



CIM-10-CA | CCI

Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-083-0 (PDF)

© 2022 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI*. Ottawa, ON : ICIS; 2022.

This publication is also available in English under the title *Canadian Coding Standards for Version 2022 ICD-10-CA and CCI*.

ISBN 978-1-77479-082-3 (PDF)

Table des matières

Remerciements.....	12
Introduction	13
Format des normes de codification	13
Énoncés de directive	13
Exemples.....	14
Icônes	14
Modifications.....	14
Qualité des données.....	15
Utilisation de la version PDF des normes de codification.....	17
Historique des normes de codification.....	18
La structure de base et les principes de classification de la CIM	19
Normes de codification générales de la CIM-10-CA.....	21
Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA.....	21
Codification des problèmes principaux et des autres problèmes pour le SNISA	24
Définition des types de diagnostics selon la BDCP	27
Indicateur de série	48
Diagnostics d'importance équivalente	69
Spécificité	72
Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification.....	73
Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque.....	75
Affections aiguës et chroniques.....	80
Affections imminentes ou menaçantes.....	82
Symptômes ou affections sous-jacents.....	83
Diagnostic non confirmé	89
Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée	96
Séquelles.....	98
Admissions via le service d'urgence.....	100
Interventions annulées	103
Normes de codification générales de la CCI	107
Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires (urgence, clinique et visites en chirurgie d'un jour).....	107

Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés	116
Codes composés dans la CCI	126
Codes multiples dans la CCI	127
Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction	133
Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées	134
Interventions endoscopiques	137
Interventions visant le contrôle d'une hémorragie	143
Destruction ou excision de tissu aberrant ou ectopique	146
Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse	146
Interventions abandonnées	148
Échecs d'intervention	150
Changement de plan au cours d'une intervention	152
Interventions converties	152
Interventions reprises	153
Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires	162
Infections	162
Micro-organismes résistants aux médicaments	164
Septicémie/sepsie	169
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	176
Chapitre II — Tumeurs	183
Tumeurs primitives et secondaires	183
Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants	187
Tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tissus apparentés	189
Tumeurs s'étendant aux tissus adjacents	191
Tumeurs dont les limites se chevauchent (sites contigus)	191
Admissions à la suite d'un diagnostic de cancer	193
Complications d'une maladie maligne	194
Tumeurs malignes récurrentes	197
Interventions pertinentes à la codification des tumeurs	199
Biopsie des ganglions sentinelles	201
Brachythérapie	204

Chapitre III — Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	207
Anémie due à une perte de sang aiguë.....	207
Anémie au cours d'une maladie chronique	210
Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.....	214
Diabète sucré	214
Déshydratation	230
Chapitre V — Troubles mentaux et du comportement.....	232
Utilisation de substances psycho-actives	232
Chapitre VI — Maladies du système nerveux.....	242
Cranioplastie et/ou plastie de la dure-mère associée aux interventions intracrâniennes	242
Classement hiérarchique des résections de lésions intracrâniennes	246
Révision des systèmes de dérivation du liquide céphalorachidien (LCR) (ventricule, tronc cérébral, canal rachidien).....	248
Convulsions	250
Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral.....	255
Diagnostic du décès neurologique	257
Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire	261
Hypertension	261
Hypertension et affections associées	262
Syndrome coronarien aigu (SCA).....	264
Sélection de l'attribut de situation lors d'une intervention coronaire percutanée (ICP)	279
Traitement thrombolytique.....	281
Angine de poitrine.....	288
Cardiopathie ischémique chronique	290
Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens (PAC).....	292
Arrêt cardiaque	294
Accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, ischémiques et non précisés	298
Maladie vasculaire périphérique.....	303
Anévrismes.....	305
Cathéters veineux centraux.....	307
Anticoagulothérapie : gestion et effets indésirables	312

Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire.....	321
Pneumonie	321
Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	325
Asthme	327
Résection d'une lésion nasale (polypes)	329
Septoplastie pour une déviation de la cloison nasale.....	331
Ventilation invasive	334
Chapitre XI — Maladies de l'appareil digestif	344
Gastroentérite et diarrhée.....	344
Varices œsophagiennes avec saignement	345
Saignement digestif	348
Sélection des attributs pour les réparations de hernie	350
Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.....	352
Cellulite.....	352
Ulcères de décubitus	354
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.....	358
Arthrose	358
Arthrectomie et arthroplastie	362
Fractures	363
Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation	368
Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau.....	369
Rétrécissement du canal médullaire	371
Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire	373
Stades de la maladie rénale chronique	373
Épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique	374
Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA).....	378
Ménorragie comme diagnostic principal	380
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité.....	382
Sélection du sixième caractère pour la codification de l'obstétrique	382
Séquence des codes de diagnostic en obstétrique	388
Mort intra-utérine	393
Grossesse se terminant par un avortement	394

Poursuite de la grossesse après avortement/réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples.....	406
Complications consécutives à un avortement et à une grossesse extra-utérine ou molaire.....	411
Infection par les streptocoques du groupe B/sujet porteur au cours de la grossesse	413
Accouchement normal.....	414
Grossesse avec complication et grossesse sans complication.....	418
Accouchement avec antécédent de césarienne.....	428
Grossesses multiples	429
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement	431
Grossesse prolongée/naissance après terme	434
Rupture prématurée des membranes	436
Travail avant terme.....	438
Travail prolongé.....	439
Travail trop rapide.....	441
Dystocie.....	442
Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale	447
Hémorragie du post-partum.....	448
Complications de l'anesthésie au cours du travail et de l'accouchement.....	452
Interventions associées à l'accouchement.....	453
Dilatation et curetage.....	460
Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	462
Faible poids à la naissance et/ou enfant né avant terme	463
Acidémie fœtale.....	469
Ictère néonatal.....	471
Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né	472
Traumatisme à la naissance.....	477
Accident vasculaire cérébral (AVC) périnatal	480
Chapitre XVII — Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques ...	482
Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques	482

Chapitre XVIII — Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	487
Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique	487
Absence de signes vitaux (ASV)	492
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	496
Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements	496
Surdose d'opioïde (intoxication)	508
Réaction allergique en usage non thérapeutique	515
Lésions traumatiques récentes versus anciennes	517
Complications précoces de traumatismes	525
Traumatisme intracrânien SAI versus traumatisme crânien SAI	526
Fracture du crâne et lésion intracrânienne	528
Plaies ouvertes	528
Fractures — fermées versus ouvertes	530
Traitement des fractures	531
Luxations	532
Lésions des vaisseaux sanguins	532
Lésions significatives	533
Blessures par écrasement	534
Lésions bilatérales	536
Brûlures et corrosions	537
Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure	540
Attribution du diagnostic principal et du problème principal dans le cas de brûlures multiples	542
Brûlures touchant plusieurs régions corporelles	543
Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité	544
Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples ou plaies ouvertes multiples ...	546
Attribution de codes pour plusieurs types de lésions significatives touchant une seule région corporelle	548
Attribution de codes pour plusieurs types de lésions significatives touchant plusieurs régions corporelles	551
Codification des lésions multiples non spécifiques — visites au service d'urgence	553

Affections post-intervention	554
Recherche du code principal d'une affection post-intervention dans l'index alphabétique.....	567
Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux.....	585
Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes	587
Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux.....	595
Chapitre XX — Causes externes de morbidité et de mortalité.....	611
Codes de causes externes	611
Lieu de l'événement	612
Type d'activité.....	612
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.....	614
Évaluation préalable au traitement.....	614
Admission pour observation	617
Admission pour examen de contrôle	626
Admission pour convalescence	632
Dépistage de maladies précises.....	635
Ablation d'un organe à titre prophylactique	639
Codification des visites pour le SNISA, services de réadaptation	641
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie.....	642
Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire	651
Admission pour transfusion sanguine.....	652
Soins palliatifs.....	653
Aide médicale à mourir.....	663
Nourrissons et mères en pension à l'hôpital.....	678
Itinérance.....	679
Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes	681
Antécédents personnels de tumeurs malignes primitives du sein, du poumon et de la prostate.....	684
Chapitre XXIII — Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires	688
Pandémies et épidémies (COVID-19)	688
COVID-19.....	689
Trouble lié au vapotage	689

Annexes.....	697
Annexe A — Ressources	697
Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	697
Diabète sucré	697
Annexe B — Codes d’inclusion pour les projets spéciaux sur l’AVC 340, 640 et 740	708
Annexe C — Tableau des changements — Normes canadiennes de codification, 2022	713
Annexe D — Attributs obligatoires de la CCI.....	747
Annexe E — Ressources éducatives	754
Suite d’apprentissage — Destination : version 2022 des Normes canadiennes de codification et des classifications	754
Cours	760
Guides.....	766
Aide-mémoires	768
Conseils aux codificateurs	770
Normes de codification générales de la CCI	774
Échec d’intervention, Intervention abandonnée, Changement de plan	774
Attributs de la CCI : obligatoires ou facultatifs	776
Utiliser la classification anatomique thérapeutique chimique pour sélectionner l’agent pharmacologique approprié dans la CCI.....	778
Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires	782
Interprétation nuancée des infections.....	782
Chapitre IX — Maladies de l’appareil circulatoire	786
Arrêt cardiaque	786
I21 <i>Infarctus aigu du myocarde</i> : attribution du type de diagnostic	788
Chapitre XI — Maladies de l’appareil digestif.....	790
Classification des hernies multiples selon la CIM-10-CA.....	790
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	792
Classification des lésions des tissus mous.....	792
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité	795
Anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus	795
Codes d’intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances, à la rétention du fœtus et à l’interruption de grossesse	796
Technologie de procréation assistée (TPA).....	801

Typage des diagnostics pour l'épisode de soins de l'accouchement.....	802
Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	806
Trouvez l'erreur : utilisation des codes du chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00 à P96).....	806
Le sixième caractère des codes Z37 et Z38.....	807
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	809
Affections post-intervention — codes résiduels	809
Codification des bris d'appareils selon les circonstances	811
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.....	814
Codes Z : quelles sont les différences?.....	814
Annexe F — Références aux diagnostics de type (3)/autre problème obligatoire dans les normes	819
Annexe G — Texte de remplacement pour les images.....	832

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé souhaite remercier les représentants du Comité consultatif national sur la codification pour leur participation aux *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI*.

Nous remercions également les nombreux réviseurs de toutes les provinces et de tous les territoires pour leur appui continu et leurs contributions.

Nous souhaitons également remercier les représentants des groupes ci-dessous pour leur expertise :

- la Société canadienne de cardiologie
- Diabète Canada
- le Comité consultatif de classification de l'ICIS
- le Comité de mise à jour et de révision de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)

Introduction

Les *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI* s'appliquent aux exercices 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025. Elles comprennent toutes les modifications apportées jusqu'en octobre 2021 et sont conçues pour accompagner la version 2022 de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada* (CIM-10-CA) et de la *Classification canadienne des interventions en santé* (CCI). La prochaine version des normes de codification sera publiée en 2025.

Ces normes de codification s'appliquent aux données soumises à la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Les normes de codification visent à compléter les règles de classification et les conventions de codification de la CIM-10-CA et de la CCI en fournissant une information complémentaire qui ne pouvait pas être incluse dans les classifications elles-mêmes. On présume que les utilisateurs de ce document ont reçu une formation en matière de saisie de données pertinentes à partir de dossiers cliniques et d'utilisation de la CIM-10-CA et de la CCI.

Format des normes de codification

Chacune des normes de codification présente

- les directives principales dans des encadrés ombrés;
- des exemples.

Il est plus facile de comprendre une norme de codification lorsqu'elle est lue dans son intégralité. Au besoin, des renseignements cliniques ou sur les interventions sont ajoutés pour comprendre les directives dans les normes de codification.

Énoncés de directive

Les énoncés de directive fournissent des consignes précises à respecter. Il peut y avoir plus d'une directive dans un encadré de directive et plus d'un encadré de directive dans une norme de codification. Ces énoncés de directive sont présentés dans un ordre logique, dans la mesure du possible. Chaque énoncé de directive doit être appliqué à l'ensemble de la norme de codification à laquelle elle se rapporte. Les exceptions s'appliquant aux directives sont également insérées aux endroits appropriés.

Exemples

Les exemples illustrent comment appliquer les énoncés de directive. Les éléments de données qui ont été inclus dans les exemples dépendent de différents facteurs, dont la norme de codification dans laquelle apparaît l'exemple et ce qui doit être démontré par cet exemple. L'information incluse doit être suffisante pour permettre l'application de l'élément de données (p. ex. type de diagnostic, préfixe 5 ou 6, ou indicateur de série).

Icônes

Les énoncés de directive et les exemples sont précédés d'une icône, selon le cas, qui indique si l'énoncé s'applique seulement à la BDCP, seulement au SNISA ou aux deux bases de données. Il n'est pas facile de choisir l'icône (BDCP ou SNISA), car chaque directive peut s'appliquer à l'une ou l'autre des deux bases de données.

Voici les icônes utilisées :



BDCP seulement



SNISA seulement



BDCP et SNISA



Formation (nouvelle icône pour la version 2022)

[Formation](#)

L'icône Formation est ajoutée à des normes de codification et des chapitres en particulier pour signaler qu'un produit de formation fournit un contenu supplémentaire pertinent pour la norme ou le chapitre en question. L'hyperlien de l'icône Formation vous dirigera vers la section de l'Annexe E — Ressources de formation, qui précisera le produit de formation et l'endroit où le trouver.

Modifications

L'ICIS modifie les normes et en élabore de nouvelles en collaboration avec les territoires et provinces du Canada. Quelques normes de codification ont été adaptées à partir de documents provinciaux et ont été intégrées aux normes nationales.

Le terme « modifié » suivi d'une année apparaît sous le titre d'une norme de codification lorsque

- de nouvelles directives ont été ajoutées à la norme de codification;
- des changements de formulation ont été apportés pour clarifier la directive;
- des exemples ont été modifiés ou ajoutés.

Un hyperlien vers l'annexe C — Tableau des changements — Normes canadiennes de codification, 2022 apparaît également sous le titre sous la forme suivante : Voir la description des changements à l'annexe C.

Il n'y a pas la mention « modifié » lorsque les changements apportés à la norme de codification se limitent à la mise en forme du texte ou à l'ajout d'hyperliens.

Les normes de codification sont mises à jour selon le cycle triannuel de mise à jour de la CIM-10-CA et de la CCI, et des modifications sont apportées de façon à répondre aux besoins changeants en matière d'information sur la santé. Pour de plus amples renseignements sur les versions des normes de codification, veuillez consulter la section Historique des normes de codification.

Qualité des données

Le dossier clinique sert de source à la codification des données sur la morbidité. Selon les études de seconde saisie, la documentation inadéquate est l'une des causes des problèmes de qualité de données dans la classification des diagnostics, des problèmes et des interventions. Dans l'optique de la collecte des données, la documentation inadéquate se divise en deux catégories :

1. Il existe des lacunes dans la documentation.

Une documentation complète, claire et précise constitue la base de la codification précise et exhaustive de tous les types de dossiers médicaux¹. Les lacunes dans la documentation résultent des éléments suivants :

- renseignements non inscrits au dossier par le dispensateur de soins;
- manque de détails ou de précision;
- renseignements contradictoires ou incompatibles;
- documents illisibles;
- documents manquants.

Les lois provinciales et territoriales sur les hôpitaux prévoient des règlements précisant les éléments qui doivent être inclus dans le dossier clinique. Habituellement, la législation désigne le conseil d'administration comme étant responsable de s'assurer que les exigences sont respectées.

Lorsque le dossier ne contient pas suffisamment de renseignements pour l'attribution d'un code, le codificateur doit consulter le dispensateur de soins de santé responsable.

Les *Normes canadiennes de codification* ne peuvent pas fournir de directive pour suppléer à une documentation incomplète. Cela est particulièrement important lorsque les tâches de codification sont imparties.

2. L'établissement de santé ne fournit pas au codificateur tous les documents nécessaires.

Afin de garantir la qualité de leurs données, les établissements de santé doivent s'assurer que les codificateurs ont accès à la documentation nécessaire pour la sélection des codes pertinents. Des processus (comme les dossiers mixtes et le recrutement de codificateurs qui travaillent à partir de régions éloignées) ont été créés pour remédier aux problèmes de recrutement, aux délais plus courts de soumission des données et à l'adoption du dossier de santé électronique; cependant, ces processus empêchent les codificateurs d'accéder à toute la documentation pertinente.

L'ICIS suggère aux établissements d'adopter des politiques internes pour déterminer les documents de base auxquels les codificateurs doivent avoir accès pour favoriser une collecte de données de qualité, mais recommande que les documents sources concernant un épisode de soins, et dont la liste apparaît plus loin, soient passés en revue durant la collecte des données.

Le tableau ci-dessous dresse la liste des documents recommandés par l'ICIS pour la collecte et la classification des données à partir de la CIM-10-CA et de la CCI. Bien que les établissements n'utilisent pas tous la même terminologie pour désigner une même composante du dossier clinique, les codificateurs sauront quels dossiers ou documents sont nécessaires.

Documents sources recommandés pour améliorer la qualité de la collecte et de la classification des données à l'aide de la CIM-10-CA et de la CCI

Type de cas	Exigences relatives à la documentation
Intervention chirurgicale	• Résumé à la sortie/du cas (cas complexes) • Rapport d'examen physique et antécédents personnels • Notes d'évolution • Protocole opératoire (incluant le diagnostic postopératoire) • Protocole d'anesthésie (pour connaître les éléments de données sur l'heure se rapportant au bloc opératoire) • Rapport de pathologie • Rapports de consultation • Rapports d'imagerie diagnostique (pour plus de précision)
Intervention médicale	• Résumé à la sortie/du cas (incluant les diagnostics finaux) • Rapport d'examen physique et antécédents • Notes d'évolution • Rapports de consultation • Rapports sur les interventions (p. ex. cathétérisme cardiaque, ventilation artificielle) • Rapports d'imagerie diagnostique (pour plus de précision)

Type de cas	Exigences relatives à la documentation
Décès	• Résumé à la sortie/du cas (incluant les diagnostics finaux) • Rapport d'autopsie provisoire (le cas échéant) • Rapport d'examen physique et antécédents personnels • Notes d'évolution • Rapports de consultation • Rapports d'imagerie diagnostique (pour plus de précision)
Soins obstétricaux	• Dossier prénatal • Résumé du travail et dossier de l'accouchement ou de l'intervention • Protocole d'anesthésie
Nouveau-né	• Dossier de la mère ou copie du dossier de l'accouchement • Examen physique du nouveau-né
Visites au service d'urgence ou en consultation externe	• Dossier du service d'urgence ou de la consultation externe (incluant les diagnostics finaux) • Rapports des tests diagnostiques
Chirurgie d'un jour	• Dossier de la consultation externe (incluant les diagnostics finaux) • Remarques sur les antécédents et l'examen physique • Protocole opératoire (incluant le diagnostic postopératoire) • Protocole d'anesthésie (pour connaître les éléments de données sur l'heure se rapportant au bloc opératoire) • Rapport de pathologie

Utilisation de la version PDF des normes de codification

Le document PDF des normes de codification en version électronique est facile à consulter. Vous pouvez lancer une recherche dans ce document selon l'une des méthodes suivantes :

- Ouvrez la table des matières afin d'obtenir les titres des normes et cliquez sur le titre de la norme que vous voulez consulter;
- Utilisez la commande Rechercher afin de lancer une recherche par phrase, par mot ou par code.

Vous pouvez également copier des parties du texte PDF à l'aide des outils Sélection  et Instantané  .

Vous pouvez basculer entre les normes de codification que vous avez déjà ouvertes en utilisant les icônes Précédent  et Suivant  . Ces fonctions sont offertes dans différentes barres d'outils selon votre version d'Adobe.

Des hyperliens ont été insérés dans le document afin de permettre un accès rapide à d'autres normes de codification pertinentes.

L'hyperlien « Voir la description des changements à l'annexe C » sous le titre de la norme de codification vous permettra d'accéder à la description des changements applicables à la norme concernée dans l'annexe C. Vous pouvez ensuite revenir à la norme de codification en cliquant sur l'en-tête qui désigne le nom de la norme de codification et le titre du chapitre.

Historique des normes de codification

La version initiale des *Normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI* a été publiée en 2001 sous le titre *ICD-10-CA and CCI Coding Guidelines, Volume 5* (les volumes 1 à 4 portaient sur les classifications elles-mêmes : les volumes 1 et 2 portaient sur la CIM-10-CA et les volumes 3 et 4 sur la CCI). Bon nombre des normes de codification relatives aux diagnostics sont tirées du guide qui accompagne la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces normes de codification sont accompagnées, le cas échéant, des références vers la source de l'OMS.

Avant 2001, les codificateurs canadiens utilisaient le *Coding Sourcebook*, qui accompagnait la *Classification internationale des maladies, révision de 1975* (CIM-9) et la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux* (CCA). Le *Coding Sourcebook* comprenait également des renseignements sur la modification clinique américaine de la CIM-9, la ICD-9-CM. Avant la mise en œuvre de la CIM-10-CA et de la CCI, la CIM-9/CCA et l'ICD-9-CM étaient utilisées partout au Canada. Les renseignements du *Coding Sourcebook* s'appliquant aux nouvelles classifications ont été repris dans les *Normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI*.

L'ICIS tient les normes de codification à jour en consultation avec les provinces et territoires. Lorsqu'une expertise clinique plus poussée est requise, les représentants de l'ICIS consultent divers organismes et groupes, comme

- la Société canadienne de cardiologie;
- l'Association canadienne du diabète;
- le Comité consultatif de classification de l'ICIS;
- le Comité de mise à jour et de révision de l'OMS;
- la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Les normes de codification font l'objet de révisions régulières de façon à répondre aux changements des modèles de prestation des soins de santé, aux percées dans le domaine de la santé et de la technologie et aux besoins changeants en matière d'information sur la santé. Avant 2009, les normes de codification étaient révisées et publiées chaque année. Les utilisateurs étaient informés des erreurs relevées après la publication par des bulletins. En 2009, le cycle de mise à jour des normes de codification a été établi à trois ans afin que leur publication coïncide avec celle des classifications CIM-10-CA et CCI. Les erreurs relevées après la publication des normes de codification 2009 et 2012 ont été intégrées et publiées dans une version révisée. En 2018, le format des normes de codification a été modifié pour s'assurer que le document est accessible à tous les utilisateurs, et des ressources (p. ex. du contenu provenant de programmes de formation retirés et des conseils aux codificateurs) ont été ajoutées aux annexes. En réponse à la pandémie de COVID-19, un addenda à la version 2018 a été publié afin de fournir des directives sur la saisie des données relatives aux pandémies et aux épidémies. À l'exception des directives liées à la COVID-19, cet addenda a été incorporé à la présente version des *Normes canadiennes de codification*. En raison de la nature évolutive de la pandémie de COVID-19, les directives relatives à l'attribution des codes COVID-19 continueront d'être mises à jour dans l'addenda, qui est disponible sur la page Web [Codification et classification](#) de l'ICIS. Cela nous permettra de mettre à jour les directives lorsque nous recevrons de nouvelles informations et de répondre à tout besoin en matière d'information sur les soins de santé en constante évolution. En raison des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé canadiens et la collecte de données, la mise en œuvre des nouvelles normes de codification a été reportée de 2021 à 2022.

La structure de base et les principes de classification de la CIM

La CIM est une classification à axe variable dont le but principal est « de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes »². La classification est conçue de manière à regrouper des affections qui se prêteraient mal à une étude épidémiologique si elles étaient dispersées, par exemple, dans une classification principalement fondée sur le site anatomique. Ces affections forment les chapitres sur les « groupes particuliers » :

- Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)
- Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)
- Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)
- Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)

Il est important de bien saisir la distinction entre les chapitres sur les « groupes particuliers » et les chapitres relatifs aux divers systèmes, appareils et organes pour bien comprendre la structure de la classification, effectuer la codification et interpréter les statistiques fondées sur celle-ci. Il faut se rappeler qu'**en général**, les affections sont classées d'abord dans un des chapitres sur les groupes particuliers. Lorsqu'il y a des doutes quant à la classification d'une affection, il faut d'abord envisager les chapitres sur les groupes particuliers². Ce principe est appliqué dans les notes d'exclusion au début de chacun des chapitres de la CIM.

Références

1. MacDonald E. [Better coding through improved documentation: Strategies for the current environment](#). *Journal of AHIMA*. 1999.
2. Organisation mondiale de la santé. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2, 2nd Edition](#). 2004.

Normes de codification générales de la CIM-10-CA



Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA

En vigueur depuis 2002, modifié en 2007, 2008, 2009, 2018

Problème principal

Le problème principal (PP) correspond au problème qui est considéré comme la raison la plus importante de la visite du client sur le plan clinique et qui requiert une évaluation et/ou un traitement ou une prise en charge. Il peut s'agir d'un diagnostic, d'un état, d'un problème ou d'une circonstance.

Le dispensateur de soins de santé détermine le problème principal à la fin de la visite.

Par dispensateur, on entend un médecin ou un autre professionnel de la santé responsable de dispenser des soins au client (p. ex. professionnels paramédicaux).

Lorsque l'on croit que plusieurs problèmes font partie de la raison principale pour laquelle des services de soins ambulatoires ont été fournis, le problème principal est celui qui a exigé la plus grande utilisation de ressources.

Dans le cas des patients qui ont quitté l'établissement sans avoir été examinés, le problème principal reste celui énoncé par le patient à son arrivée. Cette situation peut se produire n'importe quand au cours de sa visite.

Autre problème

Un code de la CIM-10-CA doit être attribué, obligatoirement, en tant qu'autre problème (AP) lorsque

- l'affection ou les circonstances existent au moment de la visite du client et augmentent significativement les besoins du client en matière de traitement ou de soins;
 - Détermination de la significativité : nécessite suivi et traitement.
- la directive existe dans une autre norme de codification et/ou dans la classification même.
 - Les autres problèmes comprennent les codes de causes externes de morbidité et de mortalité (U07.7, V01-Y98) et de lieu de l'événement (U98). Reportez-vous également aux normes de codification [Codes de causes externes](#) et [Lieu de l'événement](#).

Il est facultatif d'attribuer un code pour une affection ou une circonstance qui ne correspond pas à la définition relative à un autre problème (AP) obligatoire.

L'ICIS recommande que toute décision au sujet de l'attribution facultative d'un autre problème soit prise par la province ou le territoire ou encore par l'établissement, en fonction des besoins en matière de données et en consultation avec les intervenants tenus de superviser la codification et la qualité des données.

Les directives établies par la province, le territoire ou l'établissement assurent une saisie uniforme des codes facultatifs relatifs à un autre problème, car un code facultatif d'un autre problème attribué sur la décision individuelle d'un codificateur affecte la fiabilité et la validité de son usage. L'attribution des codes facultatifs d'autres problèmes, qui n'a pas été mandatée par l'ICIS, une province, un territoire ou un l'établissement, représente un fardeau inutile pour les codificateurs.

Remarque

La documentation rédigée par les professionnels paramédicaux qui ne sont pas les dispensateurs du service principal, soit les infirmières, les membres de l'équipe d'intervention de crise et les physiothérapeutes, peut être utilisée pour déterminer les autres problèmes.

Remarque

Vous trouverez des renseignements supplémentaires relativement à la collecte de données sur les problèmes principaux et autres aux éléments de données 44 et 45 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.



Exemple : Un patient se présente au service d'urgence avec une toux et une fièvre. Il est traité pour une pneumonie. L'infirmière note que le patient est atteint d'un diabète sucré de type 2 depuis de nombreuses années. Il souffre également de coronaropathie.

Code	SNISA	Description
J18.9	PP	Pneumonie, sans précision
E11.52	AP	Diabète sucré de type 2 avec certaines complications vasculaires

Justification : E11.52 est attribué en tant qu'autre problème parce que la norme de codification [Diabète sucré](#) donne la directive d'attribuer un code de la rubrique E10-E14, obligatoire, chaque fois que diabète est consigné. Reportez-vous également à la norme de codification [Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée](#).

S Exemple : Une patiente se présente à la clinique d'oncologie pour une séance de chimiothérapie pour traiter une tumeur maligne de la bronche souche gauche.

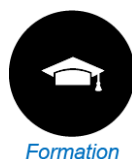
Code	SNISA	Description
Z51.1	PP	Séance de chimiothérapie pour tumeur
C34.01	AP	Tumeur maligne de la bronche souche gauche

Justification : Il est obligatoire d'inscrire un code supplémentaire à titre d'autre problème pour la tumeur maligne. Reportez-vous également à la norme de codification [*Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie.*](#)

S Exemple : Un patient se présente au service d'urgence avec des douleurs thoraciques. Après observation et examens diagnostiques, on conclut que les douleurs thoraciques ne sont pas d'origine cardiaque. Le diagnostic à la sortie du service d'urgence est « douleurs thoraciques non cardiaques, reflux gastroœsophagien probable ».

