



FAQ valables pour 2013 :

Explications sur la numérotation pour une hiérarchie chronologique

Afin de faciliter la recherche des informations mises en ligne mensuellement, nous avons opté pour une numérotation qui permettra de trouver les informations des plus récentes aux plus anciennes.

Cette numérotation débute au 0999 pour la première information du 1.1.2012 et se poursuit en décroissant.

Par exemple : 0999 1.1.2012
0998 1.1.2012
...
0988 1.2.2012, etc.

0910 01.12.2013 Durée traitement VAC : 93.57.11 / 93.57.12

Lors de traitements VAC simultanément à différentes localisations, les jours de traitement ne sont pas additionnés, les additions sont faites par localisation.

0911 01.12.2013 46.99.10 Décompression de l'intestin

Le code 46.99.10 "Décompression de l'intestin" ne se code que lors d'une décompression par chirurgie ouverte.

0912 01.12.2013 36.16 Pontage entre deux artères mammaires internes et artères coronaires

La traduction française de ce code est erronée. Le libellé correct est :

36.16 Double pontage entre une artère mammaire interne et artères coronaires

Les versions allemande et italienne sont correctes.

0913 01.12.2013 Traitement neurologique complexe de l'accident vasculaire cérébral

Pour préciser les remarques sous les codes :

CSC (comprehensive stroke center) 89.13.1- et PSC (primary stroke center) 89.13.A- dans la CHOP 2013.

La Société de Neurologie a publié un document que vous trouverez sous le lien suivant :

<http://www.swissneuro.ch/Mitteilungen>.

0914 01.11.2013 85.21- / 85.22.- Excision locale / Quadrantectomie

Dans le cadre d'une excision ou d'une quadrantectomie (85.21.- /85.22), on effectue toujours une adaptation/mobilisation du tissu pour la fermeture de la plaie opératoire.

Cette adaptation (reconstruction par glissement de lambeau intra-mammaire) fait partie de l'intervention, de son déroulement standard et n'est pas à coder en plus.

0915 01.10.2013 Matériel de remplacement d'os

- sous 78.0 : Os d'origine humaine ou animale
- sous 84.55 : Matériel artificiel (synthétique) de remplacement d'os

Pour le codage de matériel de remplacement d'os, les points suivants sont à observer:

1) Le code 84.55 s'utilise pour les produits mentionnés sous ce code et lorsqu'il s'agit de produits de composition entièrement artificielle, synthétique ou chimique (= matériel alloplastique, différents granulats ou particules en phosphates tricalciques combinés avec de l'hydroxyapatite fabriqué artificiellement, sulfate de calcium dans une matrice en cellulose, céramique en verre, polymère, silicone et hydroxyapatite de magnésium).

Exemples : Nanobone, Calcibone, Cerasorb, etc.

2) Pour le matériel de remplacement d'os ayant une base d'os humain ou animal et étant produit par des processus propres aux fabricants (pyrolyse, substitution de substance organique de l'os, stérilisation, etc.) et préparé comme blocs, pâtes ou granulés, le code 78.0- Greffe osseuse (CHOP 2014 : xénogène) est à

utiliser.

Exemples : Tutoplast, Grafton, Orthoss, autres produits DFDBA/ DMB/ DFBA.

Remarque :

1) Le code 78.49.89 représente les deux catégories.

2) Code supplémentaire 00.90.- Type de transplant tissulaire, si nécessaire.

0916 01.09.2013 Z20.5/ Z20.6 Traitement prophylactique après exposition chez un nouveau-né

La règle S16.d.1C du MC 3.0, concernant le traitement prophylactique, n'a pas été reprise dans le MC 2012 et suivants et n'est par conséquent plus valable. Pour le codage d'un traitement prophylactique après une exposition (VIH ou hépatite) d'un nouveau-né sain sont à utiliser, selon l'indication, soit le Z20.5 "Sujets en contact avec et exposés à l'hépatite virale" ou le Z20.6 "Sujets en contact avec et exposés au VIH".

0917 01.09.2013 T88.4 Echec ou difficulté d'intubation

Le code T88.4 Echec ou difficulté d'intubation n'est pas à utiliser lors de l'induction de l'anesthésie par technique "Rapid Sequence Induction " (ISR).

