réadaptation (BA.-) et la charge supplémentaire en réadaptation (BB.-)? Réponse 1: Non, la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce est une réadaptation intensive précoce et non une réadaptation au sens des codes BA.- et BB.-. Au terme de la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce, on peut passer par ex. à une réadaptation neurologique (BA.1) et utiliser dès ce moment-là le code BA.1 (resp. le cas échéant en plus un code la catégorie à trois positions BB.1-).

Axe temporel	➔					
Réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce						
Réadaptation neurologique						

Question 2: Est-il possible de coder ensemble, la réadaptation neurologique et neurochirurgicale précoce (93.89.1-) et la réadaptation gériatrique aiguë (93.89.9-) pendant le même laps de temps? Réponse 2: Non, il s'agit de deux différents types de réadaptation aiguë, resp. précoce, pour lesquels la CHOP prévoit des codes spécifiques distincts. Soit l'une ou l'autre des réadaptations est fournie pendant une période donnée.

0812 01.07.2020 Système de protection anti-embolie et TAVI

Le code 39.C5 «Utilisation d'un système de protection anti-embolie» peut être utilisé en cas de TAVI (implantation transcathéter de valve aortique) même si le code est classé dans la catégorie à 3 positions 39.C- «Informations supplémentaires sur les stents implantés».

0814 01.07.2020 Saisie des stents coronariens couverts

Pour l'heure, il n'existe pas de code spécifique pour les stents coronariens couverts. Dès lors, il faut utiliser les classes résiduelles suivantes:

36.03.09 «Angioplastie d'artère coronaire à thorax ouvert, autre»

36.08.09 «Implantation de stents coronaires, par voie transluminale percutanée, autre»

0815 01.07.2020 Utilisation du code 00.44 «Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins» avec les codes sous 36.03.- et 36.08.-

Le code 00.44 «Intervention sur bifurcation de vaisseaux sanguins» peut être utilisé conjointement avec les codes sous 36.03.- et 36.08.-.

0816 01.07.2020 Codage des stents coronariens imprégnés avec libération de substance médicamenteuse

Pour les stents coronariens imprégnés avec libération de substance médicamenteuse, il faut choisir les codes correspondants portant la mention « avec libération de substance médicamenteuse ».

Pour la chirurgie ouverte, il s'agit des codes suivants:

36.03.51 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans une artère coronaire»

36.03.52 «Endartériectomie d'artère coronaire, par chirurgie ouverte, avec implantation de stents avec libération de substance médicamenteuse, dans plusieurs artères coronaires»

Pour la voie transluminale percutanée, il s'agit des codes suivants:

36.08.21 «Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans une artère coronaire»

36.08.22 Implantation par voie transluminale percutanée de stents avec libération de substances médicamenteuses, dans plusieurs artères coronaires

0817 01.07.2020 Saisie du code 39.78.5- «Extrémité de l'endoprothèse (stent graft) la plus basse»

Dans le cas où une endoprothèse (stent graft) est implantée, en une seule pièce, il faut coder comme suit:

- 39.71.- ET 39.78.5-
OU
- 39.73.4- ET 39.78.5-

Dans le cas où une endoprothèse (stent graft) aortique (dont l'extrémité peut être aortique, mono-iliaque ou biiliaque) et où une ou plusieurs endoprothèses iliaques est ou sont implantées, et que ces différentes endoprothèses ne sont pas liées ou sont modelées et appondues dans le lumen pour la dérivation, il faut coder comme

suit:

- 39.71.- ET 39.78.5- (extrémité de l'endoprothèse aortale, pas de l'endoprothèse iliaque appondue) ET, selon le type d'endoprothèse, 39.7A.1- ou 39.7A.2-
OU
- 39.73.4- ET 39.78.5- (extrémité de l'endoprothèse aortale, pas de l'endoprothèse iliaque appondue) ET, selon le type d'endoprothèse, 39.7A.1- ou 39.7A.2-

Dans le cas d'une prothèse vasculaire bi-iliaque constituée d'une prothèse vasculaire aorto-mono-iliaque et d'une branche iliaque appondue, il ne faut pas ajouter de code 39.7A.1- ou 39.7A.2- pour cette endoprothèse appondue.

Il faut coder comme suit:

- 39.71.- ET 39.78.53
OU
- 39.73.4- ET 39.78.53

Si d'autres endoprothèses iliaques sont implantées, il faut les coder en plus.

0818 01.07.2020 Code supplémentaire 00.9C.- «Interventions en un temps, main et pied»

Le tableau suivant précise, par l'exemple de la main, le codage avec le code d'intervention et le code supplémentaire lors d'interventions multiples en un temps.

