



FAQ valables pour 2015 :

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.

0875 01.07.2015 Complément pour D15 Transfert d'un nouveau-né sain, Variable de sortie 1.5.V03

Il s'agit ici d'un nouveau-né en bonne santé, dans cette situation exceptionnelle, le premier hôpital doit indiquer le chiffre « 8 = autres » dans la variable de sortie 1.5.V03 (le chiffre « 6 = autre hôpital » n'est pas utilisé pour les personnes en bonne santé qui accompagnent).

0876 01.07.2015 Anomalies de la coagulation chez les nouveau-nés

S'ils remplissent la définition du diagnostic supplémentaire (G54), les codes D65-D69 sont à ajouter, contrairement à d'éventuelles exclusions de la CIM-10-GM, aux codes P53, P60 et P61.0.

Cette règle est valable jusqu'au 31.12.2015 ; pour 2016, ces codes seront ajoutés dans le catalogue des forfaits par cas (rémunérations supplémentaires, notes du bas de l'annexe 2).

0877 01.07.2015 Anomalies de la coagulation pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité

S'ils remplissent la définition du diagnostic supplémentaire (G54), les codes D65-D69 sont à ajouter, contrairement à d'éventuelles exclusions de la CIM-10-GM, aux codes O00-O07, O08.1 et O45.0, O46.0, O67.0, O72.3.

0878 01.07.2015 Couverture de tissu mou d'une plaie, pansement de plaie

Une couverture de tissu mou avec p.ex. Biobraine, Epigard, Mepitel, Suprathel, Coldex se code avec le 93.57.09 «Autre application de pansement de plaie, autre».

Une couverture de tissu mou avec p.ex. Apligraf est codée avec le 86.65.40 «Remplacement permanent de la peau par matériel de remplacement bicouche derme-épiderme».

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.

0880 01.07.2015 39.61 Circulation extra-corporelle (CEC) et 39.95.- Hémodialyse/filtration et machine coeur-poumon

Une diminution de volume dans le cadre de l'utilisation intraopératoire d'une machine cœur-poumon, n'est pas à coder séparément comme hémodialyse/filtration.

0881 01.07.2015 81.0- Arthrodèse de vertèbre

Pour un abord XLIF, DLIF et OLIF dans la région lombaire, on codera le 81.07 «Arthrodèse lombaire ou lombosacrée intratransversaire».

0882 01.07.2015 84.80.- Insertion de système(s) interépineux

Lors de la seule implantation d'un système interépineux (84.80.-), on ne code pas en plus une arthrodèse de vertèbre, même si cela est décrit comme «arthrodèse/spondylodèse interépineuse (dynamique)» dans le protocole opératoire.

0883 01.07.2015 46.5 Fermeture d'orifice intestinal artificiel (stomie)

Une fermeture de stomie comprend : l'avivement, resp. la résection de la manchette ou une résection de segment complémentaire et l'anastomose nécessaire pour la fermeture.

Concernant le "Coder aussi : toute résection simultanée (45.34, 45.49, 45.61-45.8) : une résection segmentaire supplémentaire n'est à coder que lorsqu'une anastomose supplémentaire est effectuée.

0884 01.07.2015 99.05 Transfusion de plaquettes, selon nombre de concentrés.

Clarifications pour la saisie du nombre de concentrés de thrombocytes transfusés :

Les transfusions de concentrés de même type sont additionnées et codées à l'aide d'un seul code par cas stationnaire.

Les transfusions de concentrés de types différents sont additionnées séparément et codées avec les codes respectifs par cas stationnaire.

P.ex.: un patient reçoit 2 concentrés de plaquettes du patient et 5 concentrés de plaquettes d'aphérèse.

Codage : 99.05.21 + 99.05.35.

Concentrés plaquettaires :

- Les propriétés fixées dans les prescriptions de Transfusion CRS Suisse, chapitre 18 B, spécifications : concentrés plaquettaires (Version 5, Etat 01.01.2015) sont à respecter :

Volume : au minimum 150 ml, contenu réel en plaquettes = 2.4×10^{11} /unité.

- Les concentrés plaquettaires poolés sont préparés à partir de 4 à 5 Buffy coats de groupe ABO identique et remis en suspension en solution stabilisatrice.

Ces concentrés poolés, souvent désignés comme « concentrés Jumbo », sont à saisir comme un seul concentré plaquettaire.

Administration de concentrés plaquettaires Baby (concentré « splitté ») :

- Se référant aux rémunérations supplémentaires « Transfusion de concentrés plaquettaires, transfusion de concentrés de plaquettes du patient et transfusion de concentrés de plaquettes d'aphérèse », lors de transfusions de concentrés Baby jusqu'à un an révolu, chaque concentré de plaquettes « splitté » transfusé est à comptabiliser. La notion de volume minimal est supprimée.

0885 01.07.2015 99.04 Transfusion de globules rouges concentrés, selon le nombre d'UT.