Code	SNISA	Description
R07.4	PP	Douleur thoracique, sans précision
(Q) K21.9	AP	Reflux gastroœsophagien sans œsophagite (facultatif)

Justification : Les codes de diagnostics suspectés peuvent être attribués, facultatifs, en tant qu'autres problèmes. Dans de tels cas, utilisez le préfixe Q. Reportez-vous également à la norme de codification [*Diagnostic non confirmé.*](#)



Codification des problèmes principaux et des autres problèmes pour le SNISA

En vigueur en 2002, modifié en 2008, 2009, 2018

Pour être classés en tant que **problème principal** (PP), les diagnostics doivent être appuyés par la documentation fournie par le médecin ou le dispensateur responsable. Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) reconnaît que les professionnels paramédicaux de la santé, entre autres les infirmières, les intervenants en gestion de crise et les physiothérapeutes, peuvent être les principaux dispensateurs de services, voire les seuls. Lorsque le principal dispensateur de services **n'est pas** un médecin, la documentation d'un professionnel paramédical de la santé peut servir à sélectionner le problème principal. Lorsque le principal dispensateur de services est un médecin, la documentation de professionnels paramédicaux de la santé peut être utilisée pour sélectionner le code d'un autre problème.

Il est facultatif d'attribuer un code en tant qu'autre problème pour un diagnostic qui apparaît uniquement sur un certificat de décès, un rapport d'examen médical ou une consultation préopératoire en anesthésie, sauf si ce diagnostic correspond à la définition relative à l'attribution d'un **autre problème** (AP) obligatoire.

Les affections consignées dans les notes des infirmières, les rapports de pathologie, les profils pharmaceutiques, les rapports d'examens radiologiques, les rapports d'examens par imagerie nucléaire et les rapports d'autres examens similaires sont des outils utiles lorsqu'ils ajoutent clairement de la précision pour la sélection d'un code approprié pour le diagnostic, selon les affections consignées dans les notes du médecin ou du dispensateur responsable.

Directives pour le SNISA seulement

-  Déterminez le problème principal à partir de la documentation en identifiant soit
 - l'énoncé définitif (formulé) du diagnostic;
 - un symptôme, un signe ou un résultat de test anormal en l'absence d'énoncé (formulé) d'un diagnostic final; ou
 - la raison précise de la visite (p. ex. examen de contrôle, traitement, observation en raison d'une affection suspectée ou évaluation préopératoire).
-  Indiquez le problème principal comme premier code de diagnostic sur l'abrégié.
-  Codifiez toujours au degré le plus élevé de spécificité en vous appuyant sur la documentation.

Reportez-vous également aux normes de codification [Diagnostics d'importance équivalente](#), [Spécificité](#) et [Diagnostic non confirmé](#).

Énoncé définitif (formulé) du diagnostic

S Exemple : Une femme se présente avec une hématomèse qui, selon l'investigation, est due à un ulcère aigu de l'estomac (avec hémorragie). La patiente prend des AINS pour une autre maladie non reliée à l'ulcère. Le médecin indique au dossier « saignement gastrique lié aux AINS ».

Code	SNISA	Série	Description
K25.0	PP	A	Ulcère de l'estomac, aigu avec hémorragie
Y45.3	AP	A	Autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code de cause externe en tant qu'autre problème lorsqu'un effet indésirable en usage thérapeutique doit être codifié. Reportez-vous également à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#).

Directives pour le SNISA seulement

- S** Attribuez un code de cause externe provenant du chapitre XX — Causes externes de morbidité et de mortalité (U07.7, V01-Y98), obligatoire, en tant qu'autre problème avec toute affection qui peut être classée dans le chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.
- S** Lorsqu'il s'agit d'un accident ou d'un empoisonnement pouvant être classé de W00 à Y34, sauf Y06 et Y07, attribuez U98 *Lieu de l'événement*, obligatoire, en tant qu'autre problème.

Reportez-vous également aux normes de codification [Codes de causes externes](#) et [Lieu de l'événement](#).

S Exemple : Une décoratrice d'intérieurs tombe d'une échelle en peignant le salon d'un client. Elle subit une fracture fermée de l'humérus distal.

Code	SNISA	Description
S42.490	PP	Fracture d'une partie non précisée de l'extrémité inférieure de l'humérus, fermée
W11	AP	Chute sur ou d'une échelle
U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile
U99.2	AP	En exerçant un travail à des fins lucratives (facultatif)

Symptôme, signe ou résultat de test anormal

S Exemple : Un homme qui s'est récemment disputé avec sa femme se présente au service d'urgence en se plaignant d'étourdissements. Lors de l'examen, le médecin constate que la tension artérielle du patient est élevée et note la dispute comme étant la cause des étourdissements. Il n'y a pas eu de diagnostic d'hypertension. Un suivi est organisé avec son médecin de famille et un travailleur social.

Code	SNISA	Description
R03.0	PP	Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension

Raison précise de la visite

- **Examens de contrôle :** Consultez aussi la norme de codification [Admission pour examen de contrôle](#).
- **Visites liées à un traitement précis :** La dialyse, la radiothérapie ou l'ajustement d'une prothèse, d'appareils d'abouchement, de stimulateurs cardiaques, etc., se voient attribuer des codes du chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.
- **Observation :** Consultez aussi la norme de codification [Admission pour observation](#).
- **Évaluation préopératoire :** Consultez aussi la norme de codification [Évaluation préalable au traitement](#).



Formation

Définition des types de diagnostics selon la BDCP

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2012, 2015, 2018, 2022

Le typage de diagnostic s'applique à toutes les données soumises à la Base de données sur les congés des patients (BDCP). L'attribution d'un type de diagnostic à une affection vise à indiquer les répercussions de cette affection sur les soins administrés au patient comme en témoigne la documentation du médecin. Lorsque la responsabilité des soins a été assignée à un dispensateur de soins paramédicaux en particulier (p. ex. sage-femme ou infirmière praticienne), il est possible de s'appuyer sur la documentation rédigée par ce dispensateur pour sélectionner les codes à inscrire et déterminer l'importance des diagnostics dans l'attribution du type de diagnostic. Un type de diagnostic doit être attribué à tous les diagnostics ou affections figurant dans la BDCP.

Il existe plusieurs types de diagnostic :

- diagnostic principal (type M);
- diagnostics de comorbidités (types 1 et 2);
- diagnostics secondaires (type 3);
- diagnostic d'admission (type 5);
- diagnostic principal indirect (type 6);
- diagnostics du transfert de service (types W, X et Y);
- code de cause externe de traumatisme (type 9);
- diagnostics réservés aux abrégés des nouveau-nés (type 0).

Les types (M), (1), (2), (6), (W), (X) et (Y) sont considérés comme des types de diagnostic significatifs.

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code de la CIM-10-CA, obligatoire, pour tout diagnostic ou état qui correspond à la définition d'un type de diagnostic de comorbidité ou de diagnostic significatif (M, 1, 2, 6, W, X et Y).

Définition des comorbidités

Une comorbidité est une affection qui coexiste en plus du diagnostic principal au moment de l'admission ou qui apparaît après l'admission et qui répond à au moins un des trois **critères de significativité**.

Remarque

Aux fins de soumission à la Base de données sur les congés des patients (BDGP), le terme « comorbidité » désigne un diagnostic de type (1) ou (2).

Critères de significativité

L'affection

1. exige un traitement au-delà de la prise en charge de l'affection préexistante;
2. prolonge la durée du séjour d'au moins 24 heures;
3. a des répercussions importantes sur le traitement reçu.

Déterminer si une affection répond aux critères de significativité

Il faut tenir compte des éléments ci-dessous pour déterminer si une affection, documentée par le médecin (ou le dispensateur de soins principal) et pertinente à l'épisode de soins en cours, répond à au moins un des trois **critères de significativité**.

- **Examinez les documents sources** et recherchez dans les notes du médecin (ou du dispensateur de soins principal) toute mention précisant que l'affection a nécessité l'un des éléments suivants :
 - une consultation pour évaluer une affection non diagnostiquée auparavant;
 - une consultation pour évaluer une affection diagnostiquée auparavant pour laquelle un nouveau traitement, ou une modification du traitement, est recommandé et entrepris (exclut l'évaluation anesthésique préopératoire);
 - une intervention diagnostique ou thérapeutique dont la codification est dite obligatoire dans la norme de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés](#); ou
 - la prolongation de la durée du séjour d'au moins 24 heures.

Remarque

Il n'est pas requis que la documentation consiste en un rapport ou un formulaire de consultation officiel, il peut s'agir de la documentation d'un examen ou d'une évaluation dans les notes d'évolution.

Remarque

Le traitement peut inclure un transfert à un autre établissement (p. ex. un autre établissement de soins de courte durée pour patients hospitalisés, une unité de chirurgie d'un jour dans un autre établissement pour une intervention hors hôpital [HH]) pour une intervention diagnostique ou thérapeutique indiquée comme obligatoire pour l'attribution du code conformément aux normes de codification.

Remarque

Si les notes au dossier indiquent qu'il y a eu un test diagnostique ou une évaluation, que le diagnostic est confirmé et qu'un plan de traitement a été proposé, même s'il n'est pas entrepris en raison du refus du patient ou d'une contre-indication, l'attribution d'un diagnostic de type significatif ne doit pas être écartée.

- **Rappelez-vous ce qui suit :**

- Les affections documentées dans les notes des infirmières, les rapports de pathologie, les rapports d'autopsie, les profils pharmaceutiques, les rapports d'examens radiologiques, les rapports d'examens par imagerie nucléaire et les rapports d'autres examens similaires sont des outils précieux pour la spécificité dans l'attribution du code de diagnostic approprié, lorsque le diagnostic a été documenté par le médecin (ou le dispensateur de soins principal). Lorsqu'aucune documentation du médecin (ou du dispensateur de soins principal) n'existe pour appuyer la saisie, les affections documentées dans ces rapports peuvent être enregistrées, facultatif, comme diagnostics de type (3).
- La documentation d'une médication en cours pour le traitement d'une affection préexistante ne suffit pas à ce que cette affection soit significative. Un changement de dosage d'une médication ne suffit pas non plus à démontrer que ce soit significatif. Il doit y avoir documentation d'un changement dans l'affection préexistante qui nécessite une modification de la dose du médicament pour que ceci réponde au critère « **exige un traitement au-delà de la prise en charge de l'affection préexistante** ». Les affections préexistantes qui ne sont pas admissibles à titre de diagnostic principal ou qui ne répondent pas aux **critères de significativité** seront codifiées en tant que diagnostics de type (3) facultatif.
- Les diagnostics qui **apparaissent uniquement** sur la feuille sommaire, le résumé à la sortie, le certificat de décès, l'anamnèse ou les consultations préopératoires en anesthésie sont des diagnostics de type (3)/diagnostic secondaire, **à moins que** le dossier comprenne des notes du médecin (ou du dispensateur de soins principal) indiquant que l'affection répond à au moins un des trois **critères de significativité**.

- D’autres normes de codification fournissent des directives pour attribuer un type de diagnostic significatif à certaines affections (sous certaines circonstances). Par exemple, reportez-vous également aux normes de codification suivantes :
 - [*Micro-organismes résistants aux médicaments*](#)
 - [*Syndrome coronarien aigu \(SCA\)*](#)
 - [*Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique \(MPOC\)*](#)
 - [*Incidents survenus au cours d’actes médicaux et chirurgicaux*](#)
 - [*Soins palliatifs*](#)
 - [*Aide médicale à mourir*](#)

Diagnostic de type (M) — Diagnostic principal¹

Un diagnostic de type (M) est le diagnostic ou l’affection qui peut être décrite comme étant responsable du séjour du patient à l’hôpital. En présence d’affections multiples, sélectionnez celle qui est responsable de la majeure partie du séjour ou qui nécessite les ressources les plus importantes (p. ex. nombre d’heures en salle d’opération, technologie d’exploration).

- Si aucune intervention n’a été pratiquée, sélectionnez alors le premier diagnostic inscrit comme étant le diagnostic principal.
- Si aucun diagnostic définitif n’a été posé, sélectionnez le symptôme principal, un résultat anormal ou un problème en tant que diagnostic principal.

Diagnostic de type (1) — Comorbidité avant l’admission

Un diagnostic de type (1) désigne une affection qui existait avant l’admission, a été codifiée au moyen de la CIM-10-CA et satisfait à au moins un des trois [critères de significativité](#).

Diagnostic de type (2) — Comorbidité après l’admission

Un diagnostic de type (2) désigne une affection qui se manifeste après l’admission, a été codifiée au moyen de la CIM-10-CA et satisfait à au moins un des trois [critères de significativité](#).

Si une comorbidité après l’admission satisfait aux critères de diagnostic principal, elle doit être enregistrée en tant que tel et en tant que diagnostic de type (2).

Préfixes 5 et 6

Les préfixes 5 et 6 décrivent la relation chronologique entre le diagnostic de type (2) (comorbidité après l'admission) et la première intervention admissible qui a eu lieu dans

- la salle d'opération principale de l'établissement déclarant;
- la salle de cathétérisme cardiaque de l'établissement déclarant; ou
- un autre établissement (hors hôpital) pour des interventions cardiaques précises :
 - 3.IP.10.^ Radiographie, cœur avec artères coronaires;
 - 1.IJ.50.^ Dilatation, artères coronaires; et/ou
 - 1.IJ.57.^ Extraction, artères coronaires.

Remarque

Pour de plus amples renseignements sur le code du lieu d'intervention et des interventions hors hôpital, reportez-vous au groupe 11 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*.

Directives pour la BDCP seulement



Attribuez le préfixe 5, obligatoire, au diagnostic de type (2) (comorbidité après l'admission) survenu avant la première intervention admissible.



Attribuez le préfixe 6, obligatoire, au diagnostic de type (2) (comorbidité après l'admission) survenu pendant ou après la première intervention admissible.

Exception

Les préfixes 5 et 6 ne s'appliquent pas aux affections obstétricales classées au chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00 à O99).

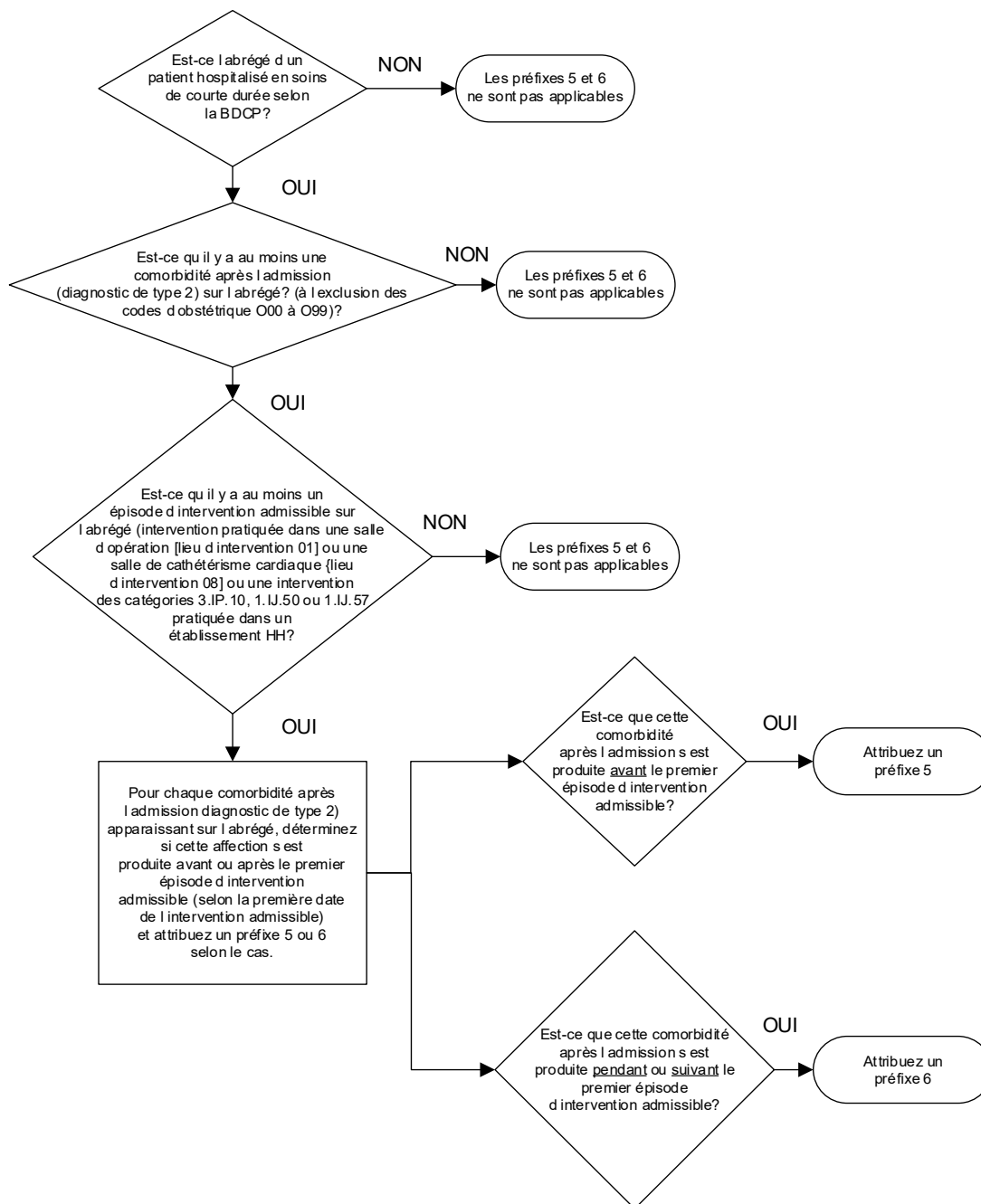
Remarque

Les préfixes 5 et 6 s'appliquent uniquement aux patients hospitalisés en soins de courte durée.

Les préfixes 5 et 6 ont priorité sur les préfixes de diagnostics Q (diagnostic possible) et C (cause du décès) ou les préfixes définis par les établissements.

Attribuer les préfixes 5 et 6 dans un abrégé de patient hospitalisé de la BDCP

Le diagramme ci-dessous décrit la période entre la comorbidité après l'admission (diagnostic de type 2) et le premier épisode d'intervention admissible.





Exemple : Une bronchoscopie est pratiquée sur un patient dans la salle d'endoscopie le jour de son admission, en raison de symptômes respiratoires persistants et de résultats radiologiques anormaux. Après la bronchoscopie, le patient développe une arythmie cardiaque nécessitant des traitements et une mise en observation au service de cardiologie. Le sixième jour, une biopsie pulmonaire par approche ouverte est pratiquée dans la salle d'opération principale, après quoi le patient développe une atélectasie postopératoire persistante qui est traitée à l'aide de physiothérapie et de bronchodilatateurs.

Préfixe	Code	BDCP	Série	Description
5	I49.9	(2)	A	Arythmie cardiaque, sans précision
	Y83.8	(9)	A	Autres interventions chirurgicales, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
6	J98.10	(2)	B	Atélectasie
	Y83.8	(9)	B	Autres interventions chirurgicales, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La première intervention admissible de cet exemple est la biopsie pulmonaire par approche ouverte effectuée dans la salle d'opération principale. Le préfixe 5 est attribué à la comorbidité après l'admission qui est survenue avant la première intervention admissible. Le préfixe 6 est attribué à la comorbidité après l'admission qui est survenue après la première intervention admissible.



Exemple : La patiente a accouché par césarienne en raison d'une dystocie attribuable à une présentation du siège. Une déhiscence de la plaie de la césarienne est diagnostiquée avant le congé de la patiente.

Préfixe	Code	BDCP	Description
	O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
	O90.002	(2)	Rupture d'une suture de césarienne, accouchement, avec mention de complications post-partum
	Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Les préfixes 5 et 6 ne s'appliquent pas aux codes d'obstétrique.

Diagnostic de type (3) — Diagnostic secondaire

Un diagnostic de type (3) est un diagnostic ou une affection secondaire pour laquelle un patient peut avoir reçu ou non un traitement, qui a été codifié au moyen de la CIM-10-CA et ne satisfait à aucun des trois [critères de significativité](#).

Un diagnostic de type (3) est également utilisé dans le cas des codes de la CIM-10-CA qui sont attribués pour donner des détails qui, en soi, ne représentent pas une affection. En voici des exemples :

- B95-B98 Agents d'infections bactériennes, virales et autres
- Séquelles de... (B90-B94, E64, E68, G09, I69, O94, O97, T90-T98)
- Z22.30– Sujet porteur de micro-organisme résistant aux médicaments
- Z37 Résultat de l'accouchement
- Z80-Z84 Antécédents familiaux de...
- Z85-Z88 Antécédents personnels de...

Remarque

Le type (3) n'est pas permis lorsque le code d'entrée est N — Nouveau-né.

Les directives concernant l'attribution du diagnostic de type (3) se trouvent un peu partout dans les normes de codification. Elles en précisent la nature obligatoire ou facultative.

L'ICIS recommande que toute décision au sujet de **l'attribution facultative du diagnostic de type (3)** soit prise par la province ou le territoire ou encore par l'établissement, en fonction des besoins en matière de données et en consultation avec les intervenants responsables de superviser la codification et la qualité des données.

Les directives établies par la province, le territoire ou l'établissement assurent une saisie uniforme des codes facultatifs de diagnostics de type (3), car un code de diagnostic de type (3) facultatif attribué sur la décision individuelle d'un codificateur affecte la fiabilité et la validité de son usage. L'attribution des codes facultatifs de diagnostics de type (3), qui n'a pas été mandatée par l'ICIS, une province, un territoire ou un l'établissement, représente un fardeau inutile pour les codificateurs.

Consultez l'[annexe F — Références aux diagnostics de type \(3\)/autre problème obligatoires énoncés dans les normes](#).

Diagnostic de type (W), (X), (Y) — Diagnostic du service de transfert

Un diagnostic du service de transfert de type (W), (X) ou (Y) est un code de la CIM-10-CA associé au premier, au deuxième ou au troisième service de transfert, respectivement. L'utilisation de ce type de diagnostic est déterminée à l'échelle de la province ou du territoire ou encore de l'établissement. Les diagnostics du service de transfert sont facultatifs, à l'exception du service de transfert en niveau de soins alternatif (NSA).

Remarque

Lorsqu'un diagnostic est enregistré avec un type de diagnostic du service de transfert, il est équivalent au diagnostic de type (1); par conséquent, il n'est pas nécessaire de le répéter en tant que diagnostic de type (1) dans l'abrégé.

Lorsqu'un diagnostic est enregistré en tant que diagnostic de type (2) et qu'il est également admissible aux types de diagnostic du service de transfert (W), (X) ou (Y), les établissements qui choisissent de consigner les diagnostics de services de transfert doivent enregistrer l'affection deux fois. Il faut d'abord l'enregistrer en tant que diagnostic de type (2), obligatoire, puis comme diagnostic du service de transfert de type (W), (X) ou (Y), facultatif.



Exemple : Un patient ayant subi un infarctus cérébral est admis. Le patient a des antécédents de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Le neurologue décide que le patient est prêt à recevoir son congé au troisième jour suivant l'admission. Le patient commence cependant à présenter des symptômes d'un rhume; une radiographie des poumons révèle qu'il souffre d'une pneumonie. Son état respiratoire s'aggrave rapidement. On lui fait commencer une antibiothérapie, on l'intube et on le place sous ventilation artificielle. Il est transféré aux soins intensifs où un interniste s'occupe de lui. Il reçoit son congé 10 jours plus tard.

Code	BDCP	Description
J44.0	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J18.9	(2)	Pneumonie, sans précision
I63.9	(W) ou (1)	Infarctus cérébral, sans précision

Justification : L'infarctus cérébral correspond à la définition d'un diagnostic de type (1) ou à un diagnostic du service de transfert (W). Par conséquent, pour les établissements qui enregistrent les diagnostics du service de transfert, I63.9 correspond au diagnostic du transfert de transfert (W). Puisqu'un diagnostic du service de transfert (W), (X) ou (Y) est équivalent à un diagnostic de type (1), il n'est pas nécessaire de répéter le I63.9 comme diagnostic de type (1).



Exemple : Un patient est admis pour un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST. Le cardiologue décide que le patient est prêt à recevoir son congé au quatrième jour suivant l'admission. Le patient commence cependant à présenter une détresse respiratoire et on lui diagnostique une pneumonie. Il est transféré en pneumologie où il est soigné par un pneumologue. Il reçoit son congé trois jours plus tard.

Code	BDCP	Description
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]
J18.9	(2)	Pneumonie, sans précision
J18.9	(W)	Pneumonie, sans précision (facultatif)

Justification : La pneumonie répond aux critères du type de diagnostic (2).

Pour les établissements qui choisissent de consigner la pneumonie comme diagnostic du transfert de service, le code de la pneumonie est répété comme diagnostic de type (W).

Diagnostic de type (5) — Diagnostic d'admission

Le type (5) peut être utilisé pour codifier le diagnostic d'admission lorsque celui-ci diffère du code de diagnostic principal. L'usage est déterminé à l'échelle provinciale ou territoriale ou au niveau de l'établissement. Reportez-vous au *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* ainsi qu'aux politiques des établissements pour connaître les exigences provinciales, territoriales et des établissements sur l'usage de ce type de diagnostic.

Diagnostic de type (6) — Diagnostic principal indirect

Un diagnostic de type (6) est attribué à un code à astérisque désigné, conformément à la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque, lorsque l'affection qu'il représente correspond à la définition du diagnostic principal (M). Dans la codification de la morbidité, les codes à astérisque représentent des manifestations d'un état sous-jacent et, selon les règles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils doivent être classés en fonction du code de la cause sous-jacente. Ces codes sont mis en évidence au moyen du symbole d'une dague (†) dans la CIM-10-CA. Le type (6) est inscrit à la **deuxième position** sur l'abrégié afin d'indiquer que la manifestation est responsable de la plus grande proportion du séjour du patient à l'hôpital. Lorsque l'état sous-jacent (code à dague) répond aux critères du diagnostic principal ou lorsqu'il serait difficile de déterminer lequel entre l'état sous-jacent ou la manifestation (code à astérisque) correspond au diagnostic principal, alors un type (3) est attribué au code à astérisque.

Reportez-vous également à la norme de codification [Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque](#).

Remarque

Seul un code à astérisque est permis comme diagnostic de type (6).

B Exemple : Un patient est au stade avancé de la maladie de Crohn. Il prend une médication de maintenance pour traiter l'entérite régionale. Cette fois, il se présente avec des douleurs, une tuméfaction et une inflammation dans le bas du dos. Il est admis pour le traitement d'une arthrite des articulations sacro-iliaques, une complication de l'entérite.

Code	BDCP	Description
K50.9†	(M)	Maladie de Crohn, sans précision
M07.4*	(6)	Arthropathie au cours de la maladie de Crohn (entérite régionale)

Justification : Le code de l'arthropathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics sur l'abrégé. Cependant, étant donné que cette affection (et non la maladie de Crohn) répond aux critères du diagnostic principal, il faut donc lui attribuer le type (6). Notez que K50.9 n'est pas toujours un code à dague. Toutefois, dans le cas de cette combinaison de maladies, l'index alphabétique indique qu'il doit être utilisé à ce titre avec M07.4.

B Exemple : Un patient atteint de lupus érythémateux disséminé connu se présente avec une hématurie et de la fièvre. On diagnostique une néphrite et il est admis pour le traitement de la maladie rénale.

Code	BDCP	Description
M32.1†	(M)	Lupus érythémateux disséminé avec atteinte d'organes et d'appareils
N08.5*	(6)	Glomérulopathies au cours d'affections disséminées du tissu conjonctif

Justification : Le code de la glomérulopathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics sur l'abrégé. Cependant, étant donné que la néphrite (et non le lupus érythémateux disséminé) répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (6) au diagnostic.

B Exemple : Une patiente est admise pour une méningite à méningocoques.

Code	BDCP	Description
A39.0†	(M)	Méningite à méningocoques
G01*	(3)	Méningite au cours d'affections bactériennes classées ailleurs

Justification : Cette patiente souffre d'une maladie infectieuse au niveau du système nerveux; la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque s'applique donc ici. Toutefois, comme il serait difficile de déterminer si c'est l'état sous-jacent ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, le code à astérisque se voit donc attribuer un type (3).

B Exemple : Un patient est atteint de diabète sucré de type 1 et de rétinopathie diabétique. Il est admis en ophtalmologie pour traiter sa rétinopathie.

Code	BDCP	Description
E10.30†	(M)	Diabète sucré de type 1 avec rétinopathie simple
H36.0*	(6)	Rétinopathie diabétique

Justification : Le code de la rétinopathie est un code à astérisque et doit donc être inscrit sur la deuxième ligne du champ réservé aux diagnostics sur l'abrégié. Cependant, étant donné que cette affection (et non le diabète sucré) répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (6) au diagnostic.

Diagnostic de type (7) et (8) — Réservé à l'ICIS — NE PAS UTILISER

Diagnostic de type (9) — Code de cause externe de lésion traumatique

Le type (9) est un code de cause externe de lésion traumatique (chapitre XX — Causes externes de morbidité et de mortalité (U07.7, V01-Y98)), un code de lieu de l'événement (U98.— *Lieu de l'événement*) ou un code d'activité (U99.— *Activité*). Les codes du chapitre XX sont obligatoires avec les codes S00-T98 *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes*. L'utilisation de la catégorie U98 *Lieu de l'événement* est obligatoire avec les codes des catégories W00-Y34, à l'exception des codes Y06 et Y07. La catégorie U99 *Activité* est facultative.

Diagnostic de type (0) — Nouveau-né

L'usage du type (0) est restreint aux codes de nouveau-nés seulement (catégorie d'admission N).

Chez un nourrisson **en santé** dont le diagnostic principal est un code de la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, tout autre code inscrit sur l'abrégié doit être un diagnostic de type (0).

