



FAQ valables pour 2014 :

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.

0894 01.07.2014 60.21 Prostatectomie transurétrale guidée, induite au laser

Ablation au laser (avec contact)(sans contact)

La résection transurétrale de la prostate au moyen des méthodes au laser actuellement utilisées, est à coder, comme indiqué dans le texte sous le titre, par le code 60.21.

0895 01.07.2014 A80.- Poliomyélite aiguë / B91 Séquelles de poliomyélite

Dans la statistique médicale apparaissent régulièrement des cas de poliomyélite aiguë (A80.-), maladie éradiquée en Suisse (qui serait à déclarer obligatoirement à l'OFSP).

Renseignements téléphoniques pris, il s'est avéré qu'il s'agissait toujours de séquelles de poliomyélite, dont le codage correct est le B91.

0896 01.07.2014 S06.72! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, >24 heures, avec retour au stade de connaissance (conscience) antérieur

S06.73! Perte de connaissance lors de traumatisme crânio-cérébral, >24 heures, sans retour au stade de connaissance (conscience) antérieur

Lors d'un traumatisme crânio-cérébral suivi d'un coma artificiel de >24 heures, les codes susmentionnés sont à utiliser.

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 sont à coder avec ces codes.

0898 01.07.2014 01.16 Monitoring de l'oxygénation intracrânienne + 01.17 Monitoring de la température cérébrale

Ces codes ne sont utilisés que lors de procédures invasives.

0899 01.07.2014 84.55.-- Insertion de matériel de remplacement d'os

L'utilisation de ciment pour la fixation de matériel prothétique est incluse dans les codes d'implantation de prothèse (actuellement seulement indiqué sous 81.51).

Le 84.55 n'est pas à coder en plus.

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 ».

0901 01.07.2014 86.4X.3- Chirurgie micrographique spécifique

Les codes 86.4X.30 et 86.4X.31 ne décrivent pas le geste chirurgical, mais la méthode diagnostique histologique effectuée directement dans la salle d'opération par l'opérateur possédant une formation supplémentaire.

0902 01.07.2014 39.91.10 Libération de vaisseau pour intervention endovasculaire
Ce code n'est pas à ajouter lors de l'implantation d'un pacemaker/défibrillateur.

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.

0904 01.01.2014 Demandes à CodeInfo

Lors de demandes à CodeInfo, tous les documents joints doivent être anonymisés.

Les collaborateurs de l'OFS ne sont soumis qu'au secret des statistiques (selon art. 14 de la Loi fédérale sur les statistiques).

0905 01.01.2014 Naissance hors d'un hôpital/maison de naissance ou hors d'une unité de soins d'un hôpital/maison de naissance

Lors d'un accouchement normal à domicile ou sur le chemin de l'hôpital, on code Z39.0 en DP chez la mère, même si une délivrance sans complication a lieu à l'hôpital.

Pour le nouveau-né sain, on code Z38.1 (Z38.4/Z38.7). On ne remplit pas de données supplémentaires pour nouveau-nés, mais la série minimale de données et les données concernant l'enfant.

Pour les deux, la variable 1.2.V03 Mode d'admission est 1 (urgence).

0906 01.01.2014 VAC 86.88.5- "Pose ou remplacement de système de scellement sous vide" 93.57.11 "Traitement continu par aspiration après scellement sous vide, durée jusqu'à 7 jours" et 93.57.12 "Traitement continu par aspiration après scellement sous vide, durée 8 jours et plus"

Le code 86.88.5- et les codes 93.57.11 ou 93.57.12 sont UNIQUEMENT utilisés pour des systèmes de pompes VAC qui ne sont pas à usage unique.

Pour les systèmes de pompes VAC à usage unique, seul le code 93.57.09 est utilisé.

0907 01.01.2014 O98.7 Maladie due au VIH compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

Au texte "Etats en B20-B24" qui se trouve sous le code O98.7, il faut ajouter le code Z21.

L'exclusion concernant O98.7 sous le code Z21 est à tracer.

0908 01.01.2014 93.89.9 Traitement complexe de rééducation gériatrique précoce

Sous les codes 93.89.90 - 93.89.92, le "et" de jours de traitement "et" séances signifie seulement "et" et non "ou".

0909 01.01.2014 37.64 Enlèvement de système d'assistance cardiaque

L'exclusion "Avec remplacement du système d'assistance cardiaque (37.63)" sous 37.64 "Enlèvement de système d'assistance cardiaque" désigne une sous-catégorie (37.63) qui ne présente que des codes pour remplacement de pompe extra- et paracorporelle, mais pas pour remplacement de pompe intracorporelle. La subdivision du code 37.64 concerne également l'enlèvement d'une pompe intracorporelle.

De ce fait, l'exclusion est à préciser de la manière suivante :

EXCL.: Remplacement d'un pompe paracorporelle, respectivement extracorporelle (37.63).

L'exclusion ne concerne donc que les pompes para- et extracorporelles.

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, SC (stroke center) 99.BA.1- et SU (stroke unit) 99.BA.2- dans la CHOP 2014.

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).

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.

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 appendectomie laparoscopique, l'enlèvement de l'appendice par endoloop est compris dans le code 47.- et n'est pas à coder en plus par le code 46.99.21/.22.

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.

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.

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 et 2014.

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

Comme déjà décrit sous 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.

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.

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.

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.

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 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-.

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.

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.