0918 01.09.2013 39.91.- Libération de vaisseau

Correction FAQ 0936.

La FAQ publiée sur demande de SwissDRG du 1.2.2013 ne concerne que le code supplémentaire 39.91.10.

0919 01.07.2013 35.96.22 Clip mitral

Sur demande de SwissDRG :

Le traitement d'une insuffisance mitrale par implantation percutanée par cathéter d'un clip mitral est à coder uniquement avec le code 35.96.22 "Réparation endovasculaire de valve mitrale, par voie transveineuse". Un code pour chirurgie ouverte n'est pas à utiliser ici.

0920 01.06.2013 99.28 Injection ou perfusion de modificateur de la réponse biologique.

Le titre de ce code est à corriger dans les versions française et italienne.

La correction du titre du code 99.28 n'a pas été reprise dans les versions 2013 française et italienne.

Dans le titre de ce code, les termes "comme agent antineoplastique" et "quale agente neoplastico" sont à tracer.

0921 01.06.2013 Prélèvement de cellules-souches dans le cordon ombilical lors de la naissance

Le prélèvement de cellules-souches dans le cordon ombilical n'est plus relevant dans le grouper et se code chez le nouveau-né, malgré le fait qu'il ne s'agit pas d'une prestation prise en charge par la LaMal.

0922 01.06.2013 Appendicectomie et endoloop

Lors d'une appendicectomie laparoscopique, l'enlèvement de l'appendice par endoloop est comprise dans le code 47.- et n'est pas à coder en plus par le code 46.99.21/.22.

0923 01.05.2013 Hémangiome, lymphangiome, angiomyolipome

Si, par la recherche dans l'index alphabétique, une tumeur histopathologique ne peut être représentée par un code avec une localisation spécifique, il faut effectuer la recherche et le codage par le tableau des tumeurs selon la localisation ou l'organe.

P.ex. Hémangiome de la vessie, selon index alphabétique :

D18.08 Hémangiome, autres localisations

dans le tableau des tumeurs, selon la localisation ou l'organe :

D30.3 Tumeur bénigne, vessie.

0924 01.05.2013 89.19.-- Vidéo-EEG Monitoring

Le code 89.19.-- représente une mesure diagnostique par vidéo-EEG, en règle générale d'une durée de 3 jours (non-invasif avec placement standard de 10/20 électrodes de surface rapprochées ou invasif), fait sous monitoring permanent et direct par une personne spécialisée.

Pour cette raison, les codes classificatoires résiduels 89.19.00 et 89.19.99 ne sont pas à utiliser pour les examens EEG avec enregistrement vidéo et les EEG avec moins de 10/20 électrodes.

Dans l'examen diagnostique conventionnel par EEG, le monitoring vidéo est compris dans les codes 89.14.--

La surveillance d'un patient aux SI à l'aide d'électrodes bipolaires n'est de ce fait pas non plus à transcrire avec ces codes classificatoires résiduels.

0925 01.05.2013 Microfracture

La microfracture (forage de Pridie) de l'articulation du genou se code dorénavant, contrairement aux recommandations antérieures, à 81.47.23/81.47.24.

0926 01.04.2013 Surfactant

L'application de surfactant chez les nouveaux-nés s'inscrit uniquement sur la liste des médicaments onéreux par le code ATC, la méthode d'application y est comprise ; un code CHOP n'est pas à utiliser.

0927 01.04.2013 78.5 Fixation interne de l'os sans réduction de fracture

L'exclusion : greffe osseuse (78.00-78.09) sous le 78.5 est à supprimer.

0928 01.04.2013 ICD-10-GM : U69.00!

La remarque sous les codes A48.1 / B01.2 / J10.0 / J11.0 / J12.- / J13 / J14 / J15.- / J16.- / J18.- / J85.1 a été supprimée des versions française et italienne de la CIM-10-GM, car elle traite d'une législation allemande.

Toutefois, le code U69.00! est un code avec point d'exclamation ; ces codes sont obligatoires si pertinents, selon règle D04 du manuel de codage. Une liste de codes "!" figure au début de chaque chapitre de la CIM-10-GM, également au chapitre XXII.