Interventions multiples en un temps, main - Exemples						
		Intervention		00.9C.1 Interventions multiples en un temps sur des rayons métacarpiens et des doigts		
Cas	Description	Code d'intervention	Latéralité	Code supplémentaire	Intitulé	Latéralité
Cas 1	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 2	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit			

Cas 3	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type B sur le métacarpe, 2 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche			
Cas 4	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur le doigt du 3 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
Cas 5	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 6	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche, ainsi que sur les doigts des 4 ^e et 5 ^e rayons de la main droite	Code de l'intervention de type A	Bilatéral	00.9C.12	Interventions multiples en un temps sur 3 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
				00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 7	Intervention de type A sur le doigt du 2 ^e rayon de la main gauche Intervention de type B sur l'os métacarpien du 3 ^e rayon de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	Pas de code		
		Code de l'intervention de type B	Unilatéral gauche	Pas de code		
	Intervention de type C sur les doigts des 3 ^e et 4 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type C	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
Cas 8	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral droit
Cas 9	Intervention de type A sur les doigts des 2 ^e et 3 ^e rayons de la main gauche	Code de l'intervention de type A	Unilatéral gauche	00.9C.11	Interventions multiples en un temps sur 2 rayons métacarpiens et des doigts	Unilatéral gauche
	Intervention de type B sur le doigt du 2 ^e rayon de la main droite	Code de l'intervention de type B	Unilatéral droit	Pas de code		

0819 01.01.2020 7A.A2 Growing rod – code supplémentaire – segments de l'intervention spécifique

Le code 7A.A2 «Implantation de systèmes évolutifs ou expansifs, colonne vertébrale» est un code supplémentaire et ne peut donc pas être codé seul. L'intervention consiste en une stabilisation dynamique de la colonne vertébrale. Seuls les segments sur lesquels le système est fixé sont pris en compte pour dénombrer les segments traités. 7A.72.12 «Stabilisation dynamique de la colonne vertébrale, abord dorsal et dorsolatéral, 2 segments» représente l'intervention.

0820 01.01.2020 Utilisation du code secondaire U69.3! «Codes secondaires utilisés pour le mode de consommation de substances psycho-actives en cas de troubles psychiques et du comportement provoqués par ces substances»

De manière générale, les remarques dans les codes correspondants F10 – F19 «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives» dans la CIM-10-GM doivent être prises en compte. En complément à cela, la consommation non intraveineuse de cocaïne est représentée par le code U69.36! «Consommation non intraveineuse d'autres stimulants hors caféine» comme code secondaire correspondant au F14.- «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne».

0824 01.01.2020 Césarienne primaire et secondaire

Il ne s'agit pas d'une nouvelle définition, mais d'une précision de la définition déjà existante de la césarienne secondaire:

Une césarienne secondaire (incl. césarienne d'urgence) est définie comme étant une césarienne rendue impérative au vu d'une situation d'urgence, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant (p. ex. syndrome HELLP, arrêt du travail, détresse fœtale), même si cette césarienne était planifiée. Il s'agit d'une césarienne secondaire lorsqu'elle est obligatoire en présence d'une situation à risque, que ce soit pour la future mère ou pour l'enfant.

0826 01.01.2020 Systèmes de pompe sous vide à usage unique

Les systèmes de pompe sous vide à usage unique sont désormais codés sous 93.57.21 «Application de pansement épicutané (à pression négative)».

0827 01.01.2020 Informations et précisions sur les soins palliatifs

Les précisions suivantes concernent les groupes d'éléments 93.8B 2- «Traitement complexe de médecine palliative, par nombre de jours de traitement» et 93.8B.- «Soins palliatifs spécialisés». Elles ont été élaborées lors d'une collaboration intense entre le groupe de travail «Tarifs des soins palliatifs» (GT tarifs) de palliative.ch et les représentants d'assureurs tarifsuisse SA et curafutura. Vous trouverez de plus amples informations concernant la médecine palliative sur le site Internet de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, www.palliative.ch.

0827/1: Évaluation de base standardisée de médecine palliative

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:

Réalisation d'une évaluation de base standardisée de médecine palliative. [...]

93.8B.-: Caractéristique minimale point 2, examen de diagnostic lors de l'admission, évaluation:

a) Réalisation d'un examen de base standardisé de médecine palliative, avec appréciation de la complexité et de l'instabilité.

[...]

L'examen SENS est-il également une évaluation de base standardisée de médecine palliative?

L'examen SENS couvre les domaines suivants de la médecine palliative: gestion des symptômes, décisions/préparation de la fin de vie, organisation du réseau, soutien aux proches. L'examen SENS intègre tous les domaines thématiques des objectifs, définitions et modèles usuels. Un examen SENS documenté doit donc être reconnu comme une évaluation de base standardisée de médecine palliative pour les codes 93.8A.2- et 93.8B.-.

