



FAQ valables pour 2012

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.

0941 01.12.2012 Recherche par mot-clé ABO et ABO

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".

0943 15.11.2012 Regroupements de cas

Généralités :

La définition du cas de traitement et les applications des regroupements sont réglés par SwissDRG, voir „Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG“.

Lien pour les règles et définitions, ainsi que les clarifications et exemples de cas de SwissDRG SA :

http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp

Principe :

Pour chaque séjour stationnaire, un forfait par cas est calculé. Chaque réadmission est considérée comme un nouveau cas, mais dans certaines constellations, plusieurs séjours dans le même hôpital peuvent être regroupés dans un seul séjour stationnaire. Pour cela, les MDC et DRG atteints par le groupeur sont décifés.

Pour atteindre les MDC/DRG, chaque séjour est considéré et codé séparément.

Voir règles de facturation particulières, chapitre 3.3 Regroupements de cas, „Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG“, ainsi que les clarifications et exemples de cas de SwissDRG SA :

http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/Tarifdokumente.asp

Pour les réadmissions pour « Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique (= complications) », une règle particulière a été établie (D12, page 38 du manuel de codage 2012), ceci afin de favoriser le regroupement de cas lors de réadmissions par l'atteinte du même MDC. Cette règle de codage exceptionnelle est une mise en pratique directe des règles de facturation selon SwissDRG. Pour cette raison, après concertation entre SwissDRG et l'OFS, cette règle a été clairement positionnée en tant que telle et est par conséquent à considérer de suite comme au-dessus des règles générales et spéciales du manuel de codage.

Codage :

Chaque réadmission dans les 18 jours pour « Maladies ou troubles après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique (= complications) » dans le même hôpital est donc codée selon la règle D12, indépendamment d'un regroupement ou non.

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 01.11.2012 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

L'inclusion "Insertion de cathéter ou de sonde pour le monitoring est à respecter.

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

0949 01.11.2012 Regroupement de cas selon les règles et définitions de SwissDRG

SwissDRG n'a pas encore validé le document de plusieurs pages que nous avons préparé, la publication est retardée de quelques jours.

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 systémique, 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-.

0957 01.09.2012 Prélèvement de cellules-souches dans le cordon ombilical lors de la naissance

Le prélèvement de cellules-souches dans le cordon ombilical n'est pas une prestation prise en charge par la LaMal. Pour cette raison, ceci n'est codé ni chez la mère, ni chez le nouveau-né. Cette mesure n'est valable que pour cette procédure, en attendant un code adéquat.

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.

0960 01.08.2012 Codes pour interventions post-mortem (prélèvement d'organes, autopsies)

Pour rappel :

Un cas de traitement stationnaire se termine avec le décès du patient, des interventions post-mortem ne sont de ce fait pas à coder.

Ces codes apparaissent faussement de manière régulière dans notre statistique médicale, mais n'appartiennent pas à la statistique des cas stationnaires.

P. ex. des codes tels 37.99.40-49, 55.51.03, 89.81, etc.

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 l'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!

0963 01.07.2012 ICD-10-GM : Grippe et Pneumopathie (J09-J18)

Il y a ici une erreur de traduction :

Les termes "pneumopathie" sont à remplacer par le terme "pneumonie" sous : J10.0 et J11.0, J12, J14 à J18.

0964 01.07.2012 37.34.12 Cryoablation

Il y a une erreur de traduction pour ce code :

La cryoablation se code au 37.34.15, le libellé correct du code 37.34.12 est "Ablation (par radiofréquence) irriguée".

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).

0969 01.06.2012 33.24 Biopsie bronchique fermée (endoscopique)

Avec les codes 33.24.00 et 33.24.10, il faut coder également les méthodes avec un des codes de 33.24.11 à 33.24.15.

0970 01.06.2012 81.54.13 Prothèse du genou avec prothèse rotulienne

Attention : non valable dès 01.07.2012

Il y a une erreur dans la version allemande, le texte du code est à remplacer par :

81.54.13 "Endoprothese des Kniegelenkes mit Patellaersatz".

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 33.71.1- (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.-!

0977 01.04.2012 Choix du diagnostic principal

La définition du diagnostic principal se trouve sous G52a.

Le diagnostic inscrit en première position sur la lettre de sortie ne correspond pas toujours avec le diagnostic à coder en diagnostic principal. Le codeur doit appliquer précisément les règles de codage.

En présence de plusieurs affections possibles, il est de la responsabilité du médecin-traitant de choisir le diagnostic principal selon l'engagement de ressources médicales.

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.

0979 01.03.2012 S0200 Oncologie (tumeurs)

Dans ce chapitre, une précision a malheureusement été omise.