Remarque

Aucun diagnostic de type (3) ne peut être attribué sur l'abrégié d'un nouveau-né.

Chez un nourrisson **en mauvaise santé** dont le diagnostic principal est un code des catégories P00 à P96 ou tout autre code d'un autre chapitre de la CIM-10-CA correspondant à une affection significative (toute affection qui répond aux critères de significativité), Z38.— doit être un diagnostic de type (0). Dans de telles circonstances, ce type de diagnostic peut être utilisé pour enregistrer toute affection non significative qui est sans incidence sur le traitement ou la durée de séjour du nouveau-né et qui ne satisfait pas aux critères pour déterminer si une affection répond aux critères de significativité. Les autres affections qui répondent aux critères de significativité se voient attribuer les types de diagnostic (1), (2), (W), (X) ou (Y), selon la documentation figurant au dossier.

Remarque

Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance*, sur l'abrégié d'un nouveau-né.

Un nouveau-né est considéré être « en mauvaise santé » et le type de diagnostic (0) est attribué à Z38.— lorsqu'une **affection décrite dans le dossier** du nouveau-né répond à l'un des critères suivants :

- l'affection nécessite une supervision ou une mise en observation (p. ex. admission à l'unité néonatale de soins intensifs, à l'exclusion des admissions de routine à l'unité néonatale de soins intensifs à la suite d'une césarienne);
- l'affection menace la santé ou la vie du nouveau-né;
- le nouveau-né est prématuré (il a moins de 37 semaines entières de gestation);
- le nouveau-né a un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes);
- l'affection nécessite une consultation médicale ou chirurgicale;

- l'affection nécessite une investigation (p. ex. interventions thérapeutiques ou diagnostiques); et/ou
- l'affection nécessite un autre traitement ou un suivi (autre que l'examen postnatal de routine) après la sortie du nouveau-né (p. ex. malformations congénitales, déformations, anomalies chromosomiques).

Exception

Une consultation en prévision d'une circoncision ne signifie pas que le nouveau-né est en « mauvaise santé ».

Z41.2 *Circoncision rituelle et de routine*, est toujours un diagnostic de type (0) lorsqu'il est consigné dans l'abrégé d'un nouveau-né.



Exemple : Une petite fille naît par voie vaginale à 34 semaines de gestation; elle pèse 2 400 grammes. Elle est transférée à l'unité néonatale de soins intensifs avec un diagnostic de prématurité et une consultation en cardiologie est demandée. Suite à la consultation, on diagnostique une persistance du canal artériel qui s'est par la suite fermé spontanément cinq jours après la naissance. Elle obtient son congé le 21^e jour de sa naissance.

Code	BDCP	Description
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Q25.0	(1)	Persistance du canal artériel
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Le nouveau-né n'est pas en bonne santé, car il avait un faible poids à la naissance et souffrait de persistance du canal artériel. Consultez aussi la norme de codification [Faible poids à la naissance et/ou enfant né avant terme](#).

B Exemple : Un bébé naît à terme par voie vaginale; les forceps sont utilisés. Dans le rapport d'examen physique, le médecin note que le nouveau-né a un céphalématome.

Code	BDCP	Description
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)
P12.0	(0)	Céphalématome dû à un traumatisme obstétrical
P03.2	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps

Justification : Le nouveau-né est considéré comme étant en santé, car aucune note n'indique qu'il y a eu des complications liées au céphalématome. Si cet état est codifié, le type (0) sera attribué au diagnostic.

B Exemple : Un petit garçon naît par voie vaginale à 40 semaines de gestation. Après évaluation initiale, le médecin pose un diagnostic de pied bot varus équin gauche. Aucune consultation n'a lieu pendant le séjour à l'hôpital. Cependant, les notes à la sortie indiquent que la mère doit prendre rendez-vous avec un chirurgien orthopédiste pour un suivi.

Code	BDCP	Description
Q66.0	(M)	Pied bot varus équin
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Dans le cas présent, on considère que le nouveau-né est en mauvaise santé. Le pied bot varus équin exigera un suivi et un traitement.

B Exemple : Une petite fille naît à terme par accouchement vaginal spontané; elle pèse 3 928 grammes. Dans son dossier, on précise que la sortie de l'hôpital a été retardée parce que sa mère a développé une fièvre puerpérale qui a nécessité un examen supplémentaire et un traitement. La mère a continué d'allaiter et de s'occuper de sa fille.

Code	BDCP	Description
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Le nouveau-né est en santé. La prolongation du séjour n'est pas liée à son état de santé. Le code supplémentaire pour expliquer la durée de séjour prolongée dépend de la documentation du médecin.

Autres exemples de typage de diagnostic pour des affections comorbides et secondaires

B Exemple : Un patient est admis pour la réparation d'une hernie inguinale. Le résumé à la sortie indique qu'il souffre de fibrillation auriculaire chronique et qu'il est sous digoxine, propranolol et warfarine (Coumadin) de longue date. Les instructions postopératoires sont les suivantes : ne pas donner de warfarine ce soir, donner 2,5 mg de warfarine demain matin et demain soir, et mesurer le RIN tous les jours pendant trois jours. Pendant son séjour à l'hôpital, le patient a été vu en consultation en cardiologie, et les doses de digoxine et de propranolol ont été ajustées. Le résumé à la sortie indique également que le patient est resté à l'unité de soins intensifs pendant 24 heures afin que la fibrillation auriculaire soit surveillée de près.

Code	BDCP	Description
K40.9	(M)	Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène
I48.02	(1)	Fibrillation auriculaire chronique

Justification : La fibrillation auriculaire est une comorbidité avant l'admission, puisqu'elle répond à au moins un des critères de significativité. La fibrillation auriculaire a nécessité un traitement au-delà du traitement d'entretien de l'état préexistant; elle a justifié une consultation, une modification du traitement et une admission à l'unité de soins intensifs.



Exemple : Un patient est admis avec un infarctus du myocarde sans onde Q. L'histoire et l'examen physique du patient indiquent qu'il souffre d'arthrose et a une douleur au genou gauche. Pendant sa convalescence à l'hôpital, une radiographie de son genou gauche a été effectuée, mais aucun traitement n'a été administré et aucune autre information n'est documentée à ce sujet.

Code	BDCP	Description
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
M17.9	(3)	Gonarthrose, sans précision (facultatif)

Justification : Le médecin a documenté une ostéoarthrite dans l'histoire et l'examen physique. Une simple radiographie a été effectuée pour évaluer l'affection diagnostiquée auparavant, mais aucun traitement autre que celui pour l'affection préexistante n'a été administré. Rien n'est documenté à l'effet que l'affection a prolongé son séjour. S'il est attribué, M17.9 sera un diagnostic de type (3). La codification d'un code de la sous-catégorie R94.3– à titre de diagnostic de type (3) est obligatoire avec un code de diagnostic de la catégorie I21. Puisque la documentation de cet exemple n'appuie pas la sélection de R94.30, ni R94.31, R94.38 est attribué.



Exemple : Un patient est admis avec une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et une exacerbation aiguë de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Le traitement et l'évolution sont consignés dans le résumé à la sortie et dans les notes d'évolution. Le patient est traité avec du furosémide (Lasix) en IV, de l'oxygène et par pharmacothérapie locale (Ventolin et Combivent). Il se rétablit rapidement. Une hypokaliémie est consignée dans les notes d'évolution du médecin et le patient reste hospitalisé pendant 24 heures supplémentaires pour recevoir deux bolus de KCl. Le patient est retourné chez lui avec un traitement oral d'éllixir KCl.

Code	BDCP	Description
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
J44.1	(1)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision
E87.6	(2)	Hypokaliémie

Justification : J44.1 correspond à un diagnostic de type (1) puisque l'affection était présente avant l'admission du patient. En outre, le résumé à la sortie et les notes d'évolution confirment son importance. E87.6 correspond à un diagnostic de type (2) (comorbidité après l'admission), puisque l'affection n'était pas présente au moment de l'admission à l'hôpital et les notes d'évolution reflètent clairement la prolongation de la durée du séjour en raison du traitement et de la stabilisation.



Exemple : Une patiente est admise avec une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et une exacerbation aiguë de MPOC. Elle est traitée avec du furosémide (Lasix) en IV, de l'oxygène et par pharmacothérapie locale (Ventolin et Combivent). Le traitement de l'ICC et de la MPOC, ainsi que la réponse de la patiente au traitement, sont clairement consignés dans les notes d'évolution. La patiente récupère rapidement, mais un faible taux de potassium est signalé dans les résultats d'analyses de laboratoire et un bolus de KCl lui est administré. À la suite de ce traitement, son taux de potassium revient à la normale. L'hypokaliémie n'est pas signalée dans les notes d'évolution.

Code	BDCP	Description
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
J44.1	(1)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision

Justification : À moins qu'une hypokaliémie n'ait été consignée par le médecin, aucun code n'est attribué.



Exemple : Un patient est admis pour une hémorragie gastro-intestinale haute. Au moment de l'admission, le médecin indique au dossier que le niveau d'hémoglobine du patient est faible. Une endoscopie des voies gastro-intestinales supérieures est effectuée. On diagnostique et répare un ulcère aigu du duodénum avec perforation. Pendant cet épisode de soins, le niveau d'hémoglobine du patient est surveillé. Une anémie est documentée durant toute la durée du séjour. Le troisième jour suivant l'admission, le médecin recommande une transfusion sanguine au patient. Le patient refuse la transfusion et choisit d'attendre et de surveiller l'évolution de son état. Le diagnostic final inscrit au dossier est ulcère aigu du duodénum avec hémorragie et anémie attribuable à une perte de sang aiguë.

Code	BDCP	Description
K26.2	(M)	Ulcère du duodénum, aigu, avec hémorragie et avec perforation Anémie posthémorragique aiguë
D62	(1)	Anémie posthémorragique aiguë

Justification : D62 correspond à un diagnostic de type (1) puisque l'affection était présente à l'admission et que les notes du médecin et le traitement proposé (transfusion sanguine) confirment sa gravité. Même si l'affection n'est pas traitée, selon le dossier, elle est importante dans le contexte de l'épisode de soins.



Exemple : Une patiente à terme souffrant de diabète gestationnel se présente en travail. Les ressources de l'établissement sont limitées. Par conséquent, des dispositions sont prises pour transférer la patiente aux soins obstétriques dans un autre établissement. Cependant, en attendant l'ambulance, après 90 minutes de travail, elle accouche d'un garçon, avec assistance manuelle et sans épisiotomie. Elle subit une déchirure obstétricale du périnée du troisième degré. Elle est transférée par ambulance à l'autre établissement pour la réparation de la déchirure du troisième degré.

Code	BDCP	Description
O24.801	(M)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.291	(1)	Déchirure obstétricale du périnée, du troisième degré, type non précisé, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O62.301	(1)	Travail trop rapide, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La déchirure du périnée du troisième degré n'a pas été réparée à l'établissement déclarant pendant l'épisode de soins. Cependant, la patiente a été transférée dans un autre établissement pour la réparation. Par conséquent, la déchirure du troisième degré correspond à un diagnostic de type (1), parce qu'une intervention thérapeutique correspondant à un code obligatoire dans les normes de codification a été réalisée.

Indicateur de série

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2012, modifié en 2015, 2018, 2022

Un indicateur de série est attribué à un groupe d'au moins deux codes de la CIM-10-CA qui sont interreliés. L'attribution du même caractère (lettre de A à Y en majuscule) à chaque code de la de série est un mécanisme qui permet de lier ces codes sur l'abrégié.

Directives pour la BDCP et le SNISA



Appliquez un indicateur de série, **obligatoire**, dans les circonstances suivantes :

- effets indésirables en usage thérapeutique (U07.7, Y40 à Y59);
- infections dues aux micro-organismes résistants aux médicaments (U82 à U84);
- affections post-interventions (Y60 à Y84).



Attribuez le même caractère d'indicateur de série (lettre de A à Y en majuscule) à tous les codes inclus dans une même série.

Remarque

Il faut s'assurer que l'indicateur de série est utilisé *uniquement* dans les circonstances susmentionnées. *L'application d'un indicateur de série en d'autres circonstances n'est pas permise.*

Remarque

Si l'abrégié comprend plus d'un indicateur de série, on doit utiliser pour chaque indicateur une lettre majuscule de A à Y différente pour les codes inclus dans la série.

Remarque

Il n'y a pas de limite quant au nombre de codes de diagnostic pouvant être attribués à un même indicateur de série.

Remarque

Le type de diagnostic pour chaque code d'une série est fondé sur les définitions des types de diagnostic et/ou des problèmes ou encore sur les instructions figurant dans une autre norme de codification.

Remarque

Pour de plus amples renseignements sur les indicateurs de série, reportez-vous au champ 03 du groupe 10 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et à l'élément de données 127 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

Création d'un indicateur de série pour des infections dues à des micro-organismes résistants aux médicaments

Remarque

L'objectif de l'indicateur de série pour une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments est de faire le lien entre la résistance à un médicament en particulier et le micro-organisme ou le site d'infection auquel la résistance est associée.

Il faut créer un indicateur de série pour

- une infection unique associée à un micro-organisme résistant aux médicaments; ou
- deux infections ou plus associées au *même* micro-organisme résistant aux médicaments.

Il faut créer au moins deux indicateurs de série lorsqu'on compte plus d'une infection et que chacune de ces infections est associée à un micro-organisme **distinct** résistant aux médicaments.

L'ensemble de codes dans l'indicateur de série pour le micro-organisme résistant aux médicaments indique

- le type de résistance aux médicaments (U82 à U84);
- le micro-organisme infectieux;
- le ou les sites d'infection.

Reportez-vous également à la norme de codification [Micro-organismes résistants aux médicaments](#).



Exemple : Un patient qui souffre d'arthrite septique de l'épaule gauche dont le test SARM est positif se présente à l'hôpital. Une arthroscopie est effectuée pour irriguer l'épaule à fond et la débrider.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
M00.01	(M)	PP	A	Arthrite et polyarthrite à staphylocoques, région scapulaire
B95.6	(3)	AP	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.1	(1)	AP	A	Résistance à la méthicilline

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les infections dues aux micro-organismes résistants aux médicaments. Le même caractère représentant l'indicateur de série est attribué à tous les codes décrivant l'infection unique due au micro-organisme résistant au médicament. L'indicateur de série A permet de lier la résistance au médicament (méthicilline) au micro-organisme concerné (*S. aureus*) et au site d'infection (épaule). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour une infection unique associée à un micro-organisme résistant à un médicament.)



Exemple : Un patient est admis pour une infection des voies urinaires et une pneumonie, toutes deux attribuables au SARM.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
J15.2	(M)	PP	A	Pneumonie due à des staphylocoques
N39.0	(1)	AP	A	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B95.6	(3)	AP	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.1	(1)	AP	A	Résistance à la méthicilline

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les infections dues aux micro-organismes résistants aux médicaments. Le même caractère représentant l'indicateur de série est attribué à tous les codes décrivant les deux infections toutes deux associées à la même résistance au médicament. L'indicateur de série A permet de lier la résistance au médicament (méthicilline) au micro-organisme concerné (*S. aureus*) et aux sites des infections (poumon et voies urinaires). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour décrire deux infections ou plus associées à un **même** micro-organisme résistant à un médicament.)

Création d'un indicateur de série pour les affections post-intervention

Remarque

L'objectif de l'indicateur de série pour une affection post-intervention est d'établir un lien entre le code de cause externe décrivant la nature de l'affection post-intervention et les affections auxquelles cette complication de soins chirurgicaux et médicaux est associée.

La nature de l'affection post-intervention désigne le type d'affection post-intervention en vertu du code de cause externe attribué. Une affection post-intervention peut être

- un incident (Y60 à Y69);
- un incident adverse associé à un appareil médical (Y70 à Y82); ou
- une réaction anormale du patient ou complications ultérieures (Y83 à Y84).

Remarque : Y83 à Y84 comprend à la fois la réaction anormale du patient et les complications ultérieures.

Créez un indicateur de série pour

- une affection post-intervention unique; ou
- deux affections post-intervention ou plus de la **même nature** (accident, appareil médical associé à un incident ou une réaction anormale du patient ou complications ultérieures) liées au **même épisode d'intervention**.

Créez deux indicateurs de série ou plus

- lorsqu'on compte deux affections post-intervention ou plus de la **même nature** et que chacune est liée à une **intervention différente durant un épisode d'intervention ou un épisode d'intervention différent**; et/ou
- lorsqu'on compte deux affections post-intervention ou plus de **nature différente** et que chacune est liée au **même épisode d'intervention**.

L'ensemble de codes dans l'indicateur de série pour le diagnostic d'affection post-intervention indique

- la nature de la complication de soins chirurgicaux et médicaux (Y60 à Y84);
- les affections associées;
- les codes supplémentaires aux fins de précision (s'ils sont requis et disponibles).

Reportez-vous également à la norme de codification [Affections post-intervention](#).

Remarque

Il est obligatoire d'attribuer un indicateur de série chaque fois qu'une affection post-intervention est classée, y compris lorsqu'une affection post-intervention est consignée

- au cours de l'épisode de soins;
- à la réadmission;
- lorsque le patient est transféré d'un autre établissement.



Exemple : Un patient a subi un remplacement total de la hanche et obtenu son congé. Le jour suivant, il revient à l'hôpital car il souffre d'une dislocation de la hanche gauche qui avait été totalement remplacée, sans traumatisme associé. Une réduction fermée est pratiquée.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T84.031	(M)	PP	A	Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, instabilité
Y83.1	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les affections post-intervention. Le même caractère représentant l'indicateur de série est attribué à tous les codes décrivant l'affection post-intervention unique. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (complication mécanique). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour décrire une affection post-intervention unique. Il démontre également l'attribution d'un indicateur de série lorsque l'affection post-intervention est consignée à la réadmission.)



Exemple : Un patient subit une libération du canal carpien et présente brièvement des symptômes de confusion légère dans la salle de réveil, qui se sont dissipés rapidement d'eux-mêmes.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
G56.0	(M)	PP		Syndrome du canal carpien
R41.0	(3)	AP	A	Désorientation, sans précision (facultatif)
Y83.8	(9)	AP	A	Autres interventions chirurgicales, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention (facultatif)

Justification : L'attribution d'un indicateur de série est obligatoire pour les affections post-intervention, qu'un type de diagnostic ait été attribué ou non. La confusion postopératoire ne répond pas aux critères de significativité dans ce cas. Si on la consigne, on lui attribue le type de diagnostic (3). Le même caractère représentant l'indicateur de série est attribué à tous les codes décrivant l'affection post-intervention unique. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (confusion). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour décrire une affection post-intervention unique. Il démontre également que le type de diagnostic pour chaque code d'une série est fondé sur les définitions des types de diagnostic ou de problème ou encore sur les instructions figurant dans une autre norme de codification.)



Exemple : Un patient est admis pour une arthroplastie de reprise en raison de la métallose, c'est-à-dire l'abrasion des composantes métalliques. La chirurgie initiale a eu lieu il y a 10 ans.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T84.032	(M)	PP	A	Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, usure de la surface de l'appui articulaire
Y83.1	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'attribution d'un indicateur de série est obligatoire pour les affections post-intervention, peu importe à quand remonte l'intervention. Le même caractère représentant l'indicateur de série est attribué à tous les codes décrivant l'affection post-intervention unique. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (complication mécanique). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour décrire une affection post-intervention unique. Cet exemple démontre également l'utilisation de l'indicateur de série lorsqu'une affection post-intervention est enregistrée à la réadmission.)



Exemple : Un patient est admis pour une excision partielle du côlon en raison d'un cancer. Au cours de l'intervention, une déchirure accidentelle de la rate entraîne une splénectomie imprévue. Le patient souffre également de troubles continus d'hypotension après l'opération.

Code	BDCP	Série	Description
C18.9	(M)		Tumeur maligne du côlon, sans précision
T81.2	(2)	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une procédure, non classées ailleurs
S36.091	(3)	A	Hématome SAI, lacération SAI, lésion traumatique de la rate SAI, avec plaie ouverte dans la cavité
Y60.0	(9)	A	Coupure, piquûre, perforation ou hémorragie accidentelles, au cours d'une intervention chirurgicale
I95.9	(2)	B	Hypotension, sans précision
Y83.9	(9)	B	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les affections post-intervention. Puisque des affections post-intervention de différentes natures sont liées au même épisode d'intervention, deux indicateurs de série sont attribués, et on utilise pour chacun une lettre majuscule différente. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (accident) à l'affection associée (lacération accidentelle) et au code supplémentaire aux fins de précision (lacération de la rate). L'indicateur de série B permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (hypotension). (Cet exemple démontre l'utilisation de deux indicateurs de série ou plus pour des affections post-intervention de nature différente [incident et réaction anormale du patient ou complications ultérieures] liées au même épisode d'intervention.)



Exemple : Une patiente subit une hystérectomie vaginale en raison d'un prolapsus utérovaginal. Le deuxième jour après l'intervention, elle souffre de rétention urinaire et d'atélectasie qui doivent être traitées et surveillées. Un cathéter à demeure est introduit et la patiente développe par la suite une cystite significative liée au cathéter.

Code	BDCP	Série	Description
N81.4	(M)		Prolapsus utéro-vaginal, sans précision
R33	(2)	A	Rétention d'urine
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.6	(9)	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
T83.5	(2)	B	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil urinaire
N30.0	(3)	B	Cystite aiguë
Y84.6	(9)	B	Sondage urinaire, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les affections post-intervention. Puisqu'on compte des affections post-intervention liées à des interventions différentes, deux indicateurs de série sont attribués, et on utilise pour chacun une lettre majuscule différente. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) aux affections associées (rétention d'urine et atélectasie) liées au même épisode d'intervention (hystérectomie). L'indicateur de série B permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (cystite) liée à un épisode d'intervention différent (cathétérisme). (Cet exemple démontre l'utilisation de deux indicateurs de série ou plus pour deux affections post-intervention ou plus de la même nature [réaction anormale du patient ou complications ultérieures] liées à des épisodes d'intervention différents [hystérectomie/cathétérisme].)



Exemple : Une patiente présentant une arthrose bilatérale primaire du genou subit un remplacement total du genou à l'hôpital A et est transférée à l'hôpital B le lendemain de la chirurgie pour sa convalescence. À l'admission de la patiente à l'hôpital B, on diagnostique de l'anémie, pour laquelle elle reçoit deux unités de globules rouges lavés par transfusion.

Code	BDCP	Série	Description
Z54.0	(M)		Convalescence après intervention chirurgicale
M17.0	(3)		Gonarthrose primaire, bilatérale
D64.9	(1)	A	Anémie, sans précision
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Le même caractère représentant l'indicateur de série est attribué à tous les codes décrivant l'affection post-intervention unique. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (anémie). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour une affection post-intervention unique. Il démontre également l'utilisation d'un indicateur de série lorsqu'une affection post-intervention est présente durant le transfert au cours d'un épisode de soins continus ininterrompus.)



Exemple : Un patient qu'on sait atteint d'athérosclérose coronarienne est admis pour un pontage aortocoronarien. Deux jours après la chirurgie, il subit un infarctus cérébral qui allonge considérablement la durée du séjour et constitue le diagnostic principal.

Code	BDCP	Série	Description
I63.9	(M)	A	Infarctus cérébral, sans précision
I63.9	(2)	A	Infarctus cérébral, sans précision
Y83.2	(9)	A	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
I25.10	(1)		Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les affections post-intervention. Puisque l'infarctus cérébral est une comorbidité après l'admission qui constitue également le diagnostic principal, on l'inscrit deux fois sur l'abrégié, c'est-à-dire comme diagnostic principal et comme diagnostic de type (2). Le même caractère d'indicateur de série est attribué à l'ensemble des codes décrivant l'affection post-intervention unique. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (infarctus cérébral). Puisqu'il n'y a eu qu'un seul infarctus cérébral associé à un seul épisode d'intervention, le code de cause externe n'est inscrit qu'une seule fois. Le même caractère d'indicateur de série est attribué aux trois codes, ce qui indique que l'infarctus cérébral s'est produit après l'intervention et est devenu le diagnostic principal. (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour une affection post-intervention unique qui constitue une comorbidité après l'admission et devient le diagnostic principal.)



Exemple : Un patient est admis en raison d'une septicémie attribuable à la réparation d'une hernie (sans utilisation de tissu) effectuée deux semaines auparavant. Il est traité pendant cinq jours pour l'infection et est prêt à retourner chez lui lorsqu'il a toussé, ce qui a causé une déhiscence de la plaie pour laquelle il a dû être conduit en salle d'opération pour qu'elle soit refermée. Il est demeuré à l'hôpital encore 25 jours.

Code	BDCP	Série	Description
T81.3	(M)	A	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
T81.3	(2)	A	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
T81.4	(1)	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
A41.9	(3)	A	Sepsie, sans précision
Y83.4	(9)	A	Autre intervention chirurgicale réparatrice, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les affections post-intervention. Bien qu'une affection post-intervention soit présente à l'admission et que l'autre survienne après l'admission, la septicémie et la déhiscence de la plaie sont de la même nature (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) et sont liées au même épisode d'intervention (réparation d'une hernie), ce qui signifie qu'un seul indicateur de série est attribué. Le même indicateur de série (A) est attribué à tous les codes décrivant les affections post-intervention. (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour deux affections post-intervention ou plus de la même nature [réaction anormale du patient ou complications ultérieures] liées au même épisode d'intervention, même lorsqu'une est présente avant l'admission [comorbidité avant l'admission] et que l'autre survient après l'admission [comorbidité après l'admission]. Il démontre également l'utilisation d'un indicateur de série pour une comorbidité après l'admission qui devient le diagnostic principal.)



Exemple : Une patiente est admise pour l'évaluation d'abcès profonds et douloureux sur sa nuque. Elle souffre également de fièvre et de douleurs abdominales. La mise en culture et l'épreuve de sensibilité du pus prélevé des furoncles démontrent qu'il s'agit de SARM. La patiente est isolée. Une échographie de son abdomen révèle une appendicite, et une appendicectomie est effectuée. Un drainage chirurgical des abcès sur sa nuque est effectué au cours du même épisode d'intervention. Après l'appendicectomie, la patiente développe une infection dans la région où l'incision a été pratiquée pour laquelle elle est traitée.

Code	BDCP	Série	Description
K35.8	(M)		Appendicite aiguë, autre et sans précision
L02.1	(1)	A	Abcès cutané, furoncle et anthrax du cou
B95.6	(3)	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.1	(1)	A	Résistance à la méthicilline
T81.4	(2)	B	Infection après une procédure, non classée ailleurs
Y83.6	(9)	B	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les infections dues aux micro-organismes résistants aux médicaments et les affections post-intervention. L'indicateur de série A permet de lier la résistance au médicament (méthicilline), à l'organisme associé (*Staphylococcus aureus*) et au site d'infection (abcès cutané). L'indicateur de série B permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (infection d'une plaie). (Cet exemple démontre l'utilisation d'indicateurs de série distincts pour une seule infection associée à une résistance aux médicaments et à une affection post-intervention unique lorsqu'aucun des problèmes n'a de lien avec l'autre.)



Exemple : Ce patient avait déjà subi une colectomie partielle avec anastomose en raison d'un cancer du côlon. Le patient est réadmis car il souffre d'une infection de l'incision abdominale avec présence de SARM. L'infection de la plaie est traitée et le patient obtient son congé pour retourner à son domicile.

Code	BDCP	Série	Description
T81.4	(M)	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
U82.1	(1)	A	Résistance à la méthicilline
B95.6	(3)	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
Y83.2	(9)	A	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les infections dues aux micro-organismes résistants aux médicaments et les affections post-intervention. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (infection d'une plaie au SARM). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série pour une affection post-intervention unique comprenant une infection associée à une résistance aux médicaments.)



Exemple : Un patient est admis pour le retrait et le remplacement d'une prothèse du genou infectée qui a été posée il y a six mois. À la suite de la reprise, le patient développe une pneumonie et demeure à l'hôpital six autres jours.

Code	BDCP	Série	Description
T84.54	(M)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du genou
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
J18.9	(2)	B	Pneumonie, sans précision
Y83.1	(9)	B	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les affections post-intervention. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (infection de la prothèse du genou) à la suite de l'insertion de la prothèse du genou. L'indicateur de série B permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (pneumonie) à la suite de la révision de la prothèse du genou. Les deux codes de cause externe identiques (Y83.1) indiquent qu'il y a deux épisodes d'intervention différents avec une affection post-intervention associée ou plus. (Cet exemple démontre l'utilisation de deux indicateurs de série ou plus pour deux affections post-intervention ou plus de la même nature [réaction anormale du patient ou complications ultérieures] qui sont liées à un épisode d'intervention différent [insertion d'une prothèse du genou et remplacement d'une prothèse du genou] même si le code de cause externe pour les différents épisodes est le même.)



Exemple : Un patient est admis à la suite d'un traumatisme puis conduit d'urgence à la salle d'opération, où il subit la réparation d'une grande lacération au bras, une résection partielle avec anastomose primaire du petit intestin en lien avec sa blessure et l'application d'un fixateur externe pour une fracture ouverte du tibia (épisode d'intervention 1). Le troisième jour, le patient développe une insuffisance respiratoire. Le 10^e jour, le patient est reconduit en salle d'opération pour une trachéostomie (épisode d'intervention 2). Le lendemain, le patient retourne en salle d'opération pour le contrôle d'une hémorragie dans la région de la trachéostomie (épisode d'intervention 3). Le 13^e jour, le patient développe une insuffisance rénale postopératoire.