Peut-on considérer un seul «examen ou test» comme une évaluation de base de médecine palliative?

La réalisation d'un seul «examen ou test» pour l'évaluation de la dimension corporelle (p. ex. ESAS) ne peut pas être considérée comme une évaluation de base de médecine palliative complète. Une évaluation de base standardisée de médecine palliative doit tenir compte des dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle.

0827/2: Domaine de traitement

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 3: équipe thérapeutique et traitement:

[...]

c) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques s'appliquent au moins six heures par semaine (7 jours calendrier), y compris le soutien et l'accompagnement par des entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, ces entretiens peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade.

93.8B.2: Soins palliatifs spécialisés avec prestation supplémentaire de traitements, selon le nombre de jours de traitement

Caractéristique minimale point 3, traitement:

[...]

b) Les soins médicaux et infirmiers et au moins deux des domaines thérapeutiques nommés sous point 4c s'appliquent au moins six heures par semaine (7 jours calendrier), y compris le soutien et l'accompagnement par des entretiens réguliers et documentés avec le patient, les proches et la famille, ces entretiens peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique. Les prestations s'effectuent en différentes combinaisons selon les nécessités du malade.

[...]

De quels domaines thérapeutiques s'agit-il et que compte-t-on dans les 6 heures?

1. La liste des domaines thérapeutiques (travail social/socio-pédagogique/infirmière de liaison, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, consultation diététique/traitement nutritionnel, accompagnement spirituel, art-thérapie) est exhaustive tant pour 93.8A.2- que pour 93.8A.3-.
2. Les discussions interprofessionnelles en équipe, selon 0827/3, et la durée des déplacements ne sont pas comptées dans les 6 heures.
3. Des entretiens documentés avec le patient, les proches et la famille peuvent être effectués par tous les groupes professionnels susmentionnés de l'équipe thérapeutique (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux/socio-pédagogues, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, diététiciens, accompagnant spirituel, art-thérapeutes). En font également partie les informations fournies aux patients et à ses proches dans le cadre de la thérapie.
4. Les travaux de documentation et de coordination en lien direct avec le traitement et les conseils prodigués, de même que les entretiens avec les patients, leurs proches et leur famille sont comptés dans les 6 heures.
5. Il n'y a pas de prescription fixant la durée minimale d'une unité thérapeutique.
6. La documentation des entretiens et des thérapies est la condition de base pour le codage. Le type de thérapie, sa durée et la date à laquelle elle a eu lieu doivent être clairement documentés par tous les groupes de professionnels concernés.

0827/3: Discussion en équipe

93.8A.2-: Caractéristique minimale point 4, planification et contrôle du traitement:

[...]

b) Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

93.8B.2-: Caractéristique minimale point 5, planification et contrôle du traitement:

[...]

b) Chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe avec documentation hebdomadaire des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement.

Qu'entend-on par discussion interprofessionnelle en équipe?

La formule «chaque semaine, discussion interprofessionnelle en équipe» utilisée pour les traitements complexes de médecine palliative et des soins palliatifs spécialisés est à interpréter comme suit: **«Chaque semaine»** se réfère à la structure, pas au patient. Cela signifie qu'au moins une discussion interprofessionnelle en équipe a lieu chaque semaine dans l'unité clinique.

Exemple:

Le patient est hospitalisé pendant 10 jours (du lundi de la semaine 1 au mercredi de la semaine 2). Le patient sort le mercredi de la 2^e semaine ou décède. Les discussions d'équipe ont toujours lieu le jeudi. L'exigence minimale du point de vue structurel est remplie également pour la 2^e semaine.

«Interprofessionnel» implique la participation d'au moins un médecin, un infirmier et un autre groupe professionnel à la discussion d'équipe.

0834 01.07.2019 Intoxication au lithium

Comment représenter une intoxication au lithium? Le lithium est utilisé en combinaison avec des antidépresseurs en cas de dépressions sévères qui ne répondent pas aux traitements habituels. Le lithium est cependant aussi utilisé dans le traitement de phases aiguës et dans la prophylaxie à long terme d'affections maniaco-dépressives. Le lithium fait partie de la catégorie des **régulateurs de l'humeur**. Lors d'une intoxication au lithium dans ce contexte, le code T43.8 «Intoxication par d'autres médicaments psychotropes, NCA» doit être saisi et **non** le code T43.2 «Intoxication par médicaments psychotropes, antidépresseurs, autres et non précisés, NCA».

~~0841 01.01.2019 Transformation de sexe~~

La précision 0841 est remplacée par la précision 0802 dans la Circulaire 2021 n 2.