0929 01.03.2013 81.5 Prothèse articulaire des extrémités inférieures

Il y a une différence entre les versions linguistiques (depuis 1996), seule la version allemande est à corriger en y ajoutant la greffe d'os et de cartilage.

0930 01.03.2013 85.93 Révision de greffe mammaire / 85.94 Ablation de prothèse mammaire

Pour unifier les différentes versions linguistiques :

Lors d'une révision ou d'une ablation d'une prothèse mammaire, une capsulectomie/capsulotomie est incluse.

Une inclusion est à ajouter sous 85.93 et 85.94 :

Incl.: Capsulectomie, capsulotomie

0931 01.03.2013 68.6 Hystérectomie abdominale radicale

Le coder aussi sous 68.6 : Toute dissection simultanée de ganglion lymphatique (40.3, 40.5) est également valable pour le 68.69.11 Hystérectomie abdominale radicale autre et non précisée, avec lymphadénectomie.

L'exclusion sous 40.5 : Dissection associée à une hystérectomie (68.69) est à ignorer en 2013.

0932 01.03.2013 78.5 Fixation interne de l'os sans réduction de fracture

L'exclusion : raccourcissement d'os (78.20-78.29) sous le 78.5 est à supprimer.

0933 01.03.2013 Malnutrition

Attention : modification au 11.03.2013.

Sur demande de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) et de la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC), par analogie avec les exigences de la Société Européenne pour la Nutrition Clinique (ESPN), les recommandations suivantes entrent en force :

1. Nouvelle définition des stades de la malnutrition :

E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision

NRS-Score (nutritional score*) > ou = 5.

Au moins un des critères suivants doit être rempli :

BMI < 18.5 kg/m² avec état général diminué ou

perte de poids > 5% en 1 mois et état général diminué ou

prise alimentaire de 0 - 25% du besoin durant les semaines précédentes.

E44.0 Malnutrition protéino-énergétique modérée

NRS-Score 4.

Au moins un des critères suivants doit être rempli :
BMI 18.5 – 20.5 kg/m2 avec état général diminué ou
perte de poids >5% en 2 mois et état général diminué ou
prise alimentaire de 25 – 50% du besoin durant les semaines précédentes.

E44.1 Malnutrition protéino-énergétique légère

NRS-Score 3.

Au moins un des critères suivants doit être rempli :
perte de poids >5% en 3 mois ou
prise alimentaire de 50 – 75% du besoin durant les semaines précédentes.

E45 Retard de développement après malnutrition protéino-énergétique

retard de développement dû à l'alimentation ou
insuffisance staturale par malnutrition ou
retard physique par malnutrition.

2. Codage:

Pour le codage de la malnutrition ICD-10 E43-E45, au moins une des procédures ci-dessous doit avoir été effectuée:

- 89.0A.32 Conseil et traitement diététiques
- 89.0A.4- Traitement nutritionnel multimodal
- 96.6 Perfusion intestinale de substances nutritives concentrées
- 99.15 Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées

*Kondrup Guidelines for nutrition risk screening 2002/Clinical Nutr.

0934 01.02.2013 Correction de l'exemple de la règle D08a du manuel de codage

L'exemple de la page 36 est à remplacer par le texte suivant :

Un patient est admis avec une menace de gangrène à la jambe droite, gangrène qui ne se manifeste pas pendant l'hospitalisation parce qu'immédiatement traitée, seule une ulcération s'est développée.
Il n'existe pas d'entrée « Menace de gangrène ou gangrène imminente » dans les index CIM-10 ; par conséquent, ce cas doit être codé par la maladie de base, p. ex. comme une athérosclérose des artères distales avec ulcération.

DP : I70.23 Athérosclérose des artères distales, type bassin-jambe, avec ulcération.

0935 01.02.2013 78.50.1- / 78.50.2- Fixation osseuse, technique d'ostéosynthèse après ostéotomie

Comme déjà décrit sous FAQ 0994, cette procédure, si effectuée, est à coder en plus dès le 1.1.2013.