Code	BDCP	Série	Description
J95.2	(2)	A	Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale non thoracique
Y83.9	(9)	A	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
T81.0	(2)	B	Hémorragie et hématome compliquant une procédure, non classés ailleurs
Y83.3	(9)	B	Intervention chirurgicale avec abouchement externe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
N99.0	(2)	C	Insuffisance rénale postintervention
N17.9	(3)	C	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
Y83.9	(9)	C	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour les affections post-intervention. L'indicateur de série A permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (insuffisance respiratoire) à la suite du premier épisode d'intervention au cours duquel des interventions de plusieurs types ont été pratiquées (Y83.9). L'indicateur de série B permet de lier la cause externe (réaction anormale du patient ou complications ultérieures) à l'affection associée (hémorragie dans la région de la trachéostomie) qui est clairement liée à l'épisode d'intervention de la trachéostomie. Dans cet exemple, puisqu'on

ne sait pas à quel épisode d'intervention l'insuffisance rénale est liée (ou il pourrait s'agir d'un effet cumulatif), un troisième indicateur de série (C) est nécessaire puisque l'affection post-intervention ne peut être incluse dans un indicateur de série décrivant une affection post-intervention liée à un épisode d'intervention donné.

Il faut remarquer que les deux codes de cause externe identiques (Y83.9) dans deux indicateurs de série distincts ne veulent pas dire la même chose. Le premier Y83.9 représente un épisode d'intervention unique au cours duquel des interventions de différents types ont été pratiquées. Le deuxième Y83.9 représente plusieurs épisodes d'intervention au cours desquels des interventions de différents types ont été pratiquées.

(Cet exemple démontre l'utilisation de plusieurs indicateurs de série lorsque l'ensemble des affections post-intervention sont de la même nature (réaction anormale du patient ou complications ultérieures), que certaines sont clairement liées à des épisodes d'intervention différents [épisode d'intervention 1 et épisode d'intervention 2] et que pour une autre, l'épisode d'intervention associé est inconnu [on ne sait pas si elle est liée à l'épisode d'intervention 1, 2 ou 3 ou s'il s'agit d'une combinaison de ces épisodes].)

Création d'un indicateur de série pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique

Remarque

L'objectif d'un indicateur de série pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique est de lier les drogues, médicaments ou substances biologiques entraînant un effet indésirable ou plus aux effets indésirables auxquels ils sont associés.

Créez un indicateur de série pour décrire

- un effet indésirable unique d'une drogue, d'un médicament ou d'une substance biologique en usage thérapeutique;
- deux effets indésirables ou plus attribuables aux mêmes drogues, médicaments ou substances biologiques en usage thérapeutique; ou
- un seul ou plusieurs effets indésirables attribuables à une combinaison de drogues, médicaments ou substances biologiques en usage thérapeutique.

Créez deux indicateurs de série ou plus lorsqu'il y a deux effets indésirables ou plus attribuables à une drogue, à un médicament ou à un agent biologique en usage thérapeutique **différent**.

L'ensemble des codes inclus dans l'indicateur de série pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique indique

- les drogues, les médicaments ou les substances biologiques entraînant l'effet indésirable (U07.7, Y40 à Y59);
- le ou les effets indésirables.

Reportez-vous également à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#) et à l'[Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies \(COVID-19\)](#).



Exemple : Un patient est admis pour une neutropénie provoquée par une chimiothérapie. Il reçoit une combinaison d'agents chimiothérapeutiques, en consultation externe, pour le traitement d'un cancer au lobe inférieur gauche du poumon.

Code	BDCP	Série	Description
D70.0	(M)	A	Neutropénie
Y43.3	(9)	A	Autres médicaments antitumoraux, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
C34.31	(3)		Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon gauches

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique. Le même caractère représentant l'indicateur de série est attribué à tous les codes décrivant l'effet indésirable unique résultant de l'usage thérapeutique d'un seul médicament. L'indicateur de série A permet de lier le médicament responsable de l'effet indésirable (antinéoplasiques) à l'effet indésirable lui-même (neutropénie). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série lorsqu'un effet indésirable unique résulte de l'usage thérapeutique d'un seul médicament.)



Exemple : Un patient se présente à l'hôpital avec de l'urticaire et le visage enflé. Il prend du Keflex pour traiter une infection des voies urinaires depuis 24 heures. Le diagnostic à la sortie est une réaction à un médicament. On demande au patient de cesser de prendre le Keflex et de prendre un nouvel antibiotique.

Code	SNISA	Série	Description
L50.0	PP	A	Urticaire allergique
R22.0	AP	A	Tuméfaction et masse localisées, au niveau de la tête
Y40.1	AP	A	Céphalosporines et autres antibiotiques bêta-lactames, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique. L'indicateur de série A permet de lier le médicament responsable de l'effet indésirable (céphalosporines) aux effets indésirables eux-mêmes (urticaire et tuméfaction localisée). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série lorsqu'un ou plusieurs effets indésirables résultent de l'usage thérapeutique d'un seul médicament.)



Exemple : Le patient est admis à l'hôpital, car il souffre de tachycardie ventriculaire en raison d'une réaction toxique à la digoxine. Le troisième jour, il contracte une pneumonie et commence à prendre de l'amoxicilline. Le patient présente une confusion qu'on sait attribuable à l'amoxicilline. Le traitement à l'amoxicilline est arrêté et le patient commence à prendre un nouvel antibiotique. La pneumonie prolonge le séjour du patient à l'hôpital de huit jours.

Code	BDCP	Série	Description
J18.9	(M)		Pneumonie, sans précision
J18.9	(2)		Pneumonie, sans précision
I47.2	(1)	A	Tachycardie ventriculaire
Y52.0	(9)	A	Glucosides cardiotoniques et médicaments d'action similaire, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
R41.0	(2)	B	Désorientation, sans précision
Y40.0	(9)	B	Pénicillines, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique. L'indicateur de série A permet de lier le médicament responsable de l'effet indésirable (glucosides cardiotoniques) à l'effet indésirable lui-même (tachycardie ventriculaire). L'indicateur de série B permet de lier le deuxième médicament (pénicilline) responsable d'un effet indésirable à l'effet indésirable lui-même (confusion). (Cet exemple démontre l'utilisation de deux indicateurs de série ou plus lorsque deux effets indésirables ou plus résultent de l'usage thérapeutique d'une combinaison de médicaments.)



Exemple : Le patient se présente à l'hôpital avec des ecchymoses spontanées sur la peau. Il est sous Coumadin et prend également de la tétracycline depuis huit jours pour traiter une infection urinaire. Le diagnostic à la sortie est « effet anticoagulant augmenté » en raison du croisement de ces deux médicaments. On demande au patient de cesser de prendre ces deux médicaments et de prendre un nouvel antibiotique.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
R23.3	(M)	PP	A	Ecchymoses spontanées
Y44.2	(9)	AP	A	Anticoagulants, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
Y40.4	(9)	AP	A	Tétracyclines, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Un indicateur de série doit obligatoirement être utilisé pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique. L'indicateur de série A permet de lier les médicaments responsables de l'effet indésirable (anticoagulants et tétracycline) à l'effet indésirable lui-même (ecchymoses spontanées [hémorragie cutanée]). (Cet exemple démontre l'utilisation d'un indicateur de série lorsqu'un ou plusieurs effets indésirables résultent de l'usage thérapeutique d'une combinaison de médicaments.)

Diagnostics d'importance équivalente¹

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2022

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque deux diagnostics ou plus d'importance équivalente sont inscrits sans que le dossier médical n'indique clairement lequel est le diagnostic principal/problème principal, sélectionnez l'affection pour laquelle une intervention définitive (par opposition à une intervention diagnostique), chirurgicale ou non, a été effectuée. Si aucune intervention chirurgicale n'a été réalisée, considérez alors le premier diagnostic inscrit comme étant le diagnostic principal/problème principal.

B Exemple : Une patiente obtient son congé après avoir reçu un diagnostic de bronchopneumonie traitée aux antibiotiques, et un diagnostic d'hémorragie gastro-intestinale haute causée par des varices œsophagiennes qui ont été sclérosées par approche endoscopique au moyen d'un laser.

Code	BDCP	Description
I85.0	(M)	Varices œsophagiennes hémorragiques
J18.0	(1)	Bronchopneumonie, sans précision

1.NA.13.BA-AG Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et laser

B Exemple : Une patiente reste cinq jours à l'hôpital afin de subir des examens plus approfondis et de recevoir un traitement conservateur en raison d'une exacerbation aiguë de sa maladie pulmonaire obstructive chronique et d'une occlusion intestinale.

Code	BDCP	Description
J44.1	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision
K56.6	(1)	Occlusions intestinales, autres et sans précision

Justification : Les deux diagnostics sont d'importance équivalente, mais aucun n'a été traité par chirurgie. La maladie pulmonaire obstructive chronique est sélectionnée comme diagnostic principal, car elle apparaît en premier dans la liste des diagnostics.



Exemple : Un patient est admis suite à un accident vasculaire cérébral ischémique et passe 20 jours en neurologie. Il souffre de rétention urinaire et il est évalué par un urologue. Le spécialiste pose un diagnostic d'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) et recommande une résection de la prostate. Au service de neurologie, le patient reçoit des services de physiothérapie et d'ergothérapie pour une hémiplégie. Il est également transporté au bloc opératoire pour subir une résection transurétrale de la prostate (RTUP) qui est réalisée sans incident.

Code	BDCP	Description
I63.9	(M)	Infarctus cérébral, sans précision
G81.99	(1)	Hémiplégie [unilatérale] touchant un côté non précisé, sans précision
N40	(1)	Hyperplasie de la prostate

Justification : Bien que l'hyperplasie de la prostate soit l'affection pour laquelle le patient a subi une chirurgie, l'accident vasculaire cérébral ischémique est tout de même le diagnostic principal. Quant au temps et à l'attention consacrés au traitement, l'AVC a retenu davantage de ressources. (Il n'y aura pas toujours de correspondance parfaite entre le diagnostic principal et l'intervention principale.)



Exemple : Une patiente âgée se présente au service d'urgence. Une radiographie pulmonaire est effectuée et la patiente est transférée à l'unité médicale avec un diagnostic de pneumonie et d'insuffisance cardiaque congestive.

Code	SNISA	Description
J18.9	PP	Pneumonie, sans précision
I50.0	AP	Insuffisance cardiaque congestive

Justification : La pneumonie et l'insuffisance cardiaque congestive sont d'importance équivalente. Puisque la pneumonie est inscrite en premier, elle tient lieu de problème principal.

Spécificité¹

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un diagnostic décrit une affection en termes généraux, mais qu'un terme plus descriptif précisant le site ou la nature de l'affection figure dans les autres diagnostics, il convient de sélectionner l'affection correspondant au diagnostic le plus précis.

BS Exemple : Le médecin pose les deux diagnostics suivants : accident vasculaire cérébral et hémorragie cérébrale.

Code	BDCP	SNISA	Description
I61.9	(M)	PP	Hémorragie intracérébrale, sans précision

Justification : L'hémorragie intracérébrale est un type d'accident vasculaire cérébral et est plus précis; seul le code de l'hémorragie intracérébrale est inscrit.

B Exemple : Le médecin note que le patient a développé un ulcère de décubitus qui retarde sa sortie (l'ulcère n'était pas présent à l'admission). Selon les notes de l'infirmière spécialisée, il s'agit d'un ulcère de stade 3.

Code	BDCP	Description
L89.2	(2)	Stade III ulcère de décubitus [pression]

Justification : Étant donné que l'ulcère est consigné dans les notes du médecin, les notes de l'infirmière peuvent être utilisées pour ajouter de la spécificité.

Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2009, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Utilisez les radiographies, les rapports de pathologie et les autres résultats de tests diagnostiques (excluant les résultats de laboratoire) lorsqu'ils apportent clairement une précision dans l'identification du code de diagnostic approprié pour les affections consignées dans les notes du médecin/dispensateur responsable.

Reportez-vous également à l'[Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies \(COVID-19\)](#).

BS Exemple : Un patient a trébuché et est tombé dans une épicerie. Le médecin note une fracture fermée du col du fémur. Les résultats de la radiographie montrent une fracture « cervico-trochantérienne ».

Code	BDCP	SNISA	Description
S72.010	(M)	PP	Fracture de la base du col du fémur (cervico-trochantérienne), fermée
W01	(9)	AP	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux pas et trébuchement
U98.5	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services

BS Exemple : Le dossier de la patiente indique que celle-ci a été admise pour l'ablation d'une lésion cutanée, et le rapport de pathologie signale une « kératose solaire ».

Code	BDCP	SNISA	Description
L57.0	(M)	PP	Kératose actinique

BS Exemple : Le médecin a inscrit au dossier le diagnostic d'hémorragie intracrânienne. Le tomodensitogramme confirme qu'il s'agit d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.

Code	BDCP	SNISA	Description
I60.9	(M)	PP	Hémorragie sous-arachnoïdienne, sans précision

BS Exemple : Le patient se présente avec des signes et symptômes d'une infection urinaire pour lesquels il commence un traitement. Les résultats de laboratoire indiquent la présence de la bactérie *E. coli*. L'infection des voies urinaires est le diagnostic final inscrit par le médecin.

Code	BDCP	SNISA	Description
N39.0	(M)	PP	Infection des voies urinaires, siège non précisé

Justification : Les résultats de laboratoire ne sont pas utilisés pour préciser une affection documentée. La documentation doit comprendre la confirmation par le médecin de la présence de l'agent pathogène ayant causé l'infection des voies urinaires avant d'attribuer B96.2 *Escherichia coli* [*E. coli*], cause de maladies classées dans d'autres chapitres. Reportez-vous également à la norme de codification [Infections](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une affection est suggérée par le résultat d'un test diagnostique, codifiez l'affection seulement si celle-ci est confirmée dans les notes du médecin/dispensateur responsable.

BS Exemple : Les rapports de microbiologie mettent en évidence une infection urinaire et la fiche de médicaments indique que le patient a reçu des antibiotiques. Les notes du médecin n'en font pas mention.

Code
Aucun code inscrit

Justification : Une interprétation clinique est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

BS Exemple : Un patient souffre de douleurs abdominales basses. Un tomodensitogramme démontre des adhérences abdominales, mais il n'y a aucune information dans les notes du médecin qui identifie les adhérences comme étant la cause de la douleur.

Code	BDCP	SNISA	Description
R10.39	(M)	PP	Douleur localisée à la partie inférieure de l'abdomen, sans précision

Justification : L'interprétation clinique est nécessaire pour confirmer la cause de la douleur.

Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque²

En vigueur depuis 2006, modifié en 2015

Dans la CIM-10-CA, le symbole de la dague (†) est utilisé pour indiquer qu'un code représente l'étiologie ou la cause sous-jacente d'une maladie. L'astérisque (*) permet de mettre en évidence un code qui représente la manifestation d'une maladie.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code à astérisque chaque fois que ceci est indiqué dans la CIM-10-CA.

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un type (6) ou un type (3) aux codes à astérisque selon les définitions des types de diagnostic. Reportez-vous également à la norme de codification [Définitions des types de diagnostic selon la BDCP](#).

Dans la table analytique de la classification, la dague représente les différentes applications de la convention stipulée par l'OMS, telle qu'illustrée ci-dessous :

- (i) Si le symbole de la dague et le code à astérisque apparaissent tous deux dans le titre du code, tous les termes classables sous ce code feront l'objet d'une double classification et auront le même code de substitution.

Exemple

A17.0† Méningite tuberculeuse (G01*)

Leptoméningite tuberculeuse

Tuberculose méningée (cérébrale) (médullaire)

- (ii) Si le symbole de la dague apparaît dans le titre du code, mais que le code à astérisque n'y figure pas, tous les termes classables sous ce code feront l'objet d'une double classification mais ils auront des codes à astérisque différents (qui sont énumérés pour chaque terme).

Exemple

A18.0† Tuberculose des os et des articulations

Tuberculose :

- arthrite (M01.1*)
- mastoïdite (H75.0*)
- ostéite (M90.0*)
- ostéomyélite (M90.0*)
- ostéonécrose (M90.0*)
- synovite (M68.0*)
- ténosynovite (M68.0*)

Tuberculose de :

- colonne vertébrale (M49.0*)
- genou (M01.1*)
- hanche (M01.1*)

- (iii) Si le symbole de la dague et le code à astérisque n'apparaissent pas dans le titre, la catégorie en tant qu'ensemble ne fera pas l'objet d'une double classification; en revanche les termes individuels inclus pourraient l'être; le cas échéant, ces termes seront accompagnés du symbole de la dague et de leur code à astérisque.

Exemple

A54.88 Autres infections gonococciques

Bubon blennorragique

Gonococcique :

- abcès du cerveau † (G07*)
- cardiopathie SAI † (I52.0*)
- dermatose † (L99.8*)
- endocardite † (I39.8*)
- infection cutanée † (L99.8*)
- kératodermie † (L86*)
- kératose † (L86*)
- lymphadénite
- méningite † (G01*)
- myocardite † (I41.0*)
- péricardite † (I32.0*)
- périhépatite † (K67.1*)
- péritonite † (K67.1*)
- pneumonie † (J17.0*)
- siège précisé NCA

- (iv) Dans certains cas, la directive d'utilisation de la double classification apparaît seulement dans l'index.

Exemple

Neuropathie, neuropathique (à) (avec) (de)

- périphérique (nerf) (avec) (voir aussi Polyneuropathie) G62.9
- – système nerveux autonome G90.9
- – – au cours de (due à)
- – – – goutte M10.0† G99.1*

BS Exemple : Un patient est admis pour traiter une méningo-encéphalite due au virus de l'herpès.

Code	BDCP	SNISA	Description
B00.4†	(M)	PP	Encéphalite due au virus de l'herpès
G05.1*	(3)	AP	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite au cours d'infections virales classées ailleurs

Justification : Comme le symbole de la dague et le code à astérisque apparaissent tous deux dans le titre du code, tous les termes classables sous ce code feront l'objet d'une double classification et les deux codes sont inscrits. Dans l'exemple ci-dessus, le code à astérisque s'applique à l'encéphalite. Puisqu'il serait difficile de déterminer si c'est l'affection sous-jacente ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer un type (3) au diagnostic du code à astérisque.

BS Exemple : Un patient est admis en raison d'une péricardite à méningocoques.

Code	BDCP	SNISA	Description
A39.5†	(M)	PP	Maladie cardiaque à méningocoques
I32.0*	(3)	AP	Péricardite au cours de maladies bactériennes classées ailleurs

Justification : Le symbole de la dague apparaissant dans le titre du code, la double classification s'applique à tous les termes classables sous A39.5. Les codes à astérisque varient cependant en fonction de l'affection. Puisqu'il serait difficile de déterminer si c'est l'affection sous-jacente ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, il faut attribuer le type (3) au diagnostic du code à astérisque.

BS Exemple : Un patient est admis en raison d'une balanite due à une infection amibienne.

Code	BDCP	SNISA	Description
A06.8†	(M)	PP	Autres localisations d'une infection amibienne
N51.2*	(3)	AP	Balanite au cours de maladies classées ailleurs

Justification : Les symboles de la dague et de l'astérisque n'apparaissent pas dans le titre du code. La double classification s'applique seulement au terme inclus « balanite », dans quel cas A06.8 devient un code à dague et N51.2, le code à astérisque correspondant. La convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique pas à la balanite amibienne. Puisqu'il serait difficile de déterminer si c'est l'affection sous-jacente ou la manifestation qui répond aux critères du diagnostic principal, le code à astérisque se verra attribuer le type (3) au diagnostic.

BS Exemple : Une patiente présente un carcinome du poumon et a développé une anémie en raison de sa maladie tumorale. Elle est admise pour le traitement de l'anémie.

Code	BDCP	SNISA	Description
C34.99†	(M)	PP	Tumeur maligne des bronches ou d'un poumon, sans précision, côté non précisé
D63.0*	(6)	AP	Anémie au cours de maladies tumorales

Justification : Dans cet exemple, l'index alphabétique guide le codificateur vers D48.9 et D63.0*. Ceci indique que le code qui décrit la maladie tumorale du patient devient un code à dague. D48.9 est inscrit lorsque la néoplasie n'est pas précisée. Comme il est indiqué dans l'exemple ci-dessus, le code de néoplasie le plus précis est le code à dague. À noter que tous les codes de la rubrique C00 à D48 sont des codes à dague et sont suivis de D63.0 dans la table analytique. D63.0 est un code à astérisque, ainsi il doit apparaître à la seconde ligne du champ des diagnostics de l'abrégié. Toutefois, puisque l'anémie (et non la tumeur maligne du poumon) est l'affection qui répond au critère de diagnostic principal, un type (6) est attribué au diagnostic.

BS Exemple : Le diagnostic à la sortie est une encéphalopathie due au syndrome hémolytique urémique.

Code	Description
D59.3	Syndrome hémolytique urémique
G93.4	Encéphalopathie, sans précision

Justification : Aucune convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique à cette affection. Chaque état est donc classé séparément. Le type de diagnostic et son classement dépendent des circonstances consignées au dossier.

Affections aiguës et chroniques³

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2015, 2022

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une affection est dite à la fois aiguë (ou subaiguë) et chronique, et que la CIM-10-CA propose des catégories ou des sous-catégories distinctes pour chacune, mais pas pour la combinaison des deux, codifiez l'affection aiguë.

- Attribuez un code à l'affection chronique, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Lorsqu'un code de combinaison approprié est fourni pour l'affection aiguë et chronique, seul ce code doit être utilisé.

Exception

Lorsqu'un patient est admis pour une amygdalectomie non urgente et que l'affection est décrite comme une amygdalite à la fois aiguë et chronique, attribuez un code pour l'amygdalite chronique comme diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème. L'amygdalite chronique est le motif de l'amygdalectomie non urgente. Attribuez un code supplémentaire pour l'amygdalite aiguë, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement.

Exception

Il est obligatoire d'attribuer un code pour l'insuffisance rénale chronique lorsqu'un patient présente une lésion rénale aiguë et une insuffisance rénale chronique. Reportez-vous également à la norme de codification [Épisode aiguë au cours d'une insuffisance rénale chronique](#).



Exemple : Un patient est admis pour une cholécystectomie totale en raison d'une cholécystite chronique. Le médecin note dans le résumé à la sortie que la cholécystite aiguë et chronique sont mentionnées sur le rapport de pathologie.

Code	BDCP	SNISA	Description
K81.0	(M)	PP	Cholécystite aiguë
K81.1	(3)	AP	Cholécystite chronique



Exemple : Un patient est admis à l'hôpital avec un diagnostic d'exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Code	BDCP	SNISA	Description
J44.1	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision

Directive pour la BDCP et le SNISA



Une affection dite récurrente ne doit pas être présumée comme étant chronique. Consultez l'index alphabétique pour obtenir un sous-terme de « récurrent ». Si aucun sous-terme n'existe, classez l'affection sous la catégorie « SAI ».

Exception

Lorsqu'un patient avec un diagnostic d'amygdalite « récurrente » est admis pour subir une amygdalectomie, vous devez sélectionner le code d'amygdalite chronique.

Exemple : Un patient est admis pour une amygdalectomie. Le diagnostic postopératoire inscrit au dossier est « amygdalite récurrente ». Le rapport de pathologie mentionne une amygdalite aiguë et chronique avec fibrose.

Code	BDCP	SNISA	Description
J35.0	(M)	MP	Amygdalite chronique
J03.9	(3)	OP	Amygdalite aiguë, sans précision (facultatif)

Justification : Le patient a été admis pour une amygdalectomie, avec un diagnostic d'amygdalite « récurrente »; un code d'amygdalite chronique est donc attribué. Cette affection répond aux critères de significativité, car il s'agit du motif de l'amygdalectomie. Le code J03.9 *Amygdalite aiguë, sans précision*, facultatif, peut également être attribué en tant que diagnostic de type (3), selon les besoins de l'établissement.

Affections imminentes ou menaçantes

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code à une affection imminente ou menaçante seulement lorsque celle-ci est classée ainsi dans la CIM-10-CA.

Exemple : Le patient souffre d'un ulcère de décubitus de stade 4. Les notes du médecin signalent une « gangrène imminente ».

Code	BDCP	SNISA	Description
L89.3	(M)	PP	Stade IV ulcère de décubitus [pression]

Justification : Dans le cas d'une gangrène imminente de la jambe qui ne s'est pas manifestée pendant l'épisode de soins grâce à un traitement rapide, le codificateur doit chercher une entrée dans l'index telle que « gangrène imminente ». Si un tel terme n'apparaît pas dans l'index, ce cas doit être classé par rapport à l'état précurseur consigné.

BS Exemple : Menace d'avortement.

Code	BDCP	SNISA	Description
O20.003	(M)	PP	Menace d'avortement, troubles ou complications antepartum

Symptômes ou affections sous-jacents¹

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2009, 2012, 2018, 2022

La présente norme de codification a pour objectif d'aider à attribuer un code dans le cas d'un patient qui se présente pour l'investigation d'un signe, d'un symptôme et/ou d'un résultat anormal pour lequel **rien au dossier du patient** n'indique qu'une affection précise est suspectée et qu'elle fait l'objet d'un examen. Lorsque les **renseignements au dossier indiquent** que le patient fait l'objet d'un examen visant à éliminer un diagnostic d'affection suspectée, consultez la norme de codification [Admission pour observation](#).

Reportez-vous également à la norme de codification [Diagnostic non confirmé](#).

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient se présente avec un symptôme ou une affection, et que la maladie ou le trouble sous-jacent est identifié pendant cet épisode de soins, cette maladie ou ce trouble doit être identifié comme étant le diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez un code supplémentaire pour le symptôme ou l'affection, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement.

BS Lorsqu'aucun diagnostic définitif n'a été établi à la fin d'un épisode de soins, codifiez les renseignements qui apportent le plus de précision sur l'affection ayant nécessité des soins ou un examen. Il peut s'agir d'un symptôme, d'un signe ou d'un résultat de test anormal.

S Exemple : Le patient se présente au service d'urgence suite à une convulsion. Il n'y a pas d'antécédents de convulsions au dossier. Une tomodensitométrie révèle une tumeur cérébrale de taille importante. Le patient est alors admis pour subir une biopsie stéréotaxique du cerveau.

Code	SNISA	Description
D43.2	PP	Tumeur de l'encéphale, sans précision, à évolution imprévisible ou inconnue
R56.88	AP	Convulsions, autres et non précisées (facultatif)

3.AN.20.VA Tomodensitométrie, cerveau, sans produit de contraste

Justification : Le patient se présente avec un symptôme (convulsion) et l'affection sous-jacente est décelée. Le degré le plus élevé de spécificité de cette affection est une tumeur cérébrale. Le type de tumeur n'est pas établi.

B Exemple : Le patient dont il est question ci-dessus est admis pour subir une biopsie stéréotaxique du cerveau après que le tomodensitogramme ait révélé une tumeur cérébrale de taille importante. Le médecin indique dans le dossier que le patient « n'a pas d'antécédents de convulsions ». Une biopsie effectuée par trou de trépan révèle une tumeur bénigne. Le patient obtient un rendez-vous pour subir une chirurgie.

Code	BDCP	Description
D33.2	(M)	Tumeur bénigne de l'encéphale, sans précision
R56.88	(3)	Convulsions, autres et non précisées (facultatif)

2.AN.71.SE Biopsie, cerveau, approche par trou de trépan

3.AN.94.ZC Intervention d'imagerie NCA, cerveau, utilisation de la stéréotaxie (sans assistance par ordinateur)



Exemple : Un patient se présente en raison d'une anémie et de diarrhées. Une coloscopie est pratiquée et un polype détecté dans le côlon sigmoïde est excisé. Impression finale : « Polype unique retiré à l'aide d'une anse et envoyé en pathologie ». Les résultats pathologiques confirment un polype hyperplasique.

Code	BDCP	SNISA	Description
K63.5	(M)	PP	Polype du côlon
A09.9	(3)	AP	Gastroentérite et colite d'origine non précisée (facultatif)
D64.9	(3)	AP	Anémie, sans précision (facultatif)

Justification : Le patient se présente avec des symptômes (diarrhées et anémie). Un polype est décelé et excisé. Le diagnostic final inscrit est « polype ». Par conséquent, il convient d'attribuer K63.5 comme diagnostic/problème principal.



Exemple : Le patient se présente en raison d'une dyspepsie et parce qu'il doit subir un examen de suivi pour une diverticulite. Une œsophagogastroduodénoscopie (OGD) et une coloscopie sont pratiquées. Des biopsies sont effectuées dans le duodénum et l'estomac. Des polypes sont excisés du côlon descendant et du rectum. Le rapport de pathologie indique des résultats négatifs pour les biopsies par OGD, un adénome tubuleux dans le colon et un polype inflammatoire dans le rectum. Aucune diverticulite n'est indiquée dans le rapport.