0845 01.01.2018 Matrice collagène pour transplantation de chondrocytes autologues ou comme implant acellulaire

Si lors d'une incision sous-chondrale d'os d'une articulation, une matrice collagène vierge (c.-à-d. sans chondrocytes autologues cultivés) est implantée, l'intervention est à coder avec le code «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, ...» ou «Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, ...», selon la voie d'abord choisie. Les codes du groupe d'éléments 81.9A.3- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par arthroscopie» resp. .4- «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être codés dans ce cas. Par exemple, pour l'articulation du genou, ceci signifie que lors d'une incision sous-chondrale d'os avec implantation d'une matrice collagène vierge, le code 81.47.25 «Incision de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire sous arthroscopie, genou» ou le code 81.47.28 «Incision chirurgicale ouverte de l'os sous-chondral avec insertion d'implant acellulaire, genou» est à utiliser. Les codes 81.9A.3C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par arthroscopie» resp. .4C «Transplantation de chondrocytes autologues sur matrice, articulation du genou, par chirurgie ouverte» ne peuvent pas être utilisés dans ce cas.

0855 01.07.2017 54.98.- «Dialyse péritonéale»

Il est aussi possible d'utiliser un code de la sous-catégorie 54.98.- «Dialyse péritonéale» lorsque le patient procède lui-même à la dialyse péritonéale. Le matériel requis, comme p.ex. le liquide de rinçage, etc., doit être mis à sa disposition par la division hospitalière.

0871 01.01.2016 CHOP: Définition «endovasculaire»

Les interventions endovasculaires sont des interventions «à l'intérieur» d'un vaisseau sanguin, sans ouverture de la localisation du traitement de ce dernier. Ce terme est analogue au terme de procédure interventionnelle.

Après ponction d'une artère (le plus souvent par abord inguinal), le médecin parvient sous imagerie avec un cathéter au lieu d'intervention. La pathologie de cette artère peut être traitée à l'aide de cathéters spéciaux.

Exemples pour des interventions endovasculaires:

- Angioplastie par ballons (PTA)
- Thrombectomie à lame rotative
- Implantation d'un endograft
- Implantation de stent
- Insertion de stent graft.

0879 01.07.2015 39.99.21 Opérations d'anomalie congénitale de l'isthme aortique (sténose) ou d'interruption de la crosse aortique

Une opération ouverte d'une sténose congénitale de l'isthme aortique se code selon la méthode avec un code précis du chapitre 7. S'il existe un code précis, le code 39.99.21 n'est pas à coder.

0897 01.07.2014 80.76.10 Synovectomie arthroscopique du genou / 80.76.20 Synovectomie ouverte du genou

La résection de plica ou du Hoffa du genou est à coder avec ces codes.

0900 01.07.2014 Artère sous-clavière

L'artère sous-clavière n'est pas une artère précérébrale. Les interventions sur celle-ci ne sont pas à coder avec le 39.76 «Intervention endovasculaire transluminale percutanée sur vaisseaux précérébraux» ou le 00.64 «Insertion percutanée de stent dans d'autres artères précérébrales».

0903 01.07.2014 51.99.00 - 51.99.14, 51.99.91 et 51.99.99 Autres opérations des voies biliaires

Ces codes ne sont à utiliser que pour les interventions par chirurgie ouverte ou laparoscopique.

0941 01.12.2012 ABO et ABO Recherche par mot-clé

Lors d'une recherche informatique par mot-clé de codes associés aux groupes sanguins, il y a des différences linguistiques :

- en allemand, le groupe sanguin devrait toujours être désigné par O,
- en français, par O.

La recherche doit donc se faire par O comme «Otto» et par 0 «Zéro» pour trouver tous les codes.

2010 92.24 Téléradiothérapie à photons

92.24.1- «...positionnement guidé par l'image» sont des thérapies avec et 92.24.2- «...positionnement guidé par l'image, sans positionnement guidé par l'image ». Le terme «positionnement guidé par l'image» ou «irradiation guidée par l'image» (IGRT) signifie que l'on fait en salle de radiothérapie, sur le patient positionné, des radiographies ou des coupes CT.

Ces installations peuvent être placées dans la salle de radiothérapie ou fixées directement comme accessoires supplémentaires sur les systèmes d'irradiation (système de rayons X, CT mobile, ultrason). Cette imagerie est indépendante de la planification de l'irradiation et nécessite un équipement spécifique. Il est de la sorte possible de comparer le positionnement du patient et des volumes-cibles avec les images tirées de la planification de l'irradiation. Cette comparaison permet de procéder ensuite à des corrections de positionnement du patient. Ainsi, une CT effectuée sur un patient ayant un carcinome prostatique permet de contrôler le contenu de la vessie et du rectum et de déterminer sur cette base la position de la prostate.

En saisissant de manière constante les mouvements du patient et des organes, il est aussi possible de réajuster le rayonnement au cours de l'irradiation (radiothérapie adaptative).