Clarifications pour la saisie du nombre de concentrés érythrocytaires transfusés :

Pour les transfusions de globules rouges concentrés, un seul code par cas stationnaire est à indiquer. Cela signifie qu'il faut additionner les concentrés de globules rouges et les saisir avec le code correspondant.

Concentrés de globules rouges :

- Les propriétés fixées dans les prescriptions de Transfusion CRS Suisse, chapitre 18 A, spécifications : sang complet et concentrés érythrocytaires (Version 5, Etat 01.01.2015) sont à respecter :

Volume : 200 - 350 ml.

Administration de concentrés de globules rouges Baby (concentrés « splittés ») :

- Se référant aux rémunérations supplémentaires « Transfusion de concentrés de globules rouges », lors de transfusions de concentrés Baby (concentrés splittés) jusqu'à un an révolu, chaque concentré de globules rouges « splitté » transfusé est à comptabiliser. La notion de volume minimal est supprimée (ne vaut pas pour les enfants et les adultes).

0886 01.04.2015 Prothèses articulaires de la hanche et du genou

a) Première implantation ou remplacement d'une prothèse de genou :

La première implantation d'une prothèse de genou (une opération, une articulation) se code uniquement avec un seul code de la catégorie 81.54.00, 81.54.21 – 81.54.27 et 81.54.99.

Ceci signifie p.ex. que la première implantation d'un resurfaçage arrière de la rotule (81.54.27) en même temps qu'une première implantation d'endoprothèse totale standard de genou (81.54.21) est comprise dans ce code et n'est pas à coder en plus.

La même règle vaut pour l'«Implantation lors de remplacement» : si une intervention (une opération, une articulation) est codée avec un code de la catégorie 81.54.3-, l'implantation simultanée de composantes (81.54.4-) est comprise. Ainsi, p.ex. le remplacement simultané d'un resurfaçage de la rotule (81.54.42) n'est pas à coder en plus.

Si une intervention (une opération, une articulation) est codée avec le code 81.54.44 ou 81.54.45 « Implantation lors de remplacement de composantes tibiales ou fémorales, ainsi que de l'insert... », l'implantation simultanée d'un resurfaçage arrière de la rotule (81.54.42) n'est pas à coder en plus.

b) Première implantation d'une endoprothèse totale de hanche :

La première implantation d'une prothèse totale de hanche (une opération, une articulation) se code uniquement avec un code de la catégorie 81.51.00/.11/.12/.99 et pas simultanément avec une première implantation d'une composante partielle d'endoprothèse de hanche de la catégorie 81.52.00, 81.52.31 et 81.52.99.

Ceci signifie p.ex. que lors de la première implantation d'endoprothèse totale de hanche (81.51.11), la première implantation de cage antiprotusion d'endoprothèse de hanche (81.52.31) est comprise et n'est pas à coder en plus.

c) Implantation lors de remplacement d'une endoprothèse totale de hanche :

L'implantation lors de remplacement d'une endoprothèse totale de hanche ne se code pas avec les codes 81.51.21, respectivement 81.51.22, mais avec un code «PAR ANALOGIE» :

81.52.5B Implantation lors du remplacement de la tige, de la tête, ainsi que de l'insert d'une endoprothèse de hanche.

Ici également, l'intervention est à coder avec un seul code, l'implantation simultanée lors de remplacement de composantes (81.52.5-) est comprise. P.ex. l'implantation simultanée d'une cage antiprotusion (81.52.57) n'est pas à coder en plus.

N.B. Lors d'une implantation lors de remplacement, le codage de l'ablation de prothèse est maintenu.

Pour rappel : signification des classes résiduelles :

Sans autre précision :

nn.n0 ; nn.nn.n0 ; nn.nn.00

L'intervention n'est pas spécifiée dans le protocole opératoire.

=> Si la documentation médicale est correcte, ces codes ne devraient jamais être codés.

Autres :

nn.n9 ; nn.nn.n9 ; nn.nn.99

L'intervention est spécifiée dans le protocole opératoire.

Mais il n'existe pas de code avec cette spécification.

=> Seulement dans cette situation, cette classe résiduelle est codée.

Information supplémentaire : Codage de la prothèse tumorale :

Le codage correct de l'implantation d'une prothèse tumorale se fait à l'aide du code pour l'implantation d'endoprothèse totale, prothèse spéciale (81.51.12/22, respectivement 81.54.22/32) ET du code supplémentaire 84.49 Implantation ou remplacement d'endoprothèse après chirurgie tumorale. Dans la CHOP 2015, le « Coder aussi » manque sous les codes d'implantation des prothèses tumorales de hanche, resp. de genou.

0887 01.01.2015 Règle G55 Traitement principal : La variable 1.7.V01 doit être correctement remplie.

Comme traitement principal, on code la mesure chirurgicale, médicale ou diagnostique majeure induite par le diagnostic principal, donc la mesure qui s'est révélée la plus décisive pour l'établissement du diagnostic ou le processus de guérison.