Code	BDCP	SNISA	Description
D12.4	(M)	PP	Tumeur bénigne du côlon descendant
K62.1	(1)	AP	Polype rectal
Z09.9	(3)	AP	Examen de contrôle après traitement non précisé pour d'autres affections
R10.19	(3)	AP	Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen, sans précision (facultatif)

Justification : Le patient se présente avec un symptôme (dyspepsie) et est également admis pour un examen de suivi d'une diverticulite. Un adénome tubuleux et un polype inflammatoire sont décelés et excisés. Puisqu'une intervention thérapeutique est pratiquée, D12.4 est attribué comme diagnostic/problème principal et K62.1 est inscrit comme diagnostic de type (1)/autre problème.

Aucune diverticulite n'est détectée; un code de la catégorie Z09 est donc attribué. Voir aussi la norme de codification [Admission pour examen de contrôle](#).



Exemple : Le patient se présente pour une OGD et une coloscopie visant à déceler la cause d'une anémie par carence en fer. Pendant la coloscopie, des hémorroïdes externes sont observées. L'OGD permet de conclure que tout est normal. L'impression finale inscrite au dossier est la suivante : « Aucune cause n'explique l'anémie. Le patient est orienté vers son médecin de famille pour la planification d'examens plus approfondis. »

Code	BDCP	SNISA	Description
D50.9	(M)	PP	Anémie par carence en fer, sans précision
K64.8	(3)	AP	Autres hémorroïdes précisées (facultatif)

Justification : Le patient se présente avec un signe (anémie par carence en fer) pour subir un examen. Aucune affection sous-jacente n'est détectée. Le degré le plus élevé de spécificité pour ce cas est l'anémie. Par conséquent, un code d'anémie (signe) est attribué comme diagnostic/problème principal. Les hémorroïdes externes ont été observées pendant l'examen et représentent une découverte fortuite, pour laquelle l'attribution d'un code est facultative.



Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence avec une douleur abdominale à la fosse iliaque droite. Après des examens approfondis, le médecin indique que le kyste sur l'ovaire et l'appendicite sont exclus. La patiente obtient son congé et on lui demande de prendre rendez-vous avec son médecin de famille pour un suivi. Le diagnostic final indiqué par son médecin est « douleur dans la partie inférieure droite de l'abdomen ».

Code	SNISA	Description
R10.30	PP	Douleur localisée au quadrant inférieur droit

Justification : Le patient se présente avec un symptôme (douleur à la fosse iliaque droite). Aucune affection sous-jacente n'est détectée. Le degré le plus élevé de spécificité connu à la fin de l'épisode de soins est la douleur à la fosse iliaque droite. Par conséquent, un code pour la douleur à la fosse iliaque droite (symptôme) est attribué comme problème principal.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient se présente avec une manifestation de maladie ou de trouble sous-jacent connu au moment de l'admission et que seule la manifestation est traitée, cette dernière doit être indiquée comme diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement.

Exception

Il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent comme diagnostic de type (3)/autre problème, lorsque ce code est dit obligatoire ailleurs dans les normes de codification.

Reportez-vous par exemple aux normes de codification [Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée](#), [Complications d'une maladie maligne](#) et [Fractures](#).

BS Exemple : Un patient de 45 ans se présente avec une angine de poitrine instable. Il a une athérosclérose coronarienne connue au moment de l'admission. Au cours du séjour, le traitement des symptômes est axé uniquement sur l'angine de poitrine instable. Le patient doit voir son médecin pour parler des possibilités d'intervention chirurgicale.

Code	BDCP	SNISA	Description
I20.0	(M)	PP	Angine de poitrine instable
I25.19	(3)	AP	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon (facultatif)

B Exemple : Une patiente atteinte d'un cancer du côlon à un stade avancé est admise avec une occlusion intestinale; une entéro-entérostomie est pratiquée.

Code	BDCP	Description
K56.6	(M)	Occlusions intestinales, autres et sans précision
C18.9	(3)	Tumeur maligne du côlon, sans précision (obligatoire)

Reportez-vous également à la norme de codification [Complications d'une maladie maligne](#).

Diagnostic non confirmé

En vigueur en 2018

La présente norme de codification fournit des directives pour l'attribution des codes lorsque le diagnostic final est consigné au dossier au moyen de termes exprimant une incertitude. L'attribution d'un code pour un diagnostic non confirmé est déterminée par la façon dont le médecin ou le dispensateur de soins primaires a consigné ses conclusions au dossier. Le code attribué sera basé sur les éléments qui apportent le plus de précisions et de renseignements.

Un diagnostic est non confirmé lorsque le diagnostic final consigné au dossier par le médecin présente un certain degré d'incertitude. Cela comprend des termes comme « possible », « suspecté », « discutable », « à écarter », « incertain », « probable », « susceptible », un point d'interrogation (?) ou « présumé ». Si plus d'une possibilité est indiquée au dossier, des termes servant à exprimer un choix (p. ex. « versus ») pourraient être utilisés. Il est à noter que d'autres termes que ceux présentés ici pourraient être utilisés pour un diagnostic non confirmé.

Reportez-vous également aux normes de codification [Admission pour observation](#) et [Symptômes ou affections sous-jacents](#), et à l'[Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies \(COVID-19\)](#).

Diagnostic non confirmé

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un **seul diagnostic non confirmé** est consigné comme diagnostic final et qu'aucune autre information ou précision n'est indiquée, attribuez un code pour le diagnostic non confirmé comme s'il était établi.

- Dans de telles circonstances, attribuez le préfixe « Q ».



Lorsque **deux diagnostics non confirmés (ou plus)** sont consignés comme diagnostics finaux et qu'aucune autre information ou précision n'est indiquée, utilisez le premier diagnostic non confirmé indiqué dans le dossier comme diagnostic principal/problème principal. L'attribution d'un code pour le diagnostic non confirmé supplémentaire est **facultative**. Si un code est attribué, il s'agit d'un diagnostic de type (3)/AP et le préfixe (Q) doit obligatoirement être utilisé.

- Dans de telles circonstances, attribuez le préfixe « Q ».



Lorsque deux diagnostics (ou plus) qui font partie d'un code de combinaison et/ou d'un groupe de codes de la CIM-10-CA sont consignés comme diagnostic final et que **l'un des diagnostics est non confirmé**, attribuez le code de combinaison correspondant et/ou le groupe de codes comme si chacun des diagnostics avait été établi.

- Dans de telles circonstances, attribuez le préfixe « Q » au code de combinaison et/ou au groupe de codes, s'il y a lieu.

Exception

Septicémie néonatale. Reportez-vous également à la norme de codification [Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né](#).

Remarque

Le préfixe Q est utilisé lorsque le dispensateur de soins de santé a indiqué dans le dossier que le diagnostic est incertain et **non** lorsque le codificateur est incertain du diagnostic.

Remarque

Le préfixe Q sert à désigner un diagnostic non confirmé et doit être utilisé avec un code de diagnostic seulement; il n'est pas utilisé avec les codes de causes externes. Reportez-vous au champ 01 du groupe 10 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et à l'élément de données 43 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

Remarque

Les préfixes 5 et 6 ont priorité sur le préfixe Q. Reportez-vous également à la norme de codification [Définition des types de diagnostics selon la BDCP](#).



Exemple : Le diagnostic final indiqué par le médecin est « ulcère digestif possible ».

Code	BDCP	SNISA	Description
(Q) K27.9	(M)	PP	Ulcère digestif, non précisé comme étant aigu ou chronique, sans hémorragie ni perforation

Justification : Le médecin a indiqué que le diagnostic final n'est pas confirmé. Ce diagnostic non confirmé est celui qui apporte le plus de renseignements. Le code est donc attribué comme si le diagnostic avait été établi et le préfixe Q est utilisé.

BS Exemple : Une jeune femme souffre de douleur abdominale intense. Le diagnostic final indiqué dans le dossier est « dysménorrhée? » et « constipation? ».

Code	BDCP	SNISA	Description
(Q) N94.6	(M)	PP	Dysménorrhée, sans précision
(Q) K59.0	(3)	AP	Constipation (facultatif)

Justification : Deux diagnostics non confirmés sont indiqués comme diagnostic final. Ces diagnostics non confirmés sont ceux qui apportent le plus de renseignements. La dysménorrhée est indiquée comme diagnostic principal/problème principal puisqu'elle est le premier diagnostic non confirmé indiqué et qu'il n'y a aucune autre information ou précision. Le préfix Q est utilisé.

S Exemple : La patiente subit des examens pour des picotements et des engourdissements dans la main droite. Le diagnostic final indiqué par le médecin est « syndrome possible du canal carpien ». Il est également indiqué dans le dossier que la patiente souffre de diabète sucré de type 1.

Code	SNISA	Description
(Q) E10.40†	PP	Diabète sucré de type 1 avec mononévrite
(Q) G59.0*	AP	Mononévrite diabétique

Justification : Le syndrome du canal carpien n'est pas confirmé. Ce diagnostic non confirmé est celui qui apporte le plus de renseignements. Le diabète sucré accompagné du syndrome du canal carpien est classé à l'aide de deux codes : un code de combinaison pour le diabète sucré avec mononévrite et un code distinct pour le syndrome du canal carpien. Le code de combinaison et le code pour le syndrome du canal carpien sont attribués comme si le diagnostic avait été établi. Le préfixe Q est utilisé pour les deux codes E10.40 et G59.0 (le groupe de codes qui comprend le code de combinaison), puisqu'ils incluent tous deux le diagnostic non confirmé.

BS Exemple : Le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin est « pneumonie présumée ». MPOC est également indiquée dans le dossier.

Code	BDCP	SNISA	Description
(Q) J44.0	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
(Q) J18.9	(1)	AP	Pneumonie, sans précision

Justification : L'infection aiguë des voies respiratoires inférieures (pneumonie) n'est pas confirmée. Ce diagnostic non confirmé est celui qui apporte le plus de renseignements. La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) avec pneumonie est classée à l'aide de deux codes : un code de combinaison pour la MPOC avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures et un code distinct pour la pneumonie. Le code de combinaison et le code de la pneumonie sont attribués comme si le diagnostic de pneumonie avait été établi. Le préfixe Q est utilisé pour les deux codes J44.0 et J18.9 (le groupe de codes qui comprend le code de combinaison), puisque les deux comprennent le diagnostic non confirmé.

BS Exemple : Le dossier du patient fait mention de diabète de type 2. Le diagnostic final indiqué est « acidose lactique possible ».

Code	BDCP	SNISA	Description
(Q) E11.11	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec acidose lactique

Justification : L'acidose lactique n'est pas confirmée. Ce diagnostic non confirmé est celui qui apporte le plus de renseignements. Le diabète avec acidose lactique est classé au moyen d'un code de combinaison. Le code de combinaison est attribué comme si le diagnostic d'acidose lactique avait été établi. Le préfixe Q est utilisé puisque le code de combinaison comprend le diagnostic non confirmé.

Diagnostic confirmé avec spécificité non confirmée

Le médecin ou le dispensateur de soins primaires peut avoir établi un diagnostic particulier pour un patient, mais peut avoir indiqué une incertitude au sujet de certains aspects du diagnostic. À titre d'exemple, il pourrait indiquer dans le dossier que la cause sous-jacente ou le type ou le sous-type de l'affection est discutable.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le **diagnostic confirmé** est indiqué comme diagnostic final avec **spécificité non confirmée**, attribuez seulement le code sans précision au diagnostic.

Remarque

N'attribuez **pas** de code supplémentaire pour indiquer la spécificité non confirmée. N'attribuez **pas** le préfixe Q.

La sélection du code non précisé pour le diagnostic dépend des caractéristiques du diagnostic qui sont incertaines et de la structure de la CIM-10-CA. Parfois, le code non précisé est parfois sélectionné en fonction de la catégorie et parfois, en fonction du bloc ou du chapitre.

Catégorie

BS **Exemple** : Le diagnostic final indiqué par le médecin est « angine? Prinzmetal ».

Code	BDCP	SNISA	Description
I20.9	(M)	PP	Angine de poitrine, sans précision

Justification : Le degré le plus élevé de spécificité est l'angine. Le type est incertain. L'angine Prinzmetal (I20.1) et l'angine, sans précision (I20.9) sont classées dans la même catégorie (I20 *Angine de poitrine*). Le code pour l'angine sans précision de cette catégorie est donc attribué.

BS **Exemple** : Le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin est « infarctus des artères cérébrales moyennes, probablement cardio-embolique ».

Code	BDCP	SNISA	Description
I63.5	(M)	PP	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé

Justification : Le degré le plus élevé de spécificité est l'infarctus cérébral. La cause est incertaine. L'infarctus cardio-embolique des artères cérébrales moyennes (I63.4) et l'infarctus des artères cérébrales moyennes sans précision (I63.5) entrent dans la même catégorie (I63 *Infarctus cérébral*). Le code désignant l'infarctus des artères cérébrales moyennes sans précision est attribué.

Bloc

BS Exemple : Le diagnostic final indiqué par le médecin est « anémie par carence en fer ou anémie par carence en vitamine B12 ».

Code	BDCP	SNISA	Description
D53.9	(M)	PP	Anémie nutritionnelle, sans précision

Justification : Le degré le plus élevé de spécificité est l'anémie. Le type d'anémie est incertain. L'anémie par carence en fer est classée à D50.9 et l'anémie par carence en vitamine B12 est classée à D51.9. Ces codes appartiennent à des catégories différentes, mais appartiennent au même bloc : *Anémies nutritionnelles* (D50-D53). Le code pour l'anémie nutritionnelle sans précision est attribué.

Chapitre

BS Exemple : Une patiente se présente en raison d'une anémie dont la cause est inconnue. Elle souffre d'une détérioration de la fonction rénale et d'une gastrite, laquelle pourrait aussi être la cause de l'anémie. Le diagnostic final est « anémie, pas encore déterminée, possiblement attribuable à la maladie rénale chronique, possiblement attribuable à un saignement chronique en raison d'une gastrite ».

Code	BDCP	SNISA	Description
D64.9	(M)	PP	Anémie, sans précision

Justification : Le degré le plus élevé de spécificité est l'anémie. La cause est incertaine. L'anémie attribuable à la maladie rénale chronique est classée à D63.8 et l'anémie attribuable à une hémorragie chronique est classée à D50.0. Ces codes proviennent de différents blocs du chapitre III — Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89). Le code de ce chapitre pour l'anémie sans précision est attribué.

Signe, symptôme, résultat anormal avec diagnostic non confirmé

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un signe, un symptôme ou un résultat anormal et un **diagnostic non confirmé** sont consignés au dossier comme diagnostic final et qu'aucune autre information ou précision n'est indiquée, attribuez le code correspondant au signe, au symptôme ou au résultat anormal. L'attribution d'un code pour le diagnostic non confirmé est **facultative**. Si un code est attribué, il s'agit d'un diagnostic de type (3)/AP et le préfixe Q doit obligatoirement être utilisé.

BS Exemple : Le diagnostic final inscrit au dossier est « douleur abdominale inférieure droite. Diagnostic possible appendicite aiguë ».

Code	BDCP	SNISA	Description
R10.30	(M)	PP	Douleur localisée au quadrant inférieur droit
(Q) K35.8	(3)	AP	Appendicite aiguë, autre et sans précision (facultatif)

Justification : Le diagnostic final indiqué par le médecin est un symptôme suivi d'un diagnostic non confirmé. Le code pour le symptôme est attribué puisque celui-ci apporte le plus de renseignements.

BS Exemple : Une jeune femme se présente avec une douleur abdominale aiguë et des nausées. Le diagnostic final indiqué est « douleur abdominale aiguë et nausées; diagnostics possibles dysménorrhée, constipation ».

Code	BDCP	SNISA	Description
R10.0	(M)	PP	Syndrome abdominal aigu
R11.1	(1)	AP	Nausées seules
(Q) N94.6	(3)	AP	Dysménorrhée, sans précision (facultatif)
(Q) K59.0	(3)	AP	Constipation (facultatif)

Justification : Le diagnostic final indiqué par le dispensateur de soins de santé comprend des symptômes multiples accompagnés de diagnostics non confirmés. Les codes pour les symptômes sont utilisés puisque ceux-ci apportent le plus de renseignements.

S Exemple : Un patient se rend dans une clinique pour l'examen d'une lésion suspecte au poumon gauche observée sur une radiographie thoracique. Après une évaluation complète des antécédents médicaux du patient et un examen physique, le médecin envoie le patient subir une bronchoscopie. Le diagnostic final inscrit au dossier est « radiographie thoracique anormale; cancer du poumon? ».

Code	SNISA	Description
R91	PP	Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du poumon
(Q) C34.91	AP	Tumeur maligne des bronches ou du poumon gauches, sans précision (facultatif)

Justification : Le diagnostic final indiqué par le dispensateur de soins de santé correspond à des résultats anormaux accompagnés d'un diagnostic non confirmé. Le code pour les résultats anormaux (résultats de test anormaux) est attribué puisque ceux-ci apportent le plus de renseignements.

Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2009, 2018

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'il y a la mention « utiliser un code supplémentaire » dans la CIM-10-CA, il est obligatoire de suivre cette directive et d'ajouter un code.

BS Lorsqu'il y a la mention « coder séparément » dans la CIM-10-CA, il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire lorsque l'état satisfait aux critères de significativité

Reportez-vous également aux normes de codification [Définition des types de diagnostic selon la BDCP](#), [Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA](#) et [Convention d'utilisation de la daque et de l'astérisque](#).

Exception

La directive « Utiliser un code supplémentaire (B95-B98) pour identifier l'agent infectieux » est facultative lorsqu'il ne s'agit pas d'un organisme résistant aux médicaments qui doit obligatoirement être codifié. Reportez-vous également à la norme de codification [Micro-organismes résistants aux médicaments](#).

BS Exemple : Un patient est admis pour investigation suite à des résultats d'examens hématologiques anormaux. Il a été déterminé qu'il souffre d'aplasie médullaire suite à une exposition professionnelle à des pesticides à la ferme laitière où il travaille.

Code	BDCP	SNISA	Description
D61.2	(M)	PP	Anémie aplasique (aplasie médullaire) due à d'autres agents externes
X48	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des pesticides et exposition à ces produits
U98.7	(9)	AP	Lieu de l'événement, exploitation agricole

Justification : Suivez l'instruction « Utiliser un code supplémentaire » pour identifier le code de cause externe.

BS Exemple : Un patient de 70 ans reçoit le diagnostic d'épididymite due à la bactérie E. coli.

Code	BDCP	SNISA	Description
N45.90	(M)	PP	Épididymite
B96.2	(3)	AP	Escherichia coli [E. coli], cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)

Justification : L'attribution de codes des catégories B95 à B98 est facultative, sauf si l'infection est due à l'un des micro-organismes résistants aux médicaments qui doivent obligatoirement être codifiés.

BS Exemple : Un patient âgé de 54 ans est admis pour subir une vitrectomie en raison d'une hémorragie du corps vitré. Selon les notes du médecin, le patient est atteint de diabète sucré de type 2 depuis de nombreuses années, maladie bien contrôlée.

Code	BDCP	SNISA	Description
H43.1	(M)	PP	Hémorragie du corps vitré
E11.33†	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec autre rétinopathie
H36.0*	(3)	AP	Rétinopathie diabétique

Justification : Dans le présent exemple, l'hémorragie du corps vitré satisfait aux critères de significativité; par conséquent, la directive « coder séparément » est suivie en attribuant E11.33†.



Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence avec de la toux et de la fièvre. Elle est admise pour le traitement d'une pneumonie. Elle souffre de diabète sucré de type 2 depuis des années. Elle souffre également de coronaropathie et elle a fait un infarctus du myocarde il y a trois ans.

Code	BDCP	SNISA	Description
J18.9	(M)	PP	Pneumonie, sans précision
E11.52	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec certaines complications vasculaires

Justification : Étant donné que ni la coronaropathie ni les antécédents d'infarctus du myocarde ne satisfont aux critères de significativité durant cette visite, il n'est pas obligatoire de suivre la directive « coder séparément ».

Séquelles

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2012

Les « séquelles » (ou les effets tardifs) d'une maladie correspondent à une affection actuelle pour laquelle le patient est examiné ou traité et qui a été causée par une affection antérieure résultant d'une blessure ou d'une lésion. Il n'existe aucun intervalle universel de temps selon lequel une affection peut être considérée comme une séquelle. L'affection résiduelle (les séquelles) peut apparaître tôt dans le processus, comme les déficits neurologiques qui suivent un infarctus cérébral⁴. Une cicatrice est la séquelle d'une brûlure au troisième degré qui se développe longtemps après l'incident même.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient se présente avec une séquelle d'une affection précédemment traitée, codifiez l'affection pour laquelle le patient est examiné ou traité avec un type de diagnostic significatif.

- Inscrivez des codes des catégories intitulées « Séquelles de... » (B90-B94, E64, E68, G09, I69, O94, O97, T90-T98), facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de définir le problème actuel comme une séquelle.

BS Exemple : Inégalité de la longueur des jambes (acquise). Séquelles de la poliomyélite.

Code	BDCP	SNISA	Description
M21.7	(M)	PP	Inégalité des membres (acquise)
B91	(3)	AP	Séquelles de poliomyélite (facultatif)

BS Exemple : Arthrose de l'articulation de la hanche due à une ancienne fracture de la hanche lors d'un accident de la route il y a 20 ans.

Code	BDCP	SNISA	Description
M16.5	(M)	PP	Autre coxarthrose post-traumatique
T93.1	(3)	AP	Séquelles d'une fracture du fémur (facultatif)
Y85.0	(9)	AP	Séquelles d'un accident de véhicule à moteur (facultatif)

BS Exemple : Un patient est admis pour libération de rétraction cutanée et fibrose, ancienne brûlure de la main (due à une éclaboussure d'huile bouillante il y a deux ans).

Code	BDCP	SNISA	Description
L90.5	(M)	PP	Cicatrices et fibrose cutanées
T95.2	(3)	AP	Séquelles de brûlure, corrosion et gelure du membre supérieur (facultatif)
Y86	(9)	AP	Séquelles d'autres accidents (facultatif)

BS Exemple : Un patient se présente avec une douleur à l'articulation du genou liée à une lésion ancienne.

Code	BDCP	SNISA	Description
M25.56	(M)	PP	Douleur articulaire, partie inférieure de la jambe
T93.9	(3)	AP	Séquelles de lésion traumatique du membre inférieur, sans précision (facultatif)
Y89.9	(9)	AP	Séquelles de cause externe, sans précision (facultatif)

Remarque

Les codificateurs sont invités à lire et à mettre en application toutes les notes figurant aux titres des catégories et aux titres des blocs, car elles contiennent des indications sur les intervalles de temps, c.-à-d. I69, O97 et T90 à T98.

Reportez-vous également à la norme de codification [Lésions traumatiques récentes versus anciennes](#).

Admissions via le service d'urgence

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2007

Les patients sont souvent transférés d'un service à l'autre au cours du traitement de leur affection. Un traitement initié au service d'urgence peut se terminer en milieu hospitalier.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Sélectionnez le ou les diagnostics pour chaque niveau de soins (p. ex. soins ambulatoires, soins de courte durée aux patients hospitalisés) pour refléter de manière précise les circonstances du traitement dispensé pendant l'épisode de soins.



Exemple : Un homme de 87 ans est examiné au service d'urgence pour une côte fracturée. Il a glissé et est tombé à l'épicerie ce matin.

Code	SNISA	Description
S22.300	PP	Fracture fermée d'une côte
W01	AP	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux pas et trébuchement
U98.5	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services



Exemple : Le patient cité dans l'exemple ci-haut est subséquemment admis à partir du service d'urgence pour la nuit parce qu'il vit seul. Le lendemain matin, il a obtenu son congé. Sa fille s'occupera de lui.

Code	BDCP	Description
Z60.2	(M)	Habiter seul
S22.300	(3)	Fracture fermée d'une côte
W01	(9)	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux pas et trébuchement
U98.5	(9)	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient est hospitalisé pour poursuivre un traitement débuté au service d'urgence, attribuez le diagnostic principal en fonction des définitions des types de diagnostic. Reportez-vous également à la norme de codification [Définitions des types de diagnostic selon la BDCP](#).

- Si le traitement définitif d'une lésion traumatique ou d'une affection se produit au service d'urgence, et que la raison pour laquelle le patient a ensuite été admis n'est pas indiquée, présumez que cette admission visait à continuer le traitement de l'affection présente.



Exemple : Un patient présentant une coronaropathie connue est amené au service d'urgence pour une douleur thoracique. Un ECG démontre une élévation du segment ST. À la suite de ce résultat, le patient reçoit un traitement thrombolytique. Le diagnostic au service d'urgence est STEMI.

Code	SNISA	Description
R94.30	PP	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

1.ZZ.35.HA-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un agent thrombolytique



Exemple : Le patient cité dans l'exemple ci-haut est subséquemment admis à partir du service d'urgence pour obtenir des soins et un traitement continu. Le diagnostic final apparaissant au dossier du patient est infarctus du myocarde évité.

Code	BDCP	Description
I24.0	(M)	Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

1.ZZ.35.HA-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un agent thrombolytique

Justification : Grâce à l'administration d'agents thrombolytiques, il a été possible d'éviter un infarctus du myocarde. Puisque l'ECG indiquait une surélévation du segment ST, attribuez R94.30 sur l'abrégé du patient à titre de diagnostic de type (3).



Exemple : Un enfant de quatre ans est amené au service d'urgence avec une luxation antérieure de l'épaule après être tombé d'un portique d'escalade à la garderie. Le patient est admis à la suite d'une réduction fermée effectuée au service d'urgence. L'enfant reçoit son congé et quitte en compagnie de sa mère le lendemain matin.

Code	BDCP	SNISA	Description
S43.000	(M)	PP	Luxation antérieure de l'épaule, fermée
W09.08	(9)	AP	Chute impliquant autre agrès équipant un terrain de jeux
U98.28	(9)	AP	Lieu de l'événement, école et autres institutions et lieux publics

Interventions annulées

En vigueur depuis 2001, modifiée en 2007, 2008, 2009, 2012, 2015, 2018

Les interventions chirurgicales prévues ou planifiées doivent parfois être annulées en raison d'un manque de personnel, d'une intervention urgente prioritaire ou d'une contre-indication, des symptômes pseudo-grippaux par exemple.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une intervention prévue ou planifiée est annulée, attribuez un code de la catégorie Z53 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués*, obligatoire.

BS Lorsqu'une intervention prévue ou planifiée est annulée pour des raisons administratives, attribuez Z53.8 *Acte non effectué pour d'autres raisons* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Lorsqu'une intervention prévue ou planifiée est annulée en raison d'une contre-indication et que le patient obtient son congé sans avoir été traité pour cette contre-indication, attribuez Z53.0 *Acte non effectué en raison de contre-indication* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Lorsqu'une intervention prévue ou planifiée est annulée en raison d'une contre-indication et que le patient reçoit un traitement pour cette contre-indication, attribuez

- la contre-indication à titre de diagnostic principal/problème principal;
- Z53.0 *Acte non effectué en raison de contre-indication* à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire.

Directive pour la BDCP seulement

B Dans le cas d'une admission pour hospitalisation, lorsque la contre-indication correspond à la définition d'une comorbidité après l'admission, codifiez la contre-indication à titre de problème principal et de diagnostic de type (2).

Remarque

Il est facultatif d'inscrire « CANCELLED » dans le champ de l'intervention de l'abrégié lorsqu'un patient se présente à une unité de chirurgie d'un jour, à une clinique ou à un service d'urgence en vue d'une intervention prévue ou planifiée qui n'a pas lieu. Vérifiez auprès de votre ministère provincial ou territorial de la Santé pour savoir s'il existe des politiques applicables à la codification des cas d'interventions annulées soumis à la BDCP ou au SNISA.

Remarque

Il n'y a pas d'attribut de situation dans la CCI pour désigner une intervention annulée et il est erroné de codifier ces cas sous l'intervention prévue avec l'attribut de situation « A ».

Remarque

Pour plus de renseignements sur les interventions annulées, reportez-vous au champ 02 du groupe 11 du Manuel de saisie de l'information de la BDCP et aux éléments de données 35, 46 et 47 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions abandonnées](#).



Exemple : Un patient se présente pour subir une coronarographie prévue. L'intervention est annulée en raison du manque de personnel (tempête de neige).

Code	BDCP	SNISA	Description
Z53.8	(M)	PP	Acte non effectué pour d'autres raisons



Exemple : Une patiente atteinte d'un cancer du sein se présente pour une chimiothérapie prévue. Les résultats de ses examens hématologiques indiquent une neutropénie. La séance de chimiothérapie est annulée et la patiente obtient son congé sans être traitée pour la neutropénie.

Code	SNISA	Description
Z53.0	PP	Acte non effectué en raison de contre-indication



Exemple : Un patient est admis en soins de courte durée pour un remplacement de la hanche non urgent, car il souffre d'arthrose (coxarthrose). Avant la chirurgie, le patient ressent une douleur thoracique aiguë. Un cardiologue est appelé en consultation pour examiner le patient et un diagnostic de STEMI est inscrit au dossier. Le patient est transféré à l'unité des soins coronariens pour recevoir un traitement thrombolytique. La chirurgie non urgente est annulée, et le patient demeure à l'hôpital pour le traitement de l'infarctus du myocarde. Le diagnostic final est un infarctus aigu du myocarde de la paroi antérieure.

Code	BDCP	Description
I21.0	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure
I21.0	(2)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
Z53.0	(3)	Acte non effectué en raison de contre-indication

Justification : L'intervention prévue (remplacement de la hanche) est annulée, car le patient souffre d'un infarctus du myocarde (contre-indication). L'infarctus du myocarde est traité, par conséquent, il est inscrit à titre de diagnostic principal et de diagnostic de type (2). Z53.0 est obligatoire à titre de diagnostic de type (3).