Les règles d'oncologie priment sur les règles générales, avec maintenant une seule exception :

Si un patient est hospitalisé et traité exclusivement à cause d'un symptôme de sa maladie tumorale, le symptôme doit être codé en diagnostic principal et la tumeur en diagnostic secondaire (voir D01a, exception).

Contrairement à la décision de ne pas introduire de nouvelles règles de codage en cours d'année, il s'agit ici d'une exception qui nous paraît importante. Cette règle est à appliquer de suite pour tous les cas non encore codés, les cas déjà codés et facturés ne sont pas à reprendre.

Nous comptons sur votre compréhension.

0980 01.03.2012 O98-O99 Affections pendant la grossesse

Précisions pour le codage de O98-O99 avec le Manuel 2012 :

Dans le Manuel Version 3.0, les codes O98-O99 n'étaient codables qu'en diagnostic principal.

Dans le Manuel 2012, l'utilisation de O98-O99 n'est plus limitée au diagnostic principal, ce qui veut dire que le O98-O99 se code toujours avec un code d'un autre chapitre de la CIM-10-GM, peu importe qu'il se trouve en diagnostic principal ou supplémentaire.

Note : la pathologie doit évidemment correspondre à la définition du diagnostic supplémentaire.

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.

0983 01.02.2012 Varices I83.9 / Corrections index alphabétique français

Corrections sous Varices / Oesophage :

- oesophage, oesophagiennes I85.9
- - cas de cirrhose, foie K74.6† I98.2*
- - - alcoolique K70.3† I98.2*
- - - toxique K71.7† I98.2*
- - avec hémorragie I85.0
- - - cas de cirrhose, foie K74.6† I98.3*
- - - - alcoolique K70.3† I98.3*
- - - - toxique K71.7† I98.3*

0984 01.02.2012 Codes 00.61.- / 00.62.- et 39.76.- / 39.77.-

00.61.- "Angioplastie ou athérectomie percutanée de vaisseau(x) (extra-crânien(s)) précérébral(aux) et 00.62.- "Angioplastie ou athérectomie percutanée de vaisseau(x) intracrâniens ont été supprimés et re-travaillés dans les catégories 39.76.- "Intervention endovasculaire transluminale percutanée sur vaisseau(x) (extra-crânien(s)) précérébral(aux) et 39.77.- "Intervention endovasculaire transluminale percutanée sur vaisseau(x) intracrânien(s).

0985 01.02.2012 85.2 Excision ou destruction de tissu du sein et 85.4 Mastectomie

Règles pour 2012 :

1) Lorsque ces procédures sont liées à une dissection des ganglions axillaires, il convient de coder également la lymphadenectomie à l'aide de la catégorie 40.-, comme p.ex. :

40.3X.22 Lymphadenectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention, région axillaire [L]

40.51.-- Excision radicale des ganglions lymphatiques axillaires

NB : ici, il ne faut donc pas tenir compte de l'exclusion sous le 40.5 concernant l'excision associée à du tissu du sein.

2) Lorsqu'une procédure est effectuée sur le ganglion sentinelle, il faut la coder en plus :

40.23.11 "Excision de ganglion lymphatique axillaire marqué à l'aide d'un radioisotope ou d'un colorant (lymphadénectomie de ganglion sentinelle) [L].

NB: Lorsque l'intervention sur le système lymphatique ne concerne que le ganglion sentinelle marqué, on n'utilisera pas les codes: 85.21.11 // 85.22.11 // 85.23.11 // 85.23.13 "avec lymphadénectomie axillaire".

0986 01.02.2012 84.49 Implantation ou remplacement d'endoprothèse après chirurgie tumorale

1. Dans la version française, il manque le texte sous ce code. Voici le libellé à ajouter :

84.49 "Implantation ou remplacement d'endoprothèse après chirurgie tumorale"

Il s'agit là d'un code supplémentaire, à utiliser exclusivement pour l'implantation ou le remplacement d'endoprothèses osseuses ou articulaires après résection de tumeurs osseuses malignes primaires et secondaires. La longueur et l'épaisseur de la prothèse osseuse ou articulaire correspondent à celles de l'os excisé.

Coder aussi : Implantation ou remplacement d'endoprothèses osseuses ou articulaires après résection de tumeurs osseuses malignes primaires et secondaires.

2. Sous les codes 81.51.10 et 81.54.14 se trouve la remarque : "Incl. Implant à tige longue, prothèse tumorale, prothèse CAD-CAM". Ceci précise que certains types de prothèse sont à classer ici. La procédure 84.49 doit, si réalisée, être codée en plus.

0987 01.02.2012 81.62- / 81.63.- / 81.64.- Arthrodèse ou reprise d'arthrodèse, selon le nombre de vertèbres

Ces codes représentent le nombre de vertèbres fusionnées et sont à coder comme codes complémentaires à l'arthrodèse (81.00-81.08) ou la reprise d'arthrodèse (81.30-81.39).