Dans le tableau annuel du traitement principal des cas stationnaires publié par l'OFS apparaissent des codes qui ne tiennent pas compte de la règle du TP, p.ex. des codes supplémentaires 03.09.- apparaissent en TP, etc.

0888 01.01.2015 Précision pour le codage des systèmes extracorporels d'assistance cardiovasculaire, resp. d'assistance cardiovasculaire et pulmonaire :

Cette FAQ est liée à la remarque publiée dans le catalogue des forfaits par cas SwissDRG 4.0 SA, dans la partie ZE-2015-04 « Systèmes d'assistance cardiaque du ventricule gauche et droit („cœur artificiel“) » sous le ZE-2015-04.02 : « Ce code ne doit être utilisé que pour la représentation de pompes extracorporelles pour l'assistance cardiovasculaire. Pour la représentation d'une pompe (par. Ex. Deltastream) comme système d'assistance pulmonaire avec élimination de CO₂, il faut choisir un des codes 37.6A.51 ; 37.6A.61 ; 37.6A.62 ».

Les systèmes d'assistance cardiovasculaire et pulmonaire, avec pompe, extracorporels, décrits avec une fonction d'échange gazeux (oxygénation ou élimination de CO₂) ont une fonction d'assistance pulmonaire. Pour coder l'implantation d'un tel système, un code parmi les suivants peut être choisi 37.6A.51, 37.6A.6- (ECMO focalisée sur l'assistance pulmonaire), 37.6A.7- (ECMO focalisée sur l'assistance cardiaque).

Les systèmes extracorporels avec pompe n'ayant qu'une fonction d'assistance cardiovasculaire, c'est-à-dire sans fonction d'échange gazeux, sont différenciés en deux groupes :

- Le premier groupe correspond aux systèmes représentés dans les anciennes versions de la CHOP par les pompes paracorporelles. Leur implantation est représentée dans la CHOP 2015 par les codes sous 37.6A.1- ou 37.6A.2-.

- Pour le deuxième groupe de systèmes, dont p.ex. le Deltastream pour une assistance uniquement cardiovasculaire fait partie, l'implantation doit être codée en 2015 par analogie avec le 37.6A.09 « Implantation d'un système d'assistance cardiovasculaire et pulmonaire, autre ».

Ce code ne doit pas être combiné avec l'un des codes cités ci-dessus.

0889 01.01.2015 Précision ECMO et rémunération supplémentaire

Si la procédure avec les codes 37.69.7-, 37.69.8-, 37.69.A- est réalisée à plusieurs reprises durant le séjour, on peut les coder séparément (selon la durée du traitement) si une interruption d'au moins 24 heures a eu lieu entre le premier traitement et le suivant. Cette règle ne vaut donc qu'en association avec un changement de canule. Un nouveau codage de l'ECMO n'est donc possible qu'après un changement de canule, sinon les durées de traitement sont additionnées et représentées par un seul code ECMO.

Lors d'utilisation de différentes méthodes ECMO, un seul code est à saisir : celui de la méthode avec la plus longue durée. Les durées des différentes méthodes ECMO sont à additionner et cette durée totale est à transcrire avec un code ECMO précis.

0890 01.01.2015 Appendectomie et résection partielle du caecum

Lors d'une appendectomie (codes 47.-), la résection d'une partie du caecum n'est pas à coder en plus avec le code de résection du caecum (45.72).

0891 01.01.2015 Impingement de la hanche

La correction de la pathologie "CAM" se code avec le :

80.85.10 "Excision ou destruction locale de lésion articulaire de la hanche, sous arthroscopie"

ou 80.85.99 "Autre excision ou destruction locale de lésion articulaire, hanche, autre" pour les interventions par chirurgie ouverte.

La correction de la pathologie "pincer" se code avec le :

81.40.16 "Lissage arthroscopique du cartilage, hanche" ou 81.40.17 "Lissage chirurgical ouvert du cartilage, hanche".

NB: La refixation du labrum se code avec 81.40.10 / 81.40.11.

0892 01.01.2015 37.90.29 Examen par cathétérisme transeptal du cœur gauche, autre

Pour des raisons de groupeur, avec le code 37.34.24 "Sites de traitement de tachyarythmies par des techniques d'ablation, oreillette gauche" il faut coder également le 37.90.29 "Examen par cathétérisme transeptal du cœur gauche, autre".

0893 01.01.2015 03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3- Abord de la colonne lors d'AMO

Lors d'ablation de matériel d'ostéosynthèse de la colonne (p.ex. après spondylodèse), l'abord de colonne (03.09.1-, 03.09.2-, 03.09.3-) n'est pas à coder.

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.

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.

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.

1.1.2015 : Attention : nouvelle "Note" sous 86.88.5- CHOP 2015.

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.

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.

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 transcatérisaire".

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.

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.

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 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.

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 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!

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.)

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

Attention, dans CHOP 2015 : 37.34.1A et 37.34.1B au lieu de 37.34.14.

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.

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.

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 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"