Exemple : Une patiente souffrant d'un cancer du sein se présente à l'hôpital pour une chimiothérapie prévue. Les résultats de ses examens hématologiques indiquent une neutropénie. La séance de chimiothérapie est annulée et une transfusion de globules rouges est amorcée pour traiter la neutropénie.

Code	SNISA	Description
D70.0	PP	Neutropénie
Z53.0	AP	Acte non effectué en raison de contre-indication

Justification : L'intervention prévue (chimiothérapie) est annulée en raison d'une neutropénie (contre-indication). La neutropénie est traitée; par conséquent, celle-ci correspond au problème principal. Z53.0 est obligatoire à titre d'autre problème

Références

1. Organisation mondiale de la santé. [*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2, 2nd Edition*](#). 2004.
2. Organisation mondiale de la santé. [*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2, 2nd Edition*](#). 2004.
3. Organisation mondiale de la santé. [*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2, 2nd Edition*](#). 2004.
4. National Centre for Classification in Health. *Australian Coding Standards for the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification (ICD-10-AM) and the Australian Classification of Health Interventions (ACHI), 6th Edition*. 2008.

Normes de codification générales de la CCI



Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires (urgence, clinique et visites en chirurgie d'un jour)

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2012, modifié en 2015, 2018, 2022

Cette norme de codification s'applique aux cas de chirurgie d'un jour soumis à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et à tous les cas soumis au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). L'icône de la BDGP et du SNISA  fait référence aux cas ambulatoires soumis à la BDGP et au SNISA.

Les codes de toutes les sections de la CCI peuvent s'appliquer dans un milieu de soins ambulatoires.

Les actions accomplies pendant un épisode de soins ne nécessitent pas toutes l'attribution d'un code (reportez-vous à la norme de codification [Codes multiples dans la CCI](#)). **Cette norme détermine les exigences minimales** relatives aux données sur les soins ambulatoires soumises à la BDGP et au SNISA; cependant, les normes provinciales, territoriales et locales peuvent indiquer des exigences supplémentaires.

De plus, certaines interventions pouvant ne pas correspondre aux critères relatifs à la salle d'opération, à l'anesthésie ou à l'approche opératoire doivent également être saisies. Une liste de ces interventions est présentée dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires.

Visites à la clinique

Les visites à la clinique peuvent comprendre l'audiologie, la diététique, l'obstétrique, la santé mentale, l'ergothérapie, la physiothérapie, la thérapie par les loisirs, l'inhalothérapie, l'orthophonie et le travail social.

Directive pour le SNISA seulement



Attribuez un code de toute section de la CCI pour chaque intervention pratiquée au cours d'une visite à la clinique.

Toute autre visite aux soins ambulatoires

Les autres visites aux soins ambulatoires comprennent les visites à l'urgence et les chirurgies d'un jour planifiées ou non.

Toute section de la CCI

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de toute section de la CCI pour les interventions qui répondent à au moins un des critères suivants :

- elles sont indiquées comme obligatoires ailleurs dans ces normes; ou
- elles figurent dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires.

Remarque

Lorsque vous mettez en pratique les directives ci-dessous, référez-vous à l'annexe A — Structure du code de la CCI — Qualificateur 1 — Section — approche/technique de la CCI, au besoin, pour plus de détails sur les approches opératoires.

Section 1

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code pour les interventions classées à la section 1 de la CCI qui répondent à au moins un des critères suivants :

- un numéro d'intervention générique égal ou supérieur à 50 (à l'exclusion des interventions de cathétérisme par voie naturelle pour le drainage de la vessie et l'insertion d'un tube intraveineux par approche percutanée);
- réalisées dans une salle d'opération ou d'intervention (p. ex. salle d'endoscopie ou salle de cathétérisme cardiaque);
- réalisées sous anesthésie (toute anesthésie, y compris locale); et/ou
- réalisées selon l'une des approches suivantes :
 - ouverte;
 - endoscopique; ou
 - transluminale percutanée (artérielle).

Section 2

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code pour les interventions classées à la section 2 de la CCI qui répondent à au moins un des critères suivants :

- une inspection qui constitue la seule intervention réalisée sur un site anatomique donné selon une des approches suivantes :
 - ouverte;
 - endoscopique; ou
 - transluminale percutanée (artérielle);
- une biopsie qui constitue la seule intervention réalisée sur un site anatomique donné; et/ou
- la seule intervention réalisée sous anesthésie (toute anesthésie, y compris locale).

Section 3

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code pour les interventions classées à la section 3.

Exception

Il est facultatif d'attribuer un code pour l'utilisation d'un microscope opératoire, soit 3.^.^94.ZA *Intervention d'imagerie NCA, utilisation d'un microscope*.

Remarque

Conformément à la directive de la CCI, 3.^.^12.^.^ *Radioscopie (fluoroscopie)* excluent les radiographies (consulter 3.^.^10.^.^ *Radiographie*); lorsqu'une fluoroscopie est pratiquée au cours du même épisode d'intervention qu'une radiographie, attribuez un code de la rubrique 3.^.^10.^.^ *Radiographie* seulement.

Section 5

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code pour les interventions classées dans la section 5 de la CCI, avec un numéro d'intervention générique de 40 ou plus.

Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires

Code de la CCI	Intervention
1.ZX.07.KS-KK	Hyperthermie, sites multiples, utilisation d'un dispositif de réchauffement par circulation extracorporelle
1.AN.09.^	Stimulation, cerveau
1.HZ.09.^	Stimulation, cœur NCA
1.ET.13.CA-HB	Contrôle d'une hémorragie, nez, approche par voie naturelle et dispositif de diathermie ou dispositif thermique
1.ET.13.CA-GX	Contrôle d'une hémorragie, nez, approche par voie naturelle et électrocautère
1.FJ.13.JA-GX	Contrôle d'une hémorragie, langue, utilisation d'un électrocautère
1.FR.13.JA-GX	Contrôle d'une hémorragie, amygdales et végétations adénoïdes, utilisation d'un électrocautère
1.FX.13.JA-GX	Contrôle d'une hémorragie, oropharynx, utilisation d'un électrocautère
1.LZ.19.HH-U7-^	Transfusion, appareil circulatoire NCA, cellules souches
1.LZ.19.HH-U8-^	Transfusion, appareil circulatoire NCA, cellules souches du sang de cordon
1.LZ.20.^	Hémaphérèse, appareil circulatoire NCA
1.^.^21.^	Dialyse, tout site
1.^.^26.^	Brachythérapie, tout site
1.^.^27.^	Rayonnements, tout site
1.GZ.30.JH	Réanimation, appareil respiratoire NCA, technique manuelle externe par compression
1.HZ.30.JN	Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante
1.GZ.31.^	Ventilation, système respiratoire NCA (excluant la ventilation non invasive effectuée avec la réanimation cardiorespiratoire [RCR])
1.^.^35.H2-^	Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'un ballonnet à élution de médicaments
1.^.^35.HZ-^	Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'une endoprothèse à élution de médicaments ou d'un dispositif implanté
1.^.^35.^-1C	Toute perfusion/injection d'un agent thrombolytique
1.^.^35.^-M^	Pharmacothérapie utilisation d'agents anticancéreux et immunomodulateurs
1.NF.35.^	Pharmacothérapie (locale), estomac (comprend lavage gastrique)
1.OT.35.^	Pharmacothérapie (locale), cavité abdominale

Code de la CCI	Intervention
1.ZZ.35.^	Pharmacothérapie, corps entier — obligatoire uniquement dans certaines circonstances ; reportez-vous aux normes de codification Aide médicale à mourir et Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie
1.HZ.37.JA-NN	Installation d'un appareil externe, cœur NCA, stimulateur cardiaque/pacemaker cardiaque (externe) temporaire
2.ZZ.02.PM	Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir
2.HZ.08.^	Test, cœur NCA
2.AX.13.^	Prélèvement d'échantillons biologiques (à des fins diagnostiques), canal rachidien et méninges
2.AN.24.^	Mesure électrophysiologique, cerveau
2.CZ.24.^	Mesure électrophysiologique, œil NCA
2.HZ.24.GP.^	Mesure électrophysiologique, cœur NCA, insertion transluminale percutanée [cathétérisme cardiaque]
2.CZ.25.^	Mesure du potentiel (évoqué), œil NCA
2.CZ.28.^	Mesure de la pression, œil NCA, lorsqu'il s'agit de la seule intervention pratiquée lors d'un même épisode d'intervention
2.NM.28.CA-PL	Mesure de la pression, gros intestin, approche par voie naturelle avec dispositif de mesure de la pression
2.HZ.29.GP-TS	Autres mesures NCA, cœur NCA, approche transluminale percutanée et sonde à ballonnet
2.IJ.57.GQ	Étude du débit, artères coronaires, approche transluminale percutanée artérielle
2.CZ.58.^	Étude de fonction, œil NCA
2.RF.58.LA-Z9	Étude de fonction, trompe de Fallope, approche ouverte et utilisation d'un agent NCA
2.AN.59.^	Autre étude, cerveau
2.M^.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), tout site, avec l'attribut d'étendue « SN » (ganglion[s] sentinelle[s])
5.AB.02.^	Amniocentèse
5.AB.03.^	Examens d'ultrasonographie obstétricale
5.AB.04.^	Examens Doppler obstétricaux
5.AB.05.^	Autre examen antepartum d'imagerie diagnostique
5.AB.09.^	Interventions diagnostiques antepartum, biopsie
5.CA.20.^	Pharmacothérapie (en préparation pour), interruption de grossesse
5.CA.24.^	Préparation par dilatation du col, (pour) interruption de grossesse

Code de la CCI	Intervention
5.AC.24.CK-BD	Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une sonde à ballonnet par voie naturelle (mûrissement, maturation)
5.AC.24.CK-W6	Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une tige laminaire par voie naturelle
5.LD.25.^^	Retrait d'un appareil, col de l'utérus, au cours du travail actif
5.PC.25.^^	Retrait d'un appareil, postpartum
5.AC.30.^^	Déclenchement du travail
5.LD.31.^^	Stimulation du travail
7.SC.08.PM	Autres soins personnels, pour l'aide à mourir
7.SF.14.ZX	Télémanipulation robotisée d'outils, service, utilisation d'un système NCA

En plus des normes de codification générales de la CCI, consultez également les normes de codification ci-dessous, qui fournissent des directives pour l'attribution des codes obligatoires de la CCI :

[Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction](#)

[Interventions pertinentes à la codification des tumeurs](#)

[Biopsie des ganglions sentinelles](#)

[Brachythérapie](#)

[Classement hiérarchique des résections de lésions intracrâniennes](#)

[Traitement thrombolytique](#)

[Cardiopathie ischémique chronique](#)

[Arrêt cardiaque](#)

[Cathéters veineux centraux](#)

[Ventilation invasive](#)

[Arthrectomie et arthroplastie](#)

[Interventions associées à l'accouchement](#)

[Absence de signes vitaux \(ASV\)](#)

[Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie](#)

[Aide médicale à mourir](#)

Exemple : Un patient subit une réduction ouverte et une fixation interne d'une fracture bimalléolaire de la cheville gauche. La fixation est réalisée à l'aide de vis. Les images peropératoires de la cheville produite par la fluoroscopie indiquent une réparation de la fracture. Une radiographie postopératoire confirme que la réduction et la fixation interne sont satisfaisantes.

1.WA.74.LA-NW	Fixation, articulation de la cheville, approche ouverte, dispositif de fixation uniquement, utilisation de vis, de plaque et vis
3.WA.10.VA	Radiographie, articulation de la cheville, sans produit de contraste (p. ex. cliché simple) (avec ou sans radioscopie [fluoroscopie])

Justification : 3.WA.12.^[^] *Radioscopie (fluoroscopie), articulation de la cheville* exclut « avec radiographies (voir 3.WA.10.^[^]) ». La fluoroscopie et la radiographie ont été effectuées au cours du même épisode d'intervention; par conséquent, n'attribuez que le code pour la radiographie.

Exemple : Un patient souffrant d'une blessure à la main droite est admis. La radiographie initiale révèle une fracture du milieu de la diaphyse du quatrième métacarpien. Le médecin réduit la fracture et pose un plâtre. Une autre radiographie de la main droite est effectuée après la réduction pour confirmer l'alignement.

1.UF.73.JA	Réduction, autres métarpes, approche fermée (externe)
3.UL.10.VA	Radiographie, articulations des doigts et de la main NCA, sans produit de contraste (p. ex. cliché simple) (avec ou sans radioscopie [fluoroscopie])
3.UL.10.VA	Radiographie, articulations des doigts et de la main NCA, sans produit de contraste (p. ex. cliché simple) (avec ou sans radioscopie [fluoroscopie])

Justification : Attribuez un code pour les interventions classées à la section 3. Deux radiographies du doigt ont été effectuées (avant et après la réduction); par conséquent, 3.UL.10.VA est attribué deux fois même s'il s'agit exactement du même code.

Exemple : Une patiente est admise pour une épistaxis. Le nez est tamponné, mais la patiente continue de saigner de la narine gauche. Les tampons sont retirés et les deux narines sont décongestionnées et anesthésiées à l'aide de Xylocaïne topique et de cocaïne. Un tamponnement postérieur est effectué après avoir examiné la narine gauche pendant quelque temps sans pouvoir trouver précisément le site d'hémorragie. À l'aide d'une sonde de Foley n° 14, 10 ml d'eau sont placés dans le ballonnet. La narine antérieure gauche est tamponnée à l'aide d'un tampon de gaze Vaseline. L'hémorragie est finalement maîtrisée.

Aucun code attribué.

Justification : Les interventions pratiquées ne répondent à aucun critère d'attribution d'un code pour les interventions classées à la section 1. Bien que la norme indique qu'un code doit être attribué pour les interventions pratiquées sous anesthésie (incluant locale), ce cas démontre une situation unique, bien que commune. Dans le cas d'une épistaxis, un anesthésique topique (local) tel que la Xilocaïne est utilisé comme moyen de contrôler le saignement plutôt que d'anesthésier. Pour cette raison, le critère « pratiqué sous anesthésie » ne s'applique pas dans ce cas.

Le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires indique d'attribuer un code lorsque le contrôle d'une hémorragie du nez est réalisé par diathermie, à l'aide d'un appareil thermique ou par électrocautère seulement; par conséquent, il n'est pas obligatoire d'attribuer un code pour le tamponnement, le ballonnet nasal ou l'utilisation de Xylocaïne ou de cocaïne.

Exemple : Un patient est admis pour une intervention coronarienne percutanée (ICP) non urgente pour une resténose dans l'endoprothèse de l'artère coronaire droite. Une angiographie coronaire est effectuée et le ballonnet à élution de médicaments Pantera- Lux est déployé à l'emplacement des deux segments de l'endoprothèse de l'artère coronaire droite touchés par la resténose. L'intervention est pratiquée dans la salle de cathétérisme cardiaque.

1.IJ.50.GQ-BD Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex., angioplastie seule], utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant, sans insertion d'une endoprothèse [stent, tuteur]

Situation : P

Étendue : DG

3.IP.10.VX Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)

Situation : I

Lieu : U

1.IL.35.H2-M3 Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, élution par un autre dispositif, plantes alcaloïdes et autres produits naturels

Justification : Un code pour la dilatation est obligatoire pour trois raisons :

- 1) la dilatation est classée au numéro d'intervention générique 50;
- 2) elle est pratiquée dans la salle de cathétérisme cardiaque;
- 3) elle est effectuée par approche transluminale percutanée.

L'angiographie coronaire est classée à la section 3; par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code.

On attribue un code de pharmacothérapie pratiquée au moyen d'un ballonnet à élution de médicaments parce qu'elle figure dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires.

Exemple : Une jeune femme est amenée au service d'urgence après avoir fait une crise d'épilepsie, devant témoin, à la maison. Elle passe un électroencéphalogramme (EEG).

2.AN.24.JA-JA Mesure électrophysiologique, cerveau, utilisation d'électrodes externes

Justification : Un code est attribué à l'EEG, car il figure dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires.

Exemple : Un jeune homme est amené au service d'urgence où il subit un drainage par incision d'un abcès para-amygdalien. De plus, une perfusion de clindamycine est amorcée par intraveineuse.

1.FR.52.LA Drainage, amygdales et végétations adénoïdes, approche ouverte (incision)

Justification : Un code est attribué pour le drainage, car il répond à deux des critères : 1) le drainage est classé au numéro d'intervention générique 52; 2) le drainage a été effectué par approche ouverte. La perfusion d'antibiotiques n'est pas codifiée, car elle ne répond pas aux critères pour les interventions classées à la section 1 et ne figure pas dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires.

Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2012, modifié en 2015, 2018, 2022

Cette norme de codification s'applique aux cas de soins de courte durée aux patients hospitalisés soumis à la BDCP. L'icône de la BDCP  dans cette norme de codification ne fait référence qu'aux cas d'hospitalisation. Pour les cas de chirurgie d'un jour soumis à la BDCP, reportez-vous à la norme de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#), où l'icône de la BDCP et du SNISA  fait référence aux cas ambulatoires soumis soit à la BDCP, soit au SNISA.

Les actions accomplies pendant un épisode de soins ne nécessitent pas toutes l'attribution d'un code (reportez-vous à la norme de codification [Codes multiples dans la CCI](#)). **Cette norme détermine les exigences minimales** relatives aux données sur les soins de courte durée aux patients hospitalisés soumis à la BDCP; cependant, les normes provinciales, territoriales et locales peuvent indiquer des exigences supplémentaires.

Les interventions invasives pour le patient ou qui exigent beaucoup de ressources doivent être saisies dans les cas d'hospitalisation. Généralement, les interventions de la CCI de la section 1 dont le numéro d'intervention générique est égal ou supérieur à 50 sont des interventions invasives ou qui exigent beaucoup de ressources. Les interventions classées à un numéro d'intervention générique égal ou supérieur à 50 de la section 1 qui ne répondent à aucun des critères dans les directives ci-dessous ne sont pas nécessaires pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés dans la BDCP. À l'inverse, les interventions classées à un numéro d'intervention générique inférieur à 50 de la section 1 qui répondent à au moins un critère dans les directives ci-dessous sont nécessaires pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés dans la BDCP.

De plus, certaines interventions pouvant ne pas correspondre aux critères relatifs à la salle d'opération, à la présence d'un anesthésiste ou à l'approche opératoire doivent également être saisies. Une liste de ces interventions est présentée dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés.

Toute section de la CCI

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code de toute section de la CCI pour les interventions qui répondent à au moins un des critères suivants :

- indiqué comme obligatoire ailleurs dans ces normes; ou
- une intervention figurant dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés.

Remarque

Lorsque vous mettez en pratique les directives ci-dessous, référez-vous à l'annexe A — Structure du code de la CCI — Qualificateur 1 — Section — approche/technique de la CCI, au besoin, pour plus de détails sur les approches opératives.

Section 1

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un code pour les interventions classées à la section 1 de la CCI qui répondent à au moins un des critères suivants :

- réalisation dans une salle d'opération ou d'intervention (p. ex. salle d'endoscopie ou salle de cathétérisme cardiaque);
- réalisation en présence d'un anesthésiste (c.-à-d. un rapport d'anesthésie figure au dossier); et/ou
- réalisation selon l'une des approches suivantes :
 - ouverte;
 - endoscopique; ou
 - transluminale percutanée (artérielle).

Section 2

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un code pour les interventions classées à la section 2 de la CCI qui répondent à au moins un des critères suivants :

- inspection qui constitue la seule intervention réalisée sur un site anatomique donné selon une des approches suivantes :
 - ouverte;
 - endoscopique; ou
 - transluminale percutanée (artérielle);
- biopsie qui constitue la seule intervention réalisée sur un site anatomique donné; et/ou
- la seule intervention réalisée en présence d'un anesthésiste (c.-à-d. un rapport d'anesthésie figure au dossier).

Section 3

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code pour les interventions classées à la section 3 de la CCI qui répondent à au moins un des critères suivants :

- réalisée dans une salle de cathétérisme cardiaque (même lorsque réalisée avec une intervention thérapeutique au même site anatomique); et/ou
- la seule intervention réalisée en présence d'un anesthésiste (c.-à-d. un rapport d'anesthésie figure au dossier).

Remarque

Lorsque des études d'imagerie diagnostique sont effectuées en conjonction avec des interventions thérapeutiques, il est facultatif d'attribuer un code pour l'intervention d'imagerie diagnostique (à l'exclusion de 3.IP.10.VX *Radiographie, cœur avec artères coronaires structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée [rétrograde]*).

Lorsque les études d'imagerie diagnostique sont codifiées de façon facultative, l'attribut de situation « I » (peropératoire) peut être utilisé. Les établissements peuvent en définir l'utilisation, selon leurs besoins internes de déclaration.

Remarque

Il est obligatoire d'attribuer un code pour une angiographie coronaire, 3.IP.10.VX, lorsque celle-ci est effectuée avec une intervention thérapeutique, que l'angiographie coronaire soit de nature diagnostique ou peropératoire.

L'attribut de situation et l'attribut de lieu à 3.IP.10.^[^] *Radiographie, cœur avec artères coronaires* sont obligatoires.

Exemple : Diagnostic : Infarctus aigu de la paroi inférieure du myocarde avec élévation du segment ST

Intervention : Angioplastie primaire de l'artère coronaire droite avec insertion d'une endoprothèse

Le patient est amené immédiatement au laboratoire de cathétérisme pour une angiographie coronaire (via l'artère fémorale gauche) où on constate qu'il présente une lésion de l'artère coronaire droite qui fait l'objet d'une angioplastie et de l'insertion d'une endoprothèse. Un fil-guide BMW est utilisé pour passer à travers l'occlusion. Un ballonnet 3.0 est utilisé pour prédilater la lésion. Un cathéter Pronto est utilisé pour aspirer le thrombus. La pré-dilatation se poursuit avec un ballonnet 2.5. Une endoprothèse en métal nu est déployée.

1.IJ.50.GU-OA	Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée avec thrombectomie, utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]

Situation : N

Étendue : DG

3.IP.10.VX	Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)

Situation : DX

Lieu : FY

Justification : Il est obligatoire d'attribuer 3.IP.10.VX lorsque l'angiographie est effectuée avec une intervention thérapeutique. L'attribut de situation est « DX », car l'angiographie a été pratiquée pour évaluer (diagnostiquer) la gravité et l'emplacement de la coronaropathie avant de procéder à la dilatation.

Exemple : Le patient a subi une angioplastie de l'artère coronaire droite distale il y a deux ans. Une angiographie coronarienne récente révèle la présence de resténose et le patient est admis pour subir une ICP. Une angioplastie avec insertion d'une endoprothèse est réalisée dans l'artère coronaire droite distale. Un fil-guide BMW est utilisé pour passer à travers l'occlusion. Un ballonnet 3.0 est utilisé pour prédilater la lésion. Une endoprothèse en métal nu est utilisée.

1.IJ.50.GQ-OA Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex. angioplastie seule], utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]

Situation : P

Étendue : DG

3.IP.10.VX Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde).

Situation : I

Lieu : FY

Justification : Il est obligatoire d'attribuer 3.IP.10.VX lorsque l'angiographie est effectuée avec une intervention thérapeutique. L'attribut de situation est « I », car l'intervention a été pratiquée à des fins de visualisation au cours de la procédure de dilatation; la maladie et l'artère touchée avaient déjà été diagnostiquées lors d'une précédente angiographie coronaire diagnostique.

Section 5

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code pour les interventions classées dans la section 5 de la CCI, avec un numéro d'intervention générique de 40 ou plus.

Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés

Code de la CCI	Intervention
1.^.^03.HA-KC	Immobilisation, utilisation d'un appareil de fixation externe percutané
1.AN.09.^	Stimulation, cerveau
1.HZ.09.^	Stimulation, cœur NCA
1.LZ.19.HH-U7-^	Transfusion, appareil circulatoire NCA, cellules souches
1.LZ.19.HH-U8-^	Transfusion, appareil circulatoire NCA, cellules souches du sang de cordon
1.WY.19.HH-^	Transfusion, moelle osseuse
1.OA.21.HQ-BR	Dialyse, foie, par hémofiltration
1.PZ.21.^	Dialyse, appareil urinaire NCA
1.^.^26.^	Brachythérapie, tout site
1.^.^27.^	Rayonnements, tout site
1.HZ.30.JN	Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante
1.GZ.31.CA-^ 1.GZ.31.CR-ND 1.GZ.31.GP-ND	Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive (sauf lorsque celle-ci fait partie de l'administration d'un anesthésique et que le patient est extubé avant de quitter la salle d'opération)
1.HZ.34.^	Compression, cœur NCA
1.^.^35.H2-^	Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'un ballonnet à élution de médicaments
1.^.^35.HZ-^	Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'une endoprothèse à élution de médicaments ou d'un dispositif implanté
1.^.^35.^-1C	Toute perfusion/injection d'un agent thrombolytique
1.^.^35.^-M^	Pharmacothérapie, utilisation d'agent anticancéreux ou immunomodulateur
1.LZ.35.^-C6	Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, nutrition parentérale
1.ZZ.35.^	Pharmacothérapie, corps entier — obligatoire uniquement dans certaines circonstances ; reportez-vous aux normes de codification Aide médicale à mourir et Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie
1.LZ.37.^	Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA
1.GV.52.^	Drainage, plèvre lorsqu'il s'agit de la seule intervention pratiquée lors d'un épisode opératoire unique

Code de la CCI	Intervention
1.OT.52.^^	Drainage, cavité abdominale lorsqu'il s'agit de la seule intervention pratiquée lors d'un épisode opératoire unique
1.IS.53.^^	Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure) — obligatoire uniquement dans certaines circonstances ; reportez-vous à la norme de codification Cathéters veineux centraux
1.NF.53.^^	Implantation d'un appareil interne, estomac excluant 1.NF.53.CA-TS Implantation d'une sonde (gastrique) approche par voie naturelle
1.NK.53.^^	Implantation d'un appareil interne, intestin grêle
1.^^.73.^^	Réduction, fracture ou luxation
1.GJ.77.^^	Pontage avec extériorisation, trachée
2.ZZ.02.PM	Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir
2.AN.24.LA-JA	Mesure électrophysiologique, cerveau, utilisation d'électrodes internes [p. ex. sphénoïdales, rhinopharyngiennes] par approche ouverte
2.IJ.57.GQ	Étude du débit, artères coronaires, approche transluminale percutanée artérielle
2.RF.58.^^	Étude de fonction, trompe de Fallope
2.M^71.^^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), tout site, avec l'attribut d'étendue « SN » (ganglion[s] sentinelle[s])
5.AB.02.^^	Amniocentèse
5.AB.09.^^	Interventions diagnostiques antepartum, biopsie
5.CA.20.^^	Pharmacothérapie (en préparation pour), interruption de grossesse
5.CA.24.^^	Préparation par dilatation du col, (pour) interruption de grossesse
5.AC.24.CK-BD	Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une sonde à ballonnet par voie naturelle (mûrissement, maturation)
5.AC.24.CK-W6	Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une tige laminaire par voie naturelle
5.LD.25.^^	Retrait d'un appareil, col de l'utérus, au cours du travail actif
5.PC.25.^^	Retrait d'un appareil, postpartum
5.AC.30.^^	Déclenchement du travail
5.LD.31.^^	Stimulation du travail
7.SC.08.PM	Autres soins personnels, pour l'aide à mourir
7.SF.14.ZX	Télémanipulation robotisée d'outils, service, utilisation d'un système NCA

En plus des normes de codification générales de la CCI, consultez également les normes de codification suivantes, qui fournissent des directives pour l'attribution des codes obligatoires de la CCI :

[Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction](#)

[Interventions pertinentes à la codification des tumeurs](#)

[Biopsie des ganglions sentinelles](#)

[Brachythérapie](#)

[Classement hiérarchique des résections de lésions intracrâniennes](#)

[Traitement thrombolytique](#)

[Cardiopathie ischémique chronique](#)

[Arrêt cardiaque](#)

[Cathéters veineux centraux](#)

[Ventilation invasive](#)

[Arthrectomie et arthroplastie](#)

[Interventions associées à l'accouchement](#)

[Absence de signes vitaux \(ASV\)](#)

[Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie](#)

[Aide médicale à mourir](#)

Exemple : Insertion d'un cathéter urinaire effectuée à l'unité de soins infirmiers sans anesthésie.

Aucun code attribué.

Justification : L'insertion d'un cathéter urinaire est classée à un numéro d'intervention générique égal ou supérieur à 50 de la section 1, 1.PM.52.CA-TS *Drainage, vessie, approche par voie naturelle et cathéter de drainage*. Cependant, l'intervention réalisée dans cet exemple ne répond à aucun des critères dans les directives ci-dessus; par conséquent, il n'est pas obligatoire d'attribuer le code.

Exemple : Injection d'un agent antihémorragique dans un trou de trépan pour le contrôle d'une hémorragie des méninges du cerveau.