Exception : 77.5 Cure d'hallux valgus et autres déformations d'orteil : ces codes décrivent des opérations complexes et les différentes étapes opératoires sont incluses.

0936 01.02.2013 39.91.- Libération de vaisseau

Sur demande de SwissDRG SA, nous publions la règle suivante qui est valable pour les sorties dès le 1.1.2013 uniquement.

39.91.- : Ces codes sont des codes supplémentaires. La version 1.0 de SwissDRG est basée et calculée sur les dates des cas de l'année 2009 (Version catalogue V1.0). Ces dates sont codées avec la CHOP 2011 qui était peu différenciée. En raison de cette problématique, ce code est devenu relevant dans le système Swiss-DRG. Dans la version 3.0 ce problème est résolu ; en attendant, ces codes ne doivent pas être codés pour les sorties du 1.1.2013 – 31.12.2013.

0937 01.02.2013 DIEP-Flap/TRAM-Flap

Sur demande de SwissDRG SA, nous publions la règle suivante qui est valable pour les sorties dès le 1.1.2013 uniquement.

DIEP-Flap/TRAM-Flap:

Pour toutes les sorties dès le 1.1.2013, le DIEP flap se code à 85.89.12 « TRAM flap avec implant mammaire » comme code par analogie ; on renonce à la distinction « avec ou sans implant ». La plupart du temps le geste complexe de la reconstruction par DIEP flap est effectué pour éviter de mettre un implant. Si exceptionnellement une prothèse doit être utilisée, des codes alternatifs sont à disposition.

85.89.11 sera codé pour TRAM flap, sans distinction avec ou sans implant.

0938 01.02.2013 39.30 Suture de vaisseau sanguin

Sur demande de SwissDRG SA, nous publions la règle suivante qui est valable pour les sorties dès le 1.1.2013 uniquement.

39.30 Suture de vaisseau sanguin :

39.30.10 Utilisation d'un système de fermeture vasculaire, SAP

39.30.11 Utilisation d'un système de suture de vaisseaux

39.30.12 Utilisation d'un système de suture de vaisseau par clip

39.30.13 Obturation de canal de ponction de vaisseaux par du collagène

39.30.19 Utilisation d'un système de fermeture vasculaire, autre

Ces codes sont des codes supplémentaires. La version 1.0 de SwissDRG est basée et calculée sur les dates des cas de l'année 2009 (Version catalogue V1.0). Ces dates sont codées avec la CHOP 2011 qui était peu différenciée. En raison de cette problématique, ce code est devenu relevant dans le système Swiss-DRG. Dans la version 3.0 ce problème est résolu ; en attendant, ces codes ne doivent pas être codés pour les sorties du 1.1.2013 – 31.12.2013.

0939 01.01.2013 Codage des phlyctènes

Le terme de phlyctène n'est pas un diagnostic dermatologique précis.

Cette manifestation de la peau doit être attribuée à une maladie spécifique par le médecin pour pouvoir être codée.

p.ex.: Apparition de phlyctène dans le cadre d'une phase postopératoire, le plus souvent, mettre un code S.

p.ex.: Apparition de phlyctène dans le cadre d'un décubitus: ceci est une manifestation de courte durée dans l'évolution d'une érosion ou d'un décubitus.

Pour coder L89.- le médecin doit préciser la pathogenèse.

0940 01.01.2013 I71.1 - I71.6 Anévrisme aortique

Dans la version française de l'ICD-10-GM 2012, s'est glissée une erreur sous les codes I71.1 - I71.6. Les textes sont à remplacer par les libellés ci-dessous :

I71.1 Anévrisme aortique thoracique, rompu

I71.2 Anévrisme aortique thoracique, sans mention de rupture

I71.3 Anévrisme aortique abdominal, rompu

I71.4 Anévrisme aortique abdominal, sans mention de rupture

I71.5 Anévrisme aortique thoraco-abdominal, rompu

I71.6 Anévrisme aortique thoraco-abdominal, sans mention de rupture

0941 01.12.2012 Recherche par mot-clé ABO et AB0

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.

0942 01.12.2012 Opération selon Helal

L'opération selon Helal se code au 78.28.22 "Autre raccourcissement d'os du métatarse".