0988 01.02.2012 37.79 Révision ou déplacement de poche de dispositif cardiaque

Dans l'exclusion du code 37.79, il faut remplacer le code 86.05 par le code 37.89.50.

Par conséquent, sous 86.05, il faut tracer "Ablation d'appareil de monitoring ECG implantable".

0989 01.01.2012 Single Photon Emission Computed Tomography SPECT

CHOP 2012 ne contient un code spécifique que pour SPECT du myocarde (92.05.14).

SPECT d'autres localisations sont à coder au 92.09, jusqu'à adaptation de la CHOP.

0990 01.01.2012 Insuffisance veineuse avec ulcère

Attention : voir 0961 dès le 01.08.2012

Dans l'index alphabétique français, il manque une entrée correspondant à :

Insuffisance

- veineuse

-- jambe, avec ulcère I87.2.

Pour cette raison, en cas d'ulcère sur insuffisance veineuse sans notion de varice le code I87.2 suffit, l'ulcère n'est pas à coder en plus.

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).

0992 01.01.2012 Pathologies à localisations multiples

Lorsqu'une pathologie touche plusieurs localisations, il faut coder chaque localisation spécifiquement et les codes "localisations multiples" ne doivent si possible pas être utilisés.

Exemples :

- Patient avec hémorragies cérébrales, l'une au niveau du lobe frontal, l'autre intraventriculaire se code avec I61.1 + I61.5.

- Lésion corne antérieure ménisque interne et lésion corne antérieure ménisque externe se code avec M23.21 + M23.24.

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.

0994 01.01.2012 Ostéotomies (77.1- / 77.2- / 77.3-, etc)

Avec l'ostéotomie il faut coder en plus la technique d'ostéosynthèse avec le 78.50.2-.

Malgré l'introduction de nouveaux codes (78.50.1- / 78.50.2-), on n'utilisera en 2012 toujours que le seul code de l'ostéotomie (77.1-, 77.2-, 77.3- etc). Ceci afin de garantir la compatibilité du codage en 2012 par rapport aux précédentes années, et donc le calcul correct des coûts effectués au moyen du groupeur. En effet, malgré l'élaboration de nouveaux codes, la version 1.0 / 2012 de SwissDRG se base toujours sur les anciens codes. Ce codage permet d'éviter une redistribution différente des cas.

0995 1.1.2012 O80 Accouchement spontané et 73.59 Assistance manuelle de l'accouchement

Comme un accouchement spontané n'est pas toujours représenté par un O80 (plus dans les diagnostics supplémentaires, voir nouvelles règles manuel 2012), il faut indiquer le code 73.59 pour chaque accouchement spontané, ceci pour des raisons statistiques.

0996 01.01.2012 34.03 Rethoracotomie

Ce code vient de la version ICD-9-CM américaine, la traduction allemande n'est pas correcte et doit s'intituler : 34.03 Wiedereröffnung einer kürzlichen Thorakotomie.

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

0998 01.01.2012 Perfusion de glucose chez le nouveau-né

Manuel de codage 2012, S1606a : le traitement avec hydrates de carbone chez le nouveau-né est codé avec le 99.18.

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 Chromopertubation par laparoscopie :

CHOP : dans les 3 langues, les textes sous 66.8 diffèrent, comment coder une chromopertubation laparoscopique? La version allemande fait foi, il faut coder avec le 66.8 + 54.21.20.

66.8 Insufflation einer Tuba uterina

Insufflation der Tuba uterina mit Farbstoff
(Chromopertubation)

Insufflation der Tuba uterina mit Gas

Insufflation der Tuba uterina mit Luft

Insufflation der Tuba uterina mit Salzlösung

Pertubation einer Tuba uterina *

66.8 Insufflation de trompe de Fallope

Chromolaparoscopie *

Instillation de la trompe de Fallope avec une solution saline

Instillation ou insufflation de la trompe de Fallope avec un colorant

Insufflation de la trompe de Fallope avec de l'air

Insufflation de la trompe de Fallope avec du gaz

66.8 Insufflazione di tuba di Falloppio

Insufflazione di tuba di Falloppio con aria

Insufflazione di tuba di Falloppio con colorante

Insufflazione di tuba di Falloppio con gas

Insufflazione di tuba di Falloppio con soluzione salina

2011 VAC

Chaque pose ou remplacement est codé avec le 86.88.50 - 86.88.59 "Pose ou remplacement de système de scellement sous vide".

De plus, la durée totale du traitement se code avec le 93.57.10 - 93.57.11 "Traitement continu par aspiration après scellement sous vide".

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.