1.AA.13.SE-C2 Contrôle d'une hémorragie, méninges et dure-mère du cerveau, par injection d'un agent antihémorragique, approche par trou de trépan

Justification : Le contrôle d'une hémorragie des méninges du cerveau est classé à un numéro d'intervention générique inférieur à 50 de la section 1, 1.AA.13.^*Contrôle d'une hémorragie, méninges et dure-mère du cerveau*. Cependant, l'intervention dans cet exemple a été réalisée par approche ouverte; par conséquent, il est obligatoire d'attribuer le code. La consultation de l'annexe A — Structure du code de la CCI — Qualificateur 1 — Section — approche/technique de la CCI pour la section 1 confirme que le trou de trépan est une approche ouverte, « SE » étant défini comme « approche ouverte par trou de trépan ».

Exemple : Un patient admis en raison d'une fracture pathologique de la vertèbre subit une vertébroplastie percutanée dans la salle d'imagerie diagnostique.

1.SC.80.HA-XX-N Réparation, vertèbres, approche percutanée et (injection de) matériel synthétique (p. ex. ciment à os)

Justification : La vertébroplastie est une intervention classée dans la section 1. Il est obligatoire d'attribuer un code de la section 1, lorsqu'une intervention classée dans cette section doit être pratiquée dans une salle d'opération ou d'intervention. La salle d'imagerie médicale est considérée comme une salle d'intervention, car la vertébroplastie y a été pratiquée; par conséquent, il est obligatoire d'attribuer 1.SC.80.HA-XX-N.

Exemple : Réduction fermée du coude pratiquée à l'unité de soins infirmiers.

1.TM.73.JA Réduction, articulation du coude, approche fermée (externe)

Justification : 1.^*73. Réduction, fracture ou luxation* est inclus dans le tableau Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires; par conséquent, il est obligatoire d'attribuer 1.TM.73.JA.

Codes composés dans la CCI

En vigueur depuis 2001, modifié en 2012

Directives pour la BDCP et le SNISA



Utilisez un seul code de la CCI pour décrire les interventions complexes en sélectionnant le ou les qualificateurs appropriés, lorsque ce code est disponible.



Lorsqu'aucun code unique de la CCI ne permet de décrire les interventions complexes, codifiez toute intervention concomitante connexe.

Un travail considérable a été effectué afin de réduire le besoin d'utilisation de plusieurs codes pour décrire les interventions médicales complexes. Dans la plupart des cas, il est possible d'utiliser un seul code pour décrire précisément et de manière générique le but et les méthodes de l'intervention. Lorsqu'une intervention nécessite habituellement ou fréquemment une séquence d'actions concomitantes associées pour atteindre son objectif, elle sera décrite, chaque fois que possible, par un seul code. Les qualificateurs permettent de décrire les autres techniques concernées.

Exemple : Une gastrectomie partielle peut être réalisée seule ou avec une vagotomie. Lorsque la vagotomie est réalisée avec la gastrectomie, le qualificateur identifiant ceci est sélectionné. N'utilisez pas un second code pour la vagotomie.

1.NF.87.GX	Excision partielle, estomac, approche endoscopique [laparoscopie], avec vagotomie, anastomose œsophagogastrique

Justification : La vagotomie ne doit être codifiée séparément que si elle est réalisée seule.

L'excision (d'une lésion) sur un site anatomique réalisée conjointement avec une réparation impliquant une greffe ou un lambeau visant à refermer le défaut chirurgical représente un exemple encore plus courant. Dans ce cas, un qualificateur est sélectionné pour décrire la réparation concomitante.

Exemple : Une patiente atteinte d'une tumeur maligne au sein subit une mastectomie simple totale. Le défaut a été réparé à l'aide d'un lambeau local.

1.YM.89.LA-XX-E	Excision totale, sein, approche ouverte et lambeau local

Lieu : U

Justification : La mastectomie et la réparation du défaut chirurgical à l'aide d'un lambeau sont attribuées à 1.YM.89.LA-XX-E.

Codes multiples dans la CCI

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2008, 2012, 2015

Codes multiples provenant de rubriques différentes

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque plus d'une intervention est réalisée au cours du même épisode de soins, attribuez des codes multiples de différentes rubriques lorsqu'il n'y a aucun code composé (qualificateur) pour décrire cette combinaison de soins.

BS Lorsqu'une intervention est pratiquée avec assistance robotisée, attribuez 7.SF.14.ZX *Télémanipulation robotisée d'outils, service, utilisation d'un système NCA*, obligatoire, comme code supplémentaire.

Remarque

Chaque acte effectué au cours d'une intervention n'a pas besoin d'être codifié. De nombreux actes de moindre importance effectués au cours d'un épisode d'intervention qui font partie intégrante de l'intervention globale n'ont pas à être codifiés séparément. En outre, la fermeture d'un site d'intervention est comprise dans le code d'intervention.

Exemple : Réduction fermée d'une fracture de l'humérus droit et réduction ouverte avec fixation par vis de l'humérus gauche.

1.TK.74.LA-NW	Fixation, humérus, approche ouverte, utilisation de plaque, vis, sans utilisation de tissu
1.TK.73.JA	Réduction, humérus, approche fermée [externe]

Justification : Des interventions génériques différentes ont été pratiquées sur des sites bilatéraux, soit la fixation de l'humérus gauche et la réduction fermée de l'humérus droit. Des codes multiples sont donc attribués.

Exemple : Laryngectomie supraglottique robotique assistée pour une tumeur in situ de la région supraglottique.

1.GE.87.NZ	Excision partielle, larynx NCA, approche ouverte [p. ex. incision du lambeau du tablier] avec technique horizontale, sans utilisation de tissu
7.SF.14.ZX	Télémanipulation robotisée d'outils, service, utilisation d'un système NCA

Justification : Il est obligatoire d'attribuer 7.SF.14.ZX lorsqu'une intervention est pratiquée avec assistance robotisée.

Remarque

Dans la CCI, des « notes » explicatives sont fournies pour clarifier ce qui est classé dans une rubrique ou un code.

Lorsque ces notes décrivent diverses composantes d'une intervention complexe pouvant être pratiquée ou non dans un cas donné, des codes supplémentaires pour ces composantes ne sont pas attribués. Ces notes visent à éliminer l'attribution de codes multiples. Elles ne prétendent pas décrire la nature exacte de toutes les interventions possibles pouvant être correctement classées dans une rubrique ou un code.

Exemple : Le patient a déjà subi une colectomie totale avec préservation du rectum et création d'une iléostomie. Il se présente à l'hôpital pour un retrait non urgent de l'iléostomie, une proctectomie, une anastomose iléoanale avec réservoir en J et une iléostomie latérale de protection par laparoscopie.

1.NQ.84.LA-XX-G	Construction ou reconstruction, rectum, approche ouverte avec utilisation de l'iléon (pour construire la poche)
1.NK.77.EN	Pontage avec extériorisation, intestin grêle, approche endoscopique [laparoscopie], entérostomie terminale [p. ex. iléostomie terminoterminal ou terminolatérale]

Justification : Une remarque à la rubrique 1.NQ.84.^ précise : « Implique généralement le raccord d'une iléostomie permettant la construction d'un pseudo-rectum fonctionnel à l'aide de l'iléon distal. Cette intervention peut impliquer la conversion d'une fermeture rectale de Hartmann par excision des tissus anal et rectal résiduels [p. ex. lors d'une mucosectomie ano-rectale]. » La remarque fournit l'information selon laquelle le retrait de l'iléostomie existante est compris dans cette rubrique; par conséquent, un code, 1.NQ.84.LA-XX-G, est nécessaire pour saisir la création de la confection de la poche pelvienne et le raccord concomitant de l'iléostomie. Un code supplémentaire est nécessaire pour la création de l'iléostomie temporaire puisqu'elle n'est pas inhérente à la construction de l'anastomose iléoanale avec réservoir en J.

Remarque

Dans la CCI, la directive « À codifier aussi » signifie que la rubrique ne contient pas les interventions dont il est question dans la directive. Lorsque l'une des interventions dans la directive « À codifier aussi » est pratiquée, un code supplémentaire est obligatoire s'il répond aux critères de sélection des codes obligatoires énoncés dans les présentes normes.

Bien que des remarques « À codifier aussi » aient été incluses dans la CCI, elles ne couvrent pas toutes les circonstances possibles où plusieurs codes sont nécessaires.

Exemple : Une patiente est admise pour une tumorectomie du sein et un prélèvement des ganglions lymphatiques axillaires sentinelles.

1.YM.87.LA Excision partielle, sein, approche ouverte avec apposition simple de tissu [p. ex. suture]

Lieu : U

2.MD.71.LA Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), axillaire(s), approche ouverte

Étendue : SN

Justification : Le prélèvement des ganglions lymphatiques axillaires sentinelles n'est pas compris dans la rubrique 1.YM.87.^^. L'instruction « à codifier aussi » demande d'attribuer aussi un code de 2.MD.71.^^ si une biopsie (prélèvement) des ganglions lymphatiques axillaires sentinelles est également pratiquée. Il est obligatoire d'attribuer 2.MD.71.^^ en fonction de la directive de la norme de codification [Biopsie des ganglions sentinelles](#).

Exemple : Une patiente souffre d'un traumatisme entraînant une perte osseuse au maxillaire antérieur. Elle est admise pour une réparation du maxillaire à l'aide d'une autogreffe à partir de sa mandibule, d'une allogreffe et de vis.

1.ED.80.LA-NW-Q Réparation, maxillaire, approche ouverte utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille), avec source combinée de tissus

1.EE.58.LA-XX-A Prélèvement, mandibule, approche ouverte, autogreffe (osseuse)

Justification : Le prélèvement osseux de la mandibule n'est pas compris dans la rubrique 1.ED.80.^^. Bien qu'aucune remarque « à codifier aussi » ne soit comprise dans cette rubrique, un autre code est nécessaire pour couvrir cette combinaison. Reportez-vous également à la norme de codification [Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction](#).

Codes multiples de la même rubrique

En règle générale, des codes multiples de la même rubrique ne sont pas attribués au même épisode d'intervention, sauf si les codes de la rubrique représentent des approches opératoires séparées. Des codes multiples de la même rubrique ne sont pas attribués pour préciser différents dispositifs ou outils utilisés au même site d'intervention. Une hiérarchie pour les dispositifs orthopédiques est fournie ci-dessous; dans tous les autres cas, sélectionnez le qualificateur le plus significatif ou le plus important pour l'établissement déclarant.

Exemple : Un patient subit une œsophagogastroduodénoscopie et une iléoscopie.

2.NK.70.BA-BL	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie
2.NK.70.BD-BK	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique rétrograde par voie naturelle (via le rectum) et entéroscopie à (double) ballonnet

Justification : L'œsophagogastroduodénoscopie et l'iléoscopie sont des interventions distinctes, car elles exigent des approches opératoires différentes et concernent des sites différents qui sont classés dans la même rubrique; par conséquent, plusieurs codes sont attribués.

Remarque

Pour de nombreuses interventions orthopédiques, le chirurgien peut utiliser plus d'un dispositif pour stabiliser l'os. Faites la sélection de codes des dispositifs en vous basant sur la hiérarchie suivante (par ordre d'importance) :

- endoprothèse
- clou centromédullaire
- vis et plaques
- broches et clous
- fil, agrafes et maille
- sans dispositif

Faites la sélection de codes en vous basant sur la hiérarchie des dispositifs utilisés pour réparer **les ligaments ou les tissus mous** (par ordre d'importance) :

- dispositif de fixation bioabsorbable (p. ex. vis et ancres bioabsorbables)
- vis (et rondelle)
- Endobutton ou agrafes
- sutures et ancres de réinsertion

Exemple : Le patient subit une fracture de la hanche gauche et est admis pour sa réparation. Un clou centromédullaire et des vis sont utilisés pour la fixation.

1.VA.74.LA-LQ Fixation, articulation de la hanche, approche ouverte, dispositif de fixation uniquement, utilisation d'un clou centromédullaire

Lieu : L

Justification : La fixation a été réalisée à un site d'intervention; par conséquent, un seul code est attribué. À l'aide de la hiérarchie des dispositifs orthopédiques, le code décrivant la fixation à l'aide d'un clou centromédullaire est sélectionné.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque la même intervention générique est pratiquée sur des sites bilatéraux et qu'il n'y a aucune variation dans les composantes du code de la CCI, attribuez

- un seul code de la rubrique;
- l'attribut de lieu B (bilatéral), obligatoire, lorsque disponible.

Exemple : Une femme subit une mastectomie bilatérale totale à l'aide d'un lambeau libre en raison d'un cancer du sein.

1.YM.90.LA-XX-F Excision totale avec reconstruction, sein, utilisation d'un lambeau libre, sans implantation de dispositif

Lieu : B

Justification : La même intervention a été pratiquée des deux côtés; par conséquent, un seul code est attribué avec l'attribut de lieu obligatoire pour rendre compte de la reconstruction bilatérale.

Remarque

Lorsque l'attribut de lieu « bilatéral » n'est pas disponible, un seul code est néanmoins attribué.

Exemple : Un patient subit une réduction ouverte avec fixation interne à l'aide d'une combinaison de plaques et de vis en raison de fractures bilatérales du maxillaire.

1.ED.74.LA-NW Fixation, maxillaire, sans utilisation de tissu [dispositif uniquement], utilisation de plaque, vis (avec ou sans fil ou maille)

Justification : La même intervention a été pratiquée des deux côtés; par conséquent, un seul code est attribué. Aucun attribut de lieu n'est possible à 1.ED.74.^, car le maxillaire est un os unique.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la même intervention générique est pratiquée sur des sites bilatéraux et qu'il y a une variation dans une composante du code de la CCI, attribuez

- des codes distincts pour chaque intervention de la même rubrique;
- l'attribut de lieu qui s'applique à chaque code, obligatoire, si disponible.

Exemple : Un patient subit une réparation de hernies inguinales bilatérales au cours du même épisode d'intervention. Les deux hernies sont réparées par laparoscopie en passant par des incisions distinctes au niveau de l'aîne; le côté gauche nécessite des mailles et le côté droit, une suture simple.

1.SY.80.DA-XX-N Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, approche endoscopique [laparoscopie], utilisation de tissu synthétique [p. ex. treillis, compresse]

Situation : 0

Lieu : LW

1.SY.80.DA Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, approche endoscopique [laparoscopie], sans utilisation de tissu [p. ex. suture ou agrafes]

Situation : 0

Lieu : LW

Justification : Lorsque des interventions sont pratiquées sur des sites bilatéraux et qu'une composante du code de la CCI varie, des codes multiples sont attribués pour indiquer qu'il s'agit d'interventions différentes. Dans cet exemple, la variation concerne le qualificateur du tissu : un des côtés a reçu un tissu synthétique (mailles), l'autre aucun tissu. Les attributs de lieu obligatoires indiquent que chaque réparation était unilatérale.

Exemple : Réduction fermée d'une fracture de l'humérus droit et réduction ouverte d'une fracture de l'humérus gauche.

1.TK.73.JA Réduction, humérus, approche fermée [externe]

Lieu : R

1.TK.73.LA Réduction, humérus, approche ouverte

Lieu : L

Justification : Une réduction a été pratiquée sur les humérus gauche et droit à l'aide d'approches différentes; par conséquent, des codes multiples sont attribués pour indiquer qu'il s'agit d'interventions différentes. Les attributs de lieu obligatoires indiquent que chaque réduction était unilatérale.

Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction

En vigueur depuis 2002, modifié en 2008, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une incision distincte est pratiquée dans le but de prélever un tissu, inscrivez le code approprié de la CCI se rapportant au prélèvement de tissu.

Les prélèvements sont codifiés pour refléter l'existence d'un défaut chirurgical distinct (plaie), qui nécessite habituellement une surveillance et des soins post-chirurgicaux particuliers. Si une incision existante est simplement agrandie pour prélever le tissu, il n'est pas nécessaire de codifier le prélèvement. Le prélèvement d'un lambeau local (en vue de l'avancement, de la rotation ou du réalignement) ne nécessite généralement pas d'incision distincte.

Exemple : Un lambeau libre fascio-cutané est prélevé sur la cuisse afin de réparer une brûlure grave au visage.

1.YF.80.LA-XX-F Réparation, peau du visage, par lambeau libre
[p. ex. lambeau libre microvasculaire]

1.YV.58.LA-XX-F Prélèvement, peau de la jambe, d'un lambeau libre,
approche ouverte

Exemple : Une ostéotomie tibiale haute avec transfert de tendon rotulien est pratiquée.

1.VQ.80.LA-KD	Réparation, tibia et péroné, sans utilisation de tissu (pour la réparation) utilisation de fil, de maille, d'agrafes
1.VS.80.LA-XX-E	Réparation, tendons de la partie inférieure de la jambe [entourant le genou], par technique d'apposition [suture entre tendons], avec transfert de tendon en vue du réalignement [p. ex. avancement, transposition]

Justification : Le prélèvement n'est pas codifié puisqu'aucune incision n'est réalisée sur un autre site anatomique.

Remarque

Lorsque le qualificateur de tissu est « E », cela signifie **habituellement** que vous n'avez pas besoin d'un code de prélèvement.

Exception

Chaque fois qu'une partie de l'**intestin** est prélevée, un code de prélèvement est attribué. Ce prélèvement est le plus souvent pratiqué dans le cadre des réparations et reconstructions de l'appareil urinaire et de l'œsophage. Étant donné que la création d'un défaut sur le tractus gastro-intestinal requiert toujours une surveillance post-chirurgicale minutieuse, vous devez codifier le prélèvement de l'intestin.

Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008, 2009, 2012, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une intervention diagnostique de la section 2 et une intervention thérapeutique de la section 1 sont réalisées au même site anatomique, attribuez un code pour l'intervention thérapeutique, obligatoire. Attribuez un code pour l'intervention diagnostique, facultatif, pour satisfaire aux besoins de l'établissement en matière de déclaration.

Exception

Afin de faire la distinction entre une intervention thérapeutique par sigmoïdoscopie ou par coloscopie, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser l'inspection (reportez-vous également à la norme de codification [Interventions endoscopiques](#)).

Exception

La biopsie des ganglions sentinelles, 2.M[^].71.^^ *Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s)*, tout site, avec l'attribut d'étendue « SN » (ganglion[s] sentinelle[s]), doit être codifiée chaque fois qu'elle est pratiquée. Reportez-vous également à la norme de codification [Biopsie des ganglions sentinelles](#).

Exemple : L'examen d'une coupe sous congélation d'une biopsie de la thyroïde révèle la présence d'une tumeur maligne chez le patient; une thyroïdectomie totale est pratiquée.

1.FU.89.^^ Excision totale, glande thyroïde

Lieu : U

Justification : Lorsqu'une biopsie et une intervention thérapeutique sont réalisées sur le même site au cours du même épisode opératoire, le code pour la biopsie est facultatif.

Exemple : Une patiente est admise à l'hôpital pour une excision de lésion au sein gauche. Une biopsie du ganglion sentinelle est effectuée, suivie d'une dissection des ganglions axillaires.

1.YM.87.^^ Excision partielle, sein

Lieu : L

Étendue : LU

1.MD.89.LA Excision totale, ganglion(s) lymphatique(s), axillaire(s),
approche ouverte

2.MD.71.LA Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s) axillaire(s),
approche ouverte

Étendue : SN

Justification : Il est obligatoire d'attribuer 2.MD.71.^^ avec l'attribut d'étendue « SN » (ganglion[s] sentinelle[s]), chaque fois qu'une biopsie de cette nature est pratiquée. Reportez-vous également à la norme de codification [Biopsie des ganglions sentinelles](#).

Remarque

La biopsie excisionnelle est un acte à visée à la fois thérapeutique et diagnostique. La lésion doit être excisée et un diagnostic doit être établi par examen anatomopathologique. L'intervention thérapeutique ayant la priorité, aucun code de la section 2 n'est attribué. Classez la biopsie excisionnelle comme une excision partielle, au site anatomique concerné.

Exemple : Une patiente est amenée à l'hôpital pour investigation d'une bosse suspecte au sein droit. Le chirurgien pratique une biopsie excisionnelle du sein puis envoie le prélèvement en pathologie pour examen.

1.YM.87.^ ^ Excision partielle, sein

Lieu : R

Étendue : LU

Exemple : Une victime de traumatisme est transportée en salle d'opération en vue d'une laparotomie exploratrice. Une rupture de la rate est identifiée au moment de l'ouverture de la cavité abdominale. Une splénectomie totale est pratiquée.

1.OB.89.LA Excision totale, rate, approche abdominale ouverte

Justification : Lorsque l'intervention prévue est d'ordre diagnostique et qu'elle est convertie en intervention thérapeutique, seul l'aspect thérapeutique de l'intervention est codifié.

Exemple : Un patient est atteint de dyspnée grave. Un tomodensitogramme du thorax révèle un épanchement pleural important. Une pleurocentèse est pratiquée, et le liquide drainé est envoyé en pathologie pour analyse. Le rapport de pathologie indique qu'il s'agit d'un épanchement pleural malin.

1.GV.52.^ ^ Drainage, plèvre

Justification : L'aspiration de liquide à partir d'une cavité corporelle peut avoir une valeur à la fois diagnostique et thérapeutique. Les interventions telles que la pleurocentèse sont codifiées sous l'intervention thérapeutique « drainage ». **Remarque :** 3.GY.20.VA *Tomodensitométrie, cavité thoracique NCA, sans produit de contraste* serait attribué sur l'abrégé de soins ambulatoires.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez les biopsies incisionnelles dans la section 2 sous le terme générique « biopsie » et sous le site anatomique approprié. Les biopsies incisionnelles incluent le prélèvement d'un échantillon de tissu, à des fins diagnostiques uniquement.

Exemple : Un patient est suivi par un néphrologue à cause de taux élevés de créatinine et d'urée. Il est admis pour une biopsie rénale afin d'éliminer la possibilité de glomérulonéphrite.

2.PC.71.^ ^ Biopsie, rein

Exemple : Un patient est admis en raison d'une lésion pulmonaire suspecte. Une biopsie du poumon droit est pratiquée par aspiration percutanée.

2.GT.71.HA Biopsie, poumon NCA, approche percutanée (à l'aiguille)
Lieu : R

Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions endoscopiques](#).



Formation

Interventions endoscopiques

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2009, 2018, 2022

Une intervention endoscopique est une opération courante qui est pratiquée à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le but de l'intervention endoscopique est uniquement diagnostique, classez l'intervention sous le terme « inspection » du site anatomique.

BS Sélectionnez le site anatomique en fonction du site le plus profond visualisé par l'endoscope.

Exemple : Une œsophagogastroduodénoscopie (OGD) est réalisée à des fins de dépistage.

2.NK.70.BA-BL Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une biopsie et une inspection sont réalisées au même site anatomique, seule la biopsie est codifiée.

Exemple : Une coloscopie et la biopsie d'une lésion du côlon transverse.

2.NM.71.BA-BJ

Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Aux rubriques 2.NM.70.^[^] *Inspection, gros intestin* et 2.NM.71.^[^] *Biopsie, gros intestin*, sélectionnez le qualificateur de dispositif selon le but de l'intervention (sigmoïdoscopie par rapport à coloscopie).

Une endoscopie réalisée sur le tractus gastro-intestinal inférieur peut être effectuée par coloscope ou sigmoïdoscope.

La coloscopie et la sigmoïdoscopie sont des interventions très différentes en ce qui concerne les risques, les complications, la préparation et l'anesthésie.

La coloscopie est l'examen endoscopique de l'ensemble du gros intestin, depuis le rectum distal jusqu'au cæcum.

La sigmoïdoscopie est l'examen endoscopique de la partie inférieure du gros intestin, au cours duquel on examine le rectum, le côlon sigmoïde et le côlon descendant jusqu'à l'angle splénique du côlon. Dans certains cas, le côlon transverse est visualisé.

L'iléoscopie est un examen endoscopique de l'iléon terminal qui peut être effectué par approche rétrograde à l'aide d'un coloscope. Lorsque l'iléoscopie est réalisée à l'aide d'un coloscope, la valvule iléocæcale doit être intubée pour permettre l'inspection de l'iléon terminal.

Les qualificateurs de dispositif aux rubriques 2.NM.70.^[^] *Inspection, gros intestin* et 2.NM.71.^[^] *Biopsie, gros intestin* servent à faire une distinction entre la coloscopie et la sigmoïdoscopie. Des qualificateurs de dispositif précis aux rubriques 2.NK.70.^[^] *Inspection, intestin grêle* et 2.NK.71.^[^] *Biopsie, intestin grêle décrivent une coloscopie avec iléoscopie.*

Remarque

Dans certains établissements, un coloscope peut être utilisé pour réaliser une sigmoïdoscopie. Toutefois, le code sélectionné comportera le qualificateur de dispositif « sigmoïdoscope », car le code doit refléter le but de l'intervention. Lorsque la documentation ne précise pas le but de l'intervention, consultez le formulaire de consentement pour déterminer l'intervention planifiée et consentie par le patient.

Exemple : Une patiente se présente pour subir une sigmoïdoscopie flexible. L'inspection est réalisée jusqu'au côlon descendant et aucune biopsie n'est pratiquée.

2.NM.70.BA-BH Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et sigmoïdoscope flexible

Justification : La sigmoïdoscopie comprend l'inspection du rectum, du côlon sigmoïde et la partie inférieure du côlon descendant.

Exemple : Le patient se présente pour subir une coloscopie. Au moment de l'inspection, le médecin ne peut introduire l'endoscope au-delà du côlon sigmoïde en raison d'une obstruction. Une biopsie est pratiquée et l'endoscope est retiré.

2.NM.71.BA-BJ Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Il s'agit dans ce cas d'une **intervention échouée** (échec d'intervention), car l'objectif de celle-ci n'a pas été complètement atteint. Classez les interventions non réussies de la même façon que les interventions réussies.

Exemple : Le patient a un rendez-vous pour subir une coloscopie. L'endoscope est introduit et avancé dans le côlon. La valvule iléocaecale est visualisée et l'endoscope est retiré.

2.NM.70.BA-BJ Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Le but de cette intervention était une coloscopie. L'endoscope a été introduit jusqu'à la valvule iléocaecale, mais l'iléon terminal n'a pas été intubé. La visualisation de la valvule iléocaecale indique au médecin qu'il a atteint la fin du côlon et que la coloscopie est complétée et réussie.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une inspection va au-delà du site de la biopsie, codifiez la biopsie et l'inspection, et placez la biopsie en première position.

Exemple : Une OGD et une biopsie de la lésion gastrique.

2.NF.71.BA	Biopsie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)
2.NK.70.BA-BL	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'il y a introduction du coloscope jusque dans l'iléon terminal durant une coloscopie, attribuez

- 2.NK.70.^.^ *Inspection, intestin grêle*; ou
- 2.NK.71.^.^ *Biopsie, intestin grêle* lorsqu'une biopsie est effectuée.

Exemple : Le médecin écrit au dossier que le coloscope a été introduit dans le côlon et que l'iléon terminal a été intubé.

2.NK.70.BA-BJ	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Dans cet exemple, l'inspection est allée au-delà du gros intestin (NM) en explorant l'intestin grêle (NK). Ainsi, le site anatomique approprié est NK.

Exemple : Le patient a un rendez-vous pour subir une coloscopie. Selon le rapport d'endoscopie, le coloscope a été inséré et une lésion suspecte a été décelée dans le côlon ascendant; une biopsie de la lésion a été prise. Le dossier indique également que l'iléon terminal a été intubé. Le coloscope a ensuite été retiré.

2.NM.71.BA-BJ	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope
2.NK.70.BA-BJ	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Lorsqu'une inspection va au-delà du site anatomique de la biopsie, attribuez des codes pour la biopsie et l'inspection; placez la biopsie en première position.

Exemple : Un coloscope est introduit dans le côlon jusqu'à l'iléon terminal. Des biopsies sont effectuées dans le rectum, le côlon et l'iléon.

2.NK.71.BA-BJ	Biopsie, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope
2.NM.71.BA-BJ	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope
2.NQ.71.BA	Biopsie, rectum, approche endoscopique par voie naturelle

Justification : Lorsque des sites anatomiques distincts font l'objet d'une biopsie, il faut attribuer un code pour chaque site; la biopsie du site le plus profond étant inscrite en premier.

Exemple : Un patient subit une OGD et une coloscopie. Le gastroscopie est introduit jusqu'au duodénum. Un coloscope est ensuite introduit jusqu'à l'iléon terminal et le médecin note au dossier la présence d'une iléite dans l'iléon terminal.

2.NK.70.BA-BJ	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope
2.NK.70.BA-BL	Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie

Justification : Bien que deux codes de la même rubrique ne soient pas habituellement attribués, dans cet exemple ils démontrent que deux interventions distinctes ont été pratiquées.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une inspection et une intervention thérapeutique sont toutes deux effectuées au même site anatomique, ne codifiez que l'intervention thérapeutique.

Exception

Afin de faire la distinction entre une intervention thérapeutique par sigmoïdoscopie et une intervention thérapeutique par coloscopie, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser l'inspection.

Exemple : Cystoscopie avec électrodessiccation d'une tumeur de la vessie

1.PM.59.BA-GX	Destruction, vessie, approche endoscopique par voie naturelle, utilisation d'un dispositif NCA (pour pratiquer l'ablation de tissu ou une lithotritie [lithotripsie])

Justification : L'inspection par cystoscopie est inhérente au qualificateur de dispositif (BA) dans le code de destruction, vessie; par conséquent, un code distinct n'est pas attribué pour la cystoscopie.