0944 01.11.2012 Cystadénome ovaire

Le cystadénome de l'ovaire est à coder avec C56 ou D27, selon les précisions de l'histologie (l'index alphabétique donne l'indication C56).

0945 01.11.1012 81.04 und 81.05 Spondylodese

Attention : ces codes ne s'utilisent que pour les sites opératoires thoracal et thoraco-lombaire.

0946 01.11.2012 Opérations de hernie par laparoscopie

Pour les opérations de hernie (53.-) par voie laparoscopique, le 54.21.20 "Laparoscopie, voie d'abord pour interventions chirurgicales" est à coder aussi.

0947 01.11.2012 01.10 Monitoring de la pression intracrânienne

Attention, version française non corrigée.

L'inclusion "Insertion de cathéter ou de sonde pour le monitoring était à respecter en 2012 mais est à ignorer en 2013.

0948 01.11.2012 54.99.2- Type de matériau utilisé pour la substitution et le renforcement tissulaires

L'exclusion sous 54.- : Cures de hernie (53.00-53.9) est à ignorer lors d'opération de hernie avec implant.

0950 01.10.2012 Opérations de changement de sexe chez la femme avec le diagnostic principal F64.0/F64.1/F64.8/F64.9

Jusqu'à l'introduction de la version SwissDRG 3.0, le codage des hystérectomies abdominales totales avec salpingo-ovariectomie bilatérale se codent selon la règle suivante :

L'hystérectomie laparoscopique/ouverte avec salpingo-ovariectomie doivent être représentées par deux codes : 68.41.09 + 65.51 ou 68.49.09 + 65.51.

Ainsi, nous obtenons le DRG correct U01Z.

0951 01.10.2012 SIRS R65.-

Le R65.-! est un code "!" et ne peut être codé seul. Il suit toujours un code de septicémie ou un code d'une autre maladie.

Pour pouvoir coder un R65.-!, il faut :

- un diagnostic de septicémie, avec laquelle le R65.-! est obligatoire
- en relation avec une autre maladie, le diagnostic de SIRS expressément posé et documenté par le médecin.

Le codeur ne doit pas interpréter les symptômes dans la documentation (fièvre, tachycardie, leucocytose, etc) et les représenter par un code SIRS.

0952 01.10.2012 Traumatisme crânio-cérébral (TCC) - lésion traumatique intracrânienne S06.-

Lors d'un traumatisme crânio-cérébral (index alphabétique S06.9) sans lésion traumatique intracrânienne documentée, on n'utilise pas le code S06.9, mais le S06.0 Commotion (TCS).

0953 01.10.2012 Problématique du codage correct avec l'index alphabétique

Rappel de la règle G30, qui n'est malheureusement pas toujours suivie :

Le code trouvé dans l'index alphabétique n'est pas toujours un code précis et correct, son exactitude doit donc toujours être contrôlée dans l'index systématique, en tenant compte des exclusions, des inclusions, des remarques à tous les niveaux.

0954 01.09.2012 Hotline / questions par e-mail

1. Pour nous faciliter la tâche, merci d'inscrire dans vos e-mails sous "Objet" un mot-clé précis ou un code concernant le sujet de la demande. Ceci nous permet de grouper, de retrouver, de répondre, d'archiver ou de rechercher plus facilement.

2. De joindre d'office le rapport de sortie ou le rapport opératoire nous évite de les réclamer régulièrement, puisqu'ils sont souvent indispensables pour permettre une réponse précise.

Merci pour votre compréhension !

0955 01.09.2012 Ostéophytectomie lors d'arthrodèse

L'ostéophytectomie est toujours incluse lors d'une opération d'arthrodèse (FMH orthopédie).

0956 01.09.2012 78.50.3- Technique d'ostéosynthèse, colonne vertébrale

Lors d'une spondylodèse, le matériel d'ostéosynthèse est à coder avec 78.50.3-.

0958 01.09.2012 Rappel pour le codage correct des complications après acte à visée diagnostique ou thérapeutique

Procédure :

Chercher toujours les libellés complets des codes dans les trois possibilités et choisir le code avec le libellé le plus précis :

1. Codes chapitre XIX (T80-T88)
2. Codes fin de certains chapitres (E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-)
3. Codes dans les chapitres des organes

1. Codes chapitre XIX (T80-T88) :

- Vérifier les exclusions
- Certains codes T sont très précis, mais les T "non classés ailleurs" ne s'utilisent que s'il ne se trouve pas de code avec un libellé plus précis dans les points 2. et 3.

2. Codes fin de certains chapitres :

- Vérifier les exclusions
- Certains codes sont très précis, mais les codes "autres" ou "non classés ailleurs" ne s'utilisent que s'il ne se trouve pas de code avec un libellé plus précis dans les points 1 et 3.

3. Codes dans les chapitres des organes :

- Vérifier les exclusions
- Certains codes sont très précis, mais il faut comparer les libellés des codes des points 1 et 2.

Exemples :

Infection de la prothèse, post-implantation de prothèse de hanche

1. T81.4 = "non classé ailleurs", voir aussi excl. pour prothèse : T84.5 = le code le plus précis
2. M96.88 = "autres" maladies...
3. M00.95 = non correct, puisque articulation réséquée

Perforation iatrogène colon descendant

1. T81.2 = "non classé ailleurs"
2. K91.88 = "non classées ailleurs"
3. S36.53 = code le plus précis (+Y69!)

Occlusion intestinale post-opératoire

1. T81.8 = "autres" et "non classées ailleurs"
2. K91.3 = occlusion intestinale post-opératoire, "non classée ailleurs", mais le code le plus précis
3. K56.6 = "autres et sans précision", mais voir excl. sous K56.-

0959 01.09.2012 Hernie d'un disque cervical ou autre disque intervertébral précisé avec myélopathie / radiculopathie

Chaque code peut devenir un code-dague. De ce fait, cette pathologie est représentée de manière précise avec M50.2+ / M51.2+ et G99.2* / G55.1*.

Pour rappel : un code est toujours recherché dans l'index alphabétique et sa précision contrôlée dans l'index systématique. Le cas échéant, toujours prendre le code le plus précis.

0961 01.08.2012 I87.2 Insuffisance veineuse versus I83.0 Varices ulcérées des membres inférieurs

Contrairement à l'indication dans l'index alphabétique, une insuffisance veineuse, jambe, avec ulcère n'est pas à coder avec le I87.2, mais avec le code I83.0 "Varices ulcérées des membres inférieurs".

Un codage supplémentaire avec le L97 n'est pas à faire.

0962 01.08.2012 D68.30 Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants

Un patient anticoagulé, correctement réglé, sans hémorragie est à coder avec le Z92.1.

Un patient anticoagulé avec hémorragie est à coder avec D68.30 + l'hémorragie. Le choix du diagnostic principal entre le D68.30 et l'hémorragie se fait selon les ressources utilisées.

Un patient anticoagulé "dérégulé", hors d'une zone thérapeutique (risque accru d'hémorragie) est à coder avec le D68.30, si cela implique un effort de soins > 0.

Un code de cause externe n'est à ajouter avec le D68.30 que dans des situations spéciales, telles X49.9!, X84.9!, Y69! ou Y09.9!

0965 01.07.2012 81.54.13 Prothèse du genou avec prothèse rotulienne

L'adaptation publiée sous FAQ 0970 était une correction de la version allemande par rapport à la version française. Ceci s'est révélé être une erreur de système.

Les codes 81.54.00/.10/.11/.12/.14/.99 représentent l'endoprothèse du genou avec ou sans prothèse

rotulienne. Le code 81.54.13 est réservé pour l'implantation d'une prothèse rotulienne seule. Le libellé correct du code en français est donc : 81.54.13 "Prothèse rotulienne de genou". Nous nous excusons pour cette erreur.

0966 01.07.2012 Opérations endoscopiques

Si, dans le codage d'une opération, la notion d'endoscopie est contenue dans un des codes utilisés, il n'est plus nécessaire de coder l'endoscopie séparément.

Exemple :

Résection antérieure du rectum par laparoscopie = 48.63.10 + 54.21.20 et appendectomie laparoscopique = 47.01. Le code 54.21.20 est abandonné, puisque compris dans le 47.01.

0967 01.07.2012 Codes avec notion de durée, quantité, etc.

(p. ex. concentrés érythrocytaires, NEMS/SAPS)

Une procédure avec notion de durée ou quantité n'est indiquée qu'une seule fois par séjour avec le code de la quantité totale et la date du premier geste.

En cas de regroupements, cette addition est également à faire et le code n'est indiqué qu'une seule fois. (Il en est de même pour les heures de ventilation, qui sont additionnées).

0968 01.06.2012 Regroupement de cas pour un même MDC lors de maladies bilatérales

Pour les cas qui doivent être regroupés, lors d'une réhospitalisation pour une même maladie touchant l'autre côté d'un organe, le codage définitif doit se faire séparément avec la latéralité.

Exemple :

1. séjour : calcul de l'uretère gauche

2. séjour : calcul de l'uretère droit

Codage définitif : N20.1 gauche + N20.1 droit (donc pas de N20.1 bilatéral).

0971 01.06.2012 84.6 Remplacement de disque intervertébral

Lors d'une insertion ou d'un remplacement de prothèse de disque, le nombre de prothèses est traduit par le nombre de codes.

P.ex. pour 2 prothèses de disques, 2 fois le code (+ abord 03.09.1 à 03.09.3-).

0972 01.06.2012 37.27 Cardiac mapping et 37.34.14 Ablation à l'aide de méthode de cartographie tridimensionnelle

Lors d'une ablation à l'aide de méthode de cartographie tridimensionnelle, le mapping cardiaque 37.27 n'est pas à coder en plus du 37.34.14, il est compris dans ce code.

0973 01.05.2012 33.71.- Insertion ou remplacement des valves bronchiques par endoscopie

Lors d'une insertion ou d'un remplacement de valve bronchique par endoscopie, la bronchoscopie (33.22 - 33.23), n'est pas à coder en plus, puisqu'elle est incluse dans le code 33.71.- (comme c'est le cas pour la laparoscopie ou l'arthroscopie).

0974 01.05.2012 37.90.21 Ponction transseptale par cathéter

Lors d'une technique d'ablation pour le traitement de tachyarythmies (37.34.1-), lorsqu'une ponction transseptale est effectuée, celle-ci est à coder en plus avec le 37.90.21.

Le grouper SwissDRG sera adapté en conséquence.

0975 01.05.2012 ICD-10-GM, Chapitre XX, Causes externes (V01!-Y84!)

En passant de la classification ICD-10 OMS à la classification ICD-10-GM, de nombreux codes spécifiques pour les causes externes ont été perdus. Des réponses statistiques à des questions particulières concernant ces causes externes ne sont plus exploitables, si bien que le choix d'un code précis a perdu de l'importance. Que l'on code p.ex. pour l'accident de ski le W49.9! ou le X59.9! est équivalent et lors de révisions, les deux possibilités sont à accepter. Le choix entre le Y82.8! et le Y84.9! est également parfois difficile et dans des situations particulières, il faut accepter les deux.

0976 01.04.2012 Z22.3 Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées

Chez un porteur de germes qui est représenté par le code Z22.3, la précision du germe est à faire obligatoirement à l'aide d'un code de la catégorie B95.-! oder B96.-!

0978 01.04.2012 Z37.- ! Résultat de l'accouchement

Z37.-! est un code "Point d'exclamation" et, selon la règle D04a, est obligatoire si pertinent.

Pour chaque accouchement à l'hôpital (ou à la maison de naissance) en séjour stationnaire, ce code Z37.-! est obligatoirement à inscrire chez la mère.

Lors de transferts d'hôpital à hôpital (ou de maison de naissance à hôpital ou vice versa), le code Z37.-! n'est inscrit que par l'institution dans laquelle l'accouchement a eu lieu.

Ce petit rappel de règle, suite au feed-back de SwissDRG, qui signale l'absence fréquente de ce code.

0981 01.02.2012 39.65.50 - 39.65.59 Utilisation d'une machine coeur-poumon minimalisée

Ces codes sont à utiliser pour le soutien circulatoire postopératoire ou pour le soutien circulatoire chez des patients instables à l'aide d'une machine coeur-poumon minimalisée.

Pour l'utilisation d'une machine coeur-poumon pour le soutien intra-opératoire, il faut utiliser un code de la catégorie 39.61.- (sans durée).

0982 01.02.2012 Bypass gastrique laparoscopique, codage dès 2012

Avec la perte des contraintes liées au système APDRG, l'OFS a décidé de coder cette intervention avec le code 44.38 "Gastroentérostomie laparoscopique", ceci pour respecter les classifications de base.

Le codage avec 44.31 et 54.21.20 doit être accepté pour les années antérieures.

0991 01.01.2012 00.80-00.84 Révision de prothèse de genou

Lors d'une révision de prothèse de genou, composantes spécifiées, on code la révision de 2 ou 3 composantes à 00.80. Les codes 00.81 - 00.84 ne sont utilisés que lors d'un changement d'une seule composante (la note sous 00.8 est à ignorer).

0993 01.01.2012 Pacemaker / défibrillateur

Pour toute première implantation de pacemaker/défibrillateur, le seul code du pacemaker/défibrillateur suffit. La première insertion d'électrode n'est plus à coder séparément, tel que l'exigeait le système APDRG.

Les codes pour les électrodes sont à utiliser pour les révisions, les changements, les ablations.

0997 01.01.2012 CIM-10-GM 2010 : index alpha, tableau des tumeurs, page 838

Dans la version française de l'index alphabétique, il manque les notes spéciales figurant au début du tableau des tumeurs (cf page 761 ICD-10-GM version allemande).

Vous pouvez trouver le texte dans la version française de la CIM-10 OMS, pages 511 et 541 ou nous demander via codeinfo@bfs.admin.ch de vous en faire parvenir une copie préparée par nos soins

0999 01.01.2012 81.45.- Réparation arthroscopique des ligaments croisés

Jusqu'à l'introduction de nouveaux codes, la réparation arthroscopique des ligaments croisés avec tendon rotulien autogène est à coder avec le 81.45.19.

2011 Maisonneuve (fracture)

Comme indiqué dans l'index alphabétique, la fracture de Maisonneuve se code au S82.7.

2010 Ostéosynthèse par DHS :

L'ostéosynthèse par enclouage intramédullaire en cas de fracture ou l'ostéosynthèse par DHS seront-ils codés en tant que réduction ouverte ou fermée avec fixation interne ?

CodeInfo : Une réduction fermée de fracture avec ostéosynthèse consécutive par enclouage intramédullaire (sans présentation intraopératoire de la fracture) sera codée comme une réduction fermée avec fixation interne. Une fracture fémorale pertrochantérienne qui aura fait l'objet d'une réduction fermée puis aura été soignée par DHS sera donc également considérée comme réduction fermée avec fixation interne.

2010 Radiothérapie par iode radioactif "per os"

92.28 "Injection ou instillation de radio-isotope"

Les codes 92.28.02-07 ont été repris dans la CHOP à partir du catalogue OPS allemand pour répondre aux exigences de SwissDRG. Le titre dans la CHOP n'a malheureusement pas été adapté, les codes 92.28.02-07 sont également à utiliser pour les thérapies par voie orale.

2010 Téléradiothérapie à photons

Positionnement guidé par l'image 92.24.1- sont des thérapies avec positionnement guidé par l'image et 92.24.2- sont des thérapies 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).

2010 Ostéotomie tibiale de valgisation

Le seul code 77.27 suffit-il ?

Après avis pris auprès des chirurgiens, l'utilisation du seul code 77.27 représente complètement cette intervention.

2010 Comment coder l'AMO (plaque et vis) du tibia ?

Si une fracture est traitée par plaque, cette plaque est tenue par des vis et l'ablation de la plaque et des vis se fait avec le seul code 78.67.11.

2010 Opération / remplacement transluminal de valve cardiaque

L'opération / le remplacement transluminal de valvule cardiaque se code à 35.96.- "Valvuloplastie percutanée".

2010 Correction dans la version allemande de la CIM-10 GM 2008 et 2010 sous P76.-

L'exclusion sous P76.- est à remplacer par ceci :

Excl.: Occlusion intestinale classée en K56.0 - K56.5.