Exemple : Coloscopie avec polypectomie du gros intestin

1.NM.87.BA	Excision partielle, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle, par excision simple

Lieu : U

2.NM.70.BA-BJ	Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Un code pour l'inspection est attribué avec l'intervention thérapeutique pour préciser qu'une coloscopie a été réalisée au lieu d'une sigmoïdoscopie.

Exemple : Coloscopie jusqu'au cæcum avec polypectomie du côlon sigmoïde et biopsies aléatoires du côlon ascendant

1.NM.87.BA	Excision partielle, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle, par excision simple

Lieu : U

2.NM.71.BA-BJ	Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Dans le présent exemple, la coloscopie est inhérente au qualificateur de dispositif (BJ) dans le code de biopsie; par conséquent, un code distinct n'est pas attribué pour l'inspection.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque des sites anatomiques distincts font l'objet d'une biopsie au cours d'un même épisode opératoire, attribuez un code pour la biopsie de chaque site anatomique.

- Inscrivez d'abord la biopsie du site le plus profond.

Exemple : Une OGD avec la biopsie d'une lésion gastrique et la biopsie d'une lésion duodénale.

2.NK.71.BA-BL	Biopsie, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscopie
2.NF.71.BA	Biopsie, estomac, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement)

Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions diagnostiques et thérapeutiques combinées](#).

Interventions visant le contrôle d'une hémorragie

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2009, 2012

Reportez-vous également aux normes de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés](#) et [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#).

Les interventions permettant de contrôler une hémorragie peuvent être classées à 1.^13.^ *Contrôle d'une hémorragie*, 1.^51.^ *Occlusion*, 1.^59.^ *Destruction* ou 1.^80.^ *Réparation*, selon

- le site anatomique :
 - Par exemple, certains organes ne sont « réparés » que pour gérer une hémorragie. Afin de ne pas reproduire des catégories dans la CCI, il n'existe pas d'intervention Réparation (80) pour les sites anatomiques des amygdales, de la thyroïde, de la rate et du foie. La gestion d'une hémorragie de ces organes est comprise dans le code d'intervention Contrôle d'une hémorragie (13);
- la méthode utilisée pour le contrôle de l'hémorragie (p. ex. occlusion de vaisseaux, destruction de zone locale ou réparation d'organe);
- la cause de l'hémorragie (artère ou veine endommagée ou problème lié à un organe solide).

Remarque

Il est essentiel de suivre les remarques d'inclusion et d'exclusion dans la CCI afin de déterminer la rubrique adéquate pour les interventions visant à contrôler une hémorragie.

Exemple : Au cours de son séjour à l'hôpital, un patient nécessite des soins pour un épisode d'épistaxis réfractaire. Une ligature de l'artère ethmoïdale à l'aide d'agrafes est effectuée par approche ouverte transantrale.

1.JX.51.LA-FF Occlusion, autres vaisseaux de la tête, du cou et de la colonne vertébrale NCA, approche ouverte [p. ex. transantrale, intervention de Caldwell Luc], utilisation de clips

Étendue : 0

Justification : Dans le cas présent, la note d'exclusion à la rubrique 1.ET.13.^ exclut la ligature de l'artère ethmoïdale et indique au codificateur qu'il doit attribuer 1.JX.51.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Dans le cas d'une hémorragie dans un organe solide endommagé ou d'une hémorragie attribuable à une pathologie interne, attribuez un code de 1.^13.^ *Contrôle d'une hémorragie, par site anatomique.*

Exemple : Une victime d'agression au couteau subit une chirurgie visant à contrôler une hémorragie à la suite d'une blessure au foie. Une approche ouverte est utilisée pour appliquer de la colle de fibrine afin de réparer le dommage et réprimer l'hémorragie.

1.OA.13.LA-W3 Contrôle d'une hémorragie, foie, approche ouverte, utilisation d'une colle de fibrine

Étendue : 0

Exemple : Une patiente est admise afin de subir une embolisation utérine pour contrôler des saignements utérins abondants causés par des fibromes. L'intervention est accomplie par une embolisation transartérielle utérine au moyen de deux spirales.

1.RM.13.GQ-GE Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes, approche transluminale percutanée (artérielle) et utilisation de spirales [détachables]

Étendue : 02

Exemple : Au cours de son séjour à l'hôpital, un patient nécessite des soins pour le contrôle d'un épisode d'épistaxis réfractaire. Une embolisation transartérielle de l'artère ethmoïde est réalisée à l'aide de microsphères.

1.ET.13.GQ-W0 Contrôle d'une hémorragie, nez, approche percutanée (artérielle) et autre matière synthétique [p. ex. éponge de gélatine, microsphères, polystyrène, alcool polyvinylique, particules de contour]

Étendue : 0

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un vaisseau sanguin **situé hors d'un organe** a été sectionné et qu'il est réparé pour contrôler l'hémorragie, attribuez un code de 1.^.^80.^.^ *Réparation* se rapportant au vaisseau sanguin en question.

Exemple : Une victime d'agression au couteau subit une chirurgie visant à contrôler une hémorragie interne causée par la section de l'artère hépatique, qui est réparée à l'aide d'une simple suture lors d'une approche par laparotomie.

1.KE.80.LA Réparation, artères abdominales NCA, approche ouverte

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une intervention visant à contrôler une hémorragie est effectuée sur un **site de la peau** par la destruction de tissus, attribuez un code de 1.^.^59.^.^ *Destruction, peau* (selon le site). Omettez le code lorsque le contrôle de l'hémorragie fait partie d'une intervention plus invasive.

Exemple : Un patient présente une lacération cutanée au front. Le saignement est contrôlé par cautérisation seulement. La plaie est ensuite recouverte d'un léger pansement.

1.YB.59.JA-GX Destruction, peau du front, utilisation d'un dispositif NCA

Exemple : Une cautérisation est pratiquée pour contrôler un saignement chez un patient présentant une lacération cutanée au front. La plaie est suturée par la suite.

1.YB.80.LA Réparation, peau du front, par technique d'apposition [p. ex. suture, agrafes]

Justification : Bien qu'une cautérisation et des sutures aient été effectuées pour contrôler le saignement, les sutures sont plus invasives; par conséquent, seul 1.YB.80.LA est attribué.

Destruction ou excision de tissu aberrant ou ectopique

En vigueur depuis 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez l'excision ou la destruction de tissu aberrant (ou ectopique) d'une glande ou d'un organe selon le site anatomique d'origine, même si le tissu est trouvé hors du site d'origine et à distance de celui-ci.

Les types les plus courants de tissu aberrant découverts à distance d'une glande ou d'un organe sont le tissu surrénal, endométrial et parathyroïdien. Un attribut de lieu indiquant que le tissu est aberrant (AT) peut être sélectionné pour accompagner le code d'intervention.

Exemple : Destruction laparoscopique par cautérisation de tissu endométrial retrouvé dans la cavité pelvienne, sur les ovaires et l'intestin.

1.RM.59.DA-GX

Destruction, utérus et structures environnantes, approche endoscopique [laparoscopie], utilisation d'un dispositif NCA [p. ex. électrocautère, diathermie à bille roulante]

Lieu : AT

Justification : Il s'agit de la destruction de tissu endométrial, même si ce dernier se trouve sur les ovaires et l'intestin. Aucune intervention n'est codifiée pour indiquer une chirurgie sur les ovaires ou l'intestin.

Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse

En vigueur depuis 2006

Pour diverses raisons, il n'est pas toujours possible d'exciser une lésion complètement. Par exemple, dans le cas d'une lésion intracrânienne, l'atteinte neurologique engendrée par l'élimination totale de la tumeur pourrait être tellement grave qu'elle annulerait les avantages de l'opération. Un chirurgien peut, cependant, choisir d'exciser ou de détruire la majeure partie de la lésion afin de soulager les symptômes ou de faciliter un traitement subséquent par radiothérapie ou chimiothérapie. L'excision ou la destruction intramarginale d'une tumeur est généralement appelée « chirurgie de réduction tumorale ». Il ne faut pas confondre ce type de chirurgie avec une biopsie, dont l'intention est de prélever une petite partie de la tumeur à des fins diagnostiques uniquement.

Les chirurgies de réduction des lésions intracrâniennes sont parfois réalisées à l'aide d'un aspirateur ultrasonique, communément appelé « cavitron » ou aspirateur chirurgical ultrasonique au cavitron.

À la suite d'une excision intralésionnelle, la chimiothérapie peut être utilisée pour retarder davantage le développement de la tumeur (et la faire régresser). Une deuxième résection prévue et planifiée pour compléter le traitement chirurgical de la lésion peut être signalée à l'aide de l'attribut de situation « S » — par étape. Puisqu'il s'agit d'une intervention se terminant en un deuxième épisode opératoire distinct, il ne faut pas utiliser l'attribut de situation « reprise ». Cela reste valable même si un patient revient des années plus tard pour une résection tumorale au même site. Dans ce cas, la résection serait codifiée sans aucun attribut.

Cependant, si une nouvelle exploration du site d'origine de la résection est nécessaire pour évacuer un hématome ou pour débrider un abcès, l'attribut de situation « reprise » doit être utilisé. Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions reprises](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez les chirurgies de réduction tumorale sous le terme générique « destruction » ou « excision partielle » des interventions de la CCI, selon le siège et l'intervention pratiquée.

Exemple : Le chirurgien a réduit une tumeur de la trachée, en utilisant un laser lors d'une bronchoscopie.

1.GJ.59.BA-AG	Destruction, trachée, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un laser

Exemple : Le chirurgien a pratiqué une craniotomie afin de réduire une tumeur cérébrale en utilisant un aspirateur chirurgical ultrasonique.

1.AN.87.SZ-AZ	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux, avec aspirateur ultrasonique [p. ex. aspirateur chirurgical ultrasonique au cavitron]

Interventions abandonnées

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2008, 2015, 2018

Une intervention abandonnée correspond à une intervention planifiée, pouvant être classée aux sections 1 ou 5, qui a commencé et qui, pour une raison habituellement imprévisible, ne peut pas être poursuivie au-delà d'une incision, d'une inspection, d'une biopsie ou d'une anesthésie.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une intervention planifiée de la section 1 ou 5 ne peut pas être poursuivie au-delà d'une incision, d'une inspection, d'une biopsie ou d'une anesthésie, attribuez un code de la CCI appartenant à l'une des catégories suivantes :

- Incision (1.^^.70)
- Inspection (2.^^.70)
- Biopsie (2.^^.71)
- Anesthésie (1.^^.11)

BS Inscrivez ensuite le code de la CCI pour l'intervention planifiée de la section 1 ou 5, facultatif. Si ce code est attribué, il est obligatoire d'utiliser l'attribut de situation « A ».

Remarque

Lorsqu'une intervention répond aux critères d'intervention « abandonnée », il est obligatoire d'appliquer l'attribut de situation « A », lorsqu'il est disponible, même si ledit attribut n'est pas activé comme étant obligatoire dans Folio (c.-à-d. que la boîte de l'attribut de situation n'est pas rose dans Folio).

Remarque

Il n'existe aucun attribut pour les interventions « abandonnées » dans les sections 2 et 3. Lorsqu'une intervention prévue, comprise dans la section 2 ou 3, est tentée au-delà de l'anesthésie, mais que le résultat attendu est peu satisfaisant ou n'est pas entièrement atteint, codifiez l'intervention de la même façon qu'une intervention réussie.

Reportez-vous également aux normes de codification [Échecs d'intervention](#) et [Interventions annulées](#).

Exemple : L'intervention prévue visait à exciser le gros intestin en raison d'une tumeur maligne, mais la laparotomie a révélé que la tumeur est si étendue que son retrait est impossible. Le chirurgien effectue seulement une inspection, puis referme l'abdomen sans tenter la résection du côlon.

2.OT.70.^ ^ Inspection, cavité abdominale

1.NM.89.^ ^ Excision totale, gros intestin

Situation : A

Remarque

Il n'y a qu'un nombre limité de sites anatomiques pour lesquels une incision du site peut être codifiée (p. ex. 1.OT.70.LA *Incision SAI, cavité abdominale, approche ouverte*).

Exemple : Un patient est admis à l'unité de chirurgie d'un jour pour subir une amygdalectomie. Il est amené en salle d'opération où il est placé sous anesthésie générale. Le chirurgien note que le patient présente un cou très large et que pour cette raison, il est incapable de positionner l'ouvre-bouche et d'avoir accès aux amygdales. L'intervention est abandonnée et le patient retourne chez lui.

1.ZZ.11.HA-P1 Anesthésie, corps entier, approche percutanée (à l'aiguille) et anesthésique général

1.FR.89.LA Excision totale, amygdales et végétations adénoïdes, amygdalectomie uniquement, utilisation d'un dispositif NCA

Situation : A

Exemple : Une patiente se présente pour une bronchoscopie. La gorge de la patiente est vaporisée avec de la Xylocaine, mais le médecin est appelé pour une urgence avant que l'intervention ne commence. La patiente est renvoyée chez elle et l'intervention est reportée à une autre date.

Aucun code de la CCI n'est attribué.

Justification : Dans l'exemple ci-dessus, la situation ne correspond ni à une intervention abandonnée, ni à une intervention échouée, car la bronchoscopie (une intervention de la section 2) n'a pas été tentée au-delà de l'administration de l'anesthésique. Par conséquent, la situation illustrée dans l'exemple correspond à une intervention annulée. La patiente s'est présentée pour une intervention prévue qui n'a pas eu lieu pour des raisons administratives. Reportez-vous à la norme de codification [Interventions annulées](#) pour connaître les directives pour l'attribution des codes de diagnostics.

Échecs d'intervention

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2006, 2009, 2022

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez un échec d'intervention de la même façon que les interventions réussies.

Aux fins de classification, une intervention est qualifiée d'échec si, à la fin de l'intervention, le résultat attendu est peu satisfaisant ou n'est pas entièrement atteint.

Exemple : L'échec d'une cholangiographie peut signifier que le canal cholédoque a été exploré, mais que le colorant n'a pas pu passer dans le canal comme prévu. Par conséquent, le résultat obtenu (visualisation du canal cholédoque à l'aide d'un colorant) n'est pas satisfaisant.

Codifiez la cholangiographie.

3.OE.10.WZ Radiographie, canaux biliaires, après injection
endoscopique (rétrograde) d'un produit de contraste

Exemple : L'échec d'une angioplastie coronarienne élective peut se traduire par l'impossibilité d'introduire le cathéter à ballonnet au-delà de la sténose artérielle. La dilatation attendue de l'artère coronaire ne peut pas être réalisée selon l'attente du chirurgien.

Codifiez l'angioplastie coronarienne.

1.IJ.50.GQ-BD Dilatation, artères coronaires, approche transluminale
percutanée [p. ex. angioplastie seule], utilisation d'un
dilatateur à ballonnet ou à ballonnet coupant, sans
insertion d'une endoprothèse [stent, tuteur].

Situation : P

Étendue : DG

Inscrivez également le code suivant :

3.IP.10.VX Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures
du cœur gauche, approche artérielle transluminale
percutanée (rétrograde)

Situation : UN

Lieu : U

Remarque

Dans un tel cas, le médecin responsable tente parfois d'éliminer la plaque ou le thrombus en injectant un agent thrombolytique par cathéter dans l'artère coronaire. Cet acte est classé à 1.IL.35.HH-1C *Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée par cathéter, agent thrombolytique*. Lorsqu'un médicament est administré par voie intraveineuse, l'acte doit être considéré comme une pharmacothérapie systémique. Lorsque le médicament est injecté dans une artère, il est classé comme une pharmacothérapie locale.

Exemple : Le patient est préparé en prévision d'une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). L'intervention a commencé; l'ampoule semble enflammée, comme si elle avait subi un traumatisme. Le canal de Wirsung a facilement été opacifié et apparaît normal. Malgré la bonne position et l'essai de différents papillotomes, il est impossible de pratiquer une cannulation profonde du canal cholédoque, même à l'aide d'un fil. L'intervention est abandonnée.

3.OG.10.WZ Radiographie, canaux biliaires avec pancréas, après injection endoscopique (rétrograde) d'un produit de contraste [CPRE]

Exemple : L'échec d'une réduction fermée de l'articulation de l'épaule se produit lorsque le médecin responsable ne parvient pas à réduire l'os déplacé à son emplacement anatomique normal malgré ses efforts. **Codifiez la réduction fermée**, même si le résultat attendu n'a pas été obtenu. Le patient subit une réduction ouverte et une fixation interne lors d'une intervention ultérieure.

1.TA.73.JA Réduction, articulation de l'épaule, approche fermée (externe)

Exception

L'échec de l'épreuve de travail après une césarienne antérieure (sous-catégorie O66.4) et l'échec de l'application de ventouse et de forceps (sous-catégorie O66.5) sont représentés dans la CIM-10-CA et ne se prêtent pas à cette norme de codification. Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions associées à l'accouchement](#).

Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions abandonnées](#).

Changement de plan au cours d'une intervention

En vigueur depuis 2001, modifié en 2007

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une intervention différente de celle initialement prévue est réalisée, ne codifiez que l'intervention réellement pratiquée.

L'intervention thérapeutique prévue n'a aucune importance clinique et ne doit pas être enregistrée dans l'abrégié. La codification des interventions thérapeutiques correspond à l'intervention réellement pratiquée.

Exemple : Une patiente est admise pour une douleur abdominale. Une appendicite est suspectée et la patiente est amenée en salle d'opération pour une appendicectomie. Lors de la laparotomie, il est apparu clairement que la patiente présentait un kyste rompu de l'ovaire et un appendice normal. Une ovariectomie unilatérale est réalisée.

1.RB.89.LA

Excision totale, ovaire, approche ouverte

Lieu : U

Interventions converties

En vigueur depuis 2001, modifié en 2018

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une intervention est d'abord pratiquée par approche endoscopique mais est modifiée pour une approche ouverte, sélectionnez le qualificateur pour indiquer l'approche ouverte et l'attribut de situation « C » (convertie).

La CCI permet la saisie d'information concernant des interventions commencées par voie endoscopique et qui, pour diverses raisons, doivent être changées en approche ouverte. L'attribut de situation « C » (convertie) est disponible pour les interventions les plus fréquentes au cours desquelles cette situation peut survenir. L'intervention est codifiée avec le qualificateur approprié désignant l'approche ouverte, suivi de l'attribut de situation « C ».

Remarque

Lorsqu'une intervention répond aux critères d'intervention « convertie », il est obligatoire d'appliquer l'attribut de situation « C », lorsqu'il est disponible, même si ledit attribut n'est pas activé comme étant obligatoire dans Folio (c.-à-d. que la boîte de l'attribut de situation n'est pas rose dans Folio).

Exemple : Un patient est admis pour une cholécystectomie par laparoscopie. Pendant l'intervention, des adhérences importantes sont découvertes et l'intervention est donc convertie en cholécystectomie par approche ouverte.

1.OD.89.LA

Excision totale, vésicule biliaire, approche ouverte
cholécystectomie uniquement, sans extraction (de calculs)

Situation : C

Interventions reprises

En vigueur depuis 2003, modifié en 2009, 2012, 2015

La description d'une intervention thérapeutique comme une « reprise » dans la CCI requiert l'utilisation de l'attribut de situation « R ».

Remarque

L'attribut de situation « R » (reprise) est actuellement activé en tant qu'obligatoire (c.-à-d. la boîte de l'attribut de situation est rose) dans le cas des interventions les plus courantes qui pourraient faire l'objet d'une « reprise ». Cependant, lorsque la boîte de l'attribut est jaune, il est obligatoire d'attribuer l'attribut de situation « R » lorsque les critères énoncés dans la directive ci-dessous sont satisfaits.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Utilisez l'attribut de situation « R » lorsque l'intervention actuelle est une « répétition » complète ou partielle d'une intervention antérieure pour pallier un problème, qu'il soit prévu (p. ex. fin de la durée de vie d'un appareil) ou inattendu (p. ex. une complication).

Remarque

Les interventions suivantes **ne sont pas** classées comme des reprises :

- Réinsertion d'endoprothèses, de cathéters et de systèmes de dérivation (p. ex. 1.^52.^) :
Le remplacement des endoprothèses et des cathéters est si courant qu'il est considéré comme un événement attendu, en particulier lorsque ces dispositifs sont placés in situ à long terme.
- Gestion de tout dispositif interne (1.^54.^) : Les dispositifs tels que les stimulateurs cardiaques, les lentilles intraoculaires, les drains thoraciques ou les prothèses péniennes sont toujours synonymes d'un retour sur le site de l'implant d'origine. Par conséquent, il est redondant de codifier ces interventions comme des reprises et l'attribut correspondant n'est pas disponible pour cette intervention générique.
- Contrôle d'une hémorragie par application locale d'un agent antihémorragique, par pansement occlusif, par diathermie ou dispositif thermique, par électrocautérisation, par compression manuelle externe ou par compression directe du site (1.^13.^ et ne requiert pas de réapposition par suture, agrafe, etc.).
- Gestion des blessures opératoires, par exemple réparation initiale d'une hernie cicatricielle, parage initial d'une plaie et reprise initiale de cicatrice.
- Implantation d'un appareil interne (1.^53.^) lorsqu'il s'agit de l'implantation initiale d'un appareil interne à un site où une intervention a été effectuée auparavant.
- Seconde résection au même site anatomique : Cette intervention est habituellement pratiquée pour enlever du tissu atteint supplémentaire et doit systématiquement être considérée comme une « nouvelle » résection.
- Toute intervention sur un site construit chirurgicalement (c.-à-d. les sites anatomiques OW — Sites construits chirurgicalement dans le tube digestif et les voies biliaires, PV — Appareil urinaire construit chirurgicalement et KY — Artère avec veine) : Ces interventions sont toujours des reprises en elles-mêmes et l'attribut de situation « R » n'est pas disponible.
- Les interventions diagnostiques répétées, comme les biopsies effectuées pour découvrir s'il y a eu récurrence d'une pathologie à un site anatomique ou les inspections n'entraînant pas d'autre intervention (p. ex. une laparoscopie exploratrice postopératoire), ne peuvent pas être désignées comme des « reprises », puisqu'elles n'entraînent pas de changement réel par rapport à l'intervention antérieure sur ce même site anatomique.



Exemple : Diagnostic : Descellement de l'arthroplastie de la hanche gauche

Intervention antérieure : Arthroplastie totale de la hanche gauche

Intervention actuelle : Remplacement de la capsule acétabulaire par greffe osseuse et ciment

Code	BDCP	Série	Description
T84.030	(M)	A	Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, laxité
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

1.SQ.53.LA-PM-Q Implantation d'un appareil interne, bassin, par une source combinée de tissus [p. ex. greffe osseuse, ciment ou pâte], prothèse à un composant [p. ex. cupule]

Situation : R

Lieu : L

Justification : Cet exemple satisfait aux critères d'une reprise puisqu'il s'agit d'une répétition partielle d'une intervention antérieure. Il est obligatoire d'attribuer l'attribut de situation « R ». La reprise est réalisée pour une raison inattendue.



Exemple : Diagnostic : Fin de vie utile du stimulateur cardiaque

Intervention précédente : Implantation d'un stimulateur à double chambre pouvant s'accélérer à l'effort (DDD)

Intervention actuelle : Remplacement total du stimulateur à double chambre pouvant s'accélérer à l'effort (DDD), ce qui comprend le remplacement de la batterie et du générateur ainsi que le remplacement des fils ventriculaires et auriculaires

Code	BDCP	Description
Z45.00	(M)	Ajustement et entretien d'un stimulateur/pacemaker cardiaque

1.HZ.53.GR-NK Implantation d'un appareil interne, cœur NCA, approche transluminale percutanée [veineuse] ou approche SAI, stimulateur/pacemaker double chambre pouvant s'accélérer à l'effort [modes DVI, DDD, DDDR]

Situation : R

Étendue : AV

Justification : Cet exemple satisfait aux critères d'une reprise puisqu'il s'agit d'une répétition complète d'une intervention antérieure. Il est obligatoire d'attribuer l'attribut de situation « R » bien que la boîte de l'attribut de situation soit jaune. La raison de cette répétition est prévue.



Exemple : Diagnostic : Douleur au genou gauche. Le patient a subi une ménisectomie au genou gauche deux ans auparavant et il a développé de l'arthrose qui nécessite maintenant une arthroplastie totale du genou.

Intervention antérieure : Réparation du genou par ménisectomie

Intervention actuelle : Remplacement total de la prothèse du genou, non cimentée, utilisation d'une prothèse à trois composants

Code	BDCP	Description
M17.9	(M)	Gonarthrose, sans précision

1.VG.53.LA-PP Implantation d'un appareil interne, articulation du genou, non cimentée, prothèse à trois composants

Situation : P

Lieu : L

Étendue : 3

Justification : Cet exemple ne répond pas aux critères de révision, car il ne s'agit pas d'une répétition d'une intervention précédente pour le problème au ménisque. Il s'agit de la première implantation d'une prothèse.



Exemple : Diagnostic : Fuite de la prothèse mammaire gauche

Intervention antérieure : Insertion de prothèses mammaires bilatérales en silicone

Intervention actuelle : Remplacement de la prothèse mammaire gauche par un nouvel implant en silicone, approche ouverte, aucune greffe requise

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T85.4	(M)	PP	A	Complication mécanique d'une prothèse et d'un implant mammaires
Y81.2	(9)	AP	A	Appareils utilisés en chirurgie générale et esthétique, associés à des incidents adverses, prothèse et autres implants, matériaux et accessoires

1.YM.79.LA-PM Réparation d'augmentation, sein, approche ouverte, sans utilisation de tissu, avec implantation de prothèse

Situation : R

Justification : Cet exemple satisfait aux critères d'une reprise puisqu'il s'agit d'une répétition complète d'une intervention antérieure. Il est obligatoire d'attribuer l'attribut de situation « R ». La reprise est réalisée pour une raison inattendue.



Exemple : Diagnostic : Hernie cicatricielle dans la partie supérieure de l'abdomen à la suite d'une cholécystectomie

Intervention antérieure : Cholécystectomie

Intervention actuelle : Herniorraphie avec treillis et autogreffe, approche ouverte

Code	BDCP	SNISA	Description
K43.2	(M)	PP	Hernie incisionnelle, sans occlusion ni gangrène

1.SY.80.LA-XX-Q Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, approche ouverte, utilisation d'une source combinée de tissus
[p. ex. treillis avec autogreffe]

Situation : 0

Lieu : UP

Justification : Cet exemple ne répond pas aux critères d'une reprise puisqu'il s'agit de la première réparation d'une hernie cicatricielle (c.-à-d. qu'il ne s'agit pas d'une hernie cicatricielle récurrente qui a été réparée auparavant).



Exemple : Diagnostic : Un patient présente des symptômes continus de compression nerveuse après une libération du canal carpien (poignet gauche) effectuée deux ans auparavant

Intervention antérieure : Libération du canal carpien, poignet gauche

Intervention actuelle : Libération du canal carpien, poignet gauche

Code	BDCP	SNISA	Description
G56.0	(M)	PP	Syndrome du canal carpien

1.BN.72.LA Libération, nerfs de l'avant-bras et du poignet, approche ouverte

Situation : R

Justification : Cet exemple répond aux critères de révision, car il s'agit d'une répétition complète d'une intervention pratiquée précédemment. Il est obligatoire d'attribuer l'attribut de situation « R » bien que la boîte de l'attribut de situation soit jaune. La raison de cette répétition est inattendue.



Exemple : Un an après la fixation des deuxième et troisième métatarses du pied droit, le patient revient en raison d'une douleur excessive et d'une migration des broches (détectée par radiographie). Le chirurgien décide de fusionner les articulations MTP, car la fracture est mal consolidée et la fixation n'est pas une solution appropriée chez cet homme obèse. Au cours de cette intervention, du fil métallique est utilisé et un greffon d'os est prélevé sur la crête iliaque.

Code	BDCP	Série	Description
M84.07	(M)		Fracture mal consolidée, cheville et pied
T84.15	(1)	A	Complication mécanique d'un appareil de fixation interne des os du pied
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

1.WJ.75.LA-KD-A Fusion, articulations tarsométatarsiennes, autres métatarses et autres articulations métatarsophalangiennes [avantpied], fusion articulaire uniquement, avec autogreffe osseuse, utilisation de fil, d'agrafes

Situation : R

1.SQ.58.LA-XX-A Prélèvement, bassin, d'une autogreffe [os] [p. ex. greffon osseux de crête iliaque], approche ouverte

Justification : Cet exemple répond aux critères de révision, car il s'agit d'une répétition complète d'une correction de la fracture, quoiqu'il s'agisse d'une intervention différente pour le même résultat. Il est obligatoire d'attribuer l'attribut de situation « R » bien que la boîte de l'attribut de situation soit jaune. La raison de cette répétition est inattendue.

Intervention en plusieurs étapes versus reprise d'une intervention

Les interventions à plusieurs étapes supposent un traitement complexe planifié dès la première chirurgie. Les reprises sont pratiquées en cas de problème qui requiert une « répétition » complète ou partielle.

Directive pour la BDCP et le SNISA

S Utilisez l'attribut de situation « S » à toutes les interventions chirurgicales (initiales et subséquentes) qui font partie d'un traitement complexe. Actuellement, la saisie de l'intervention à plusieurs étapes est facultative. Cependant, les établissements peuvent choisir de le faire en fonction de leurs besoins particuliers en données.

Remarque

Il est parfois difficile de déterminer si une seconde intervention est une reprise ou si elle fait partie d'une série d'étapes prévues afin d'obtenir les résultats souhaités. En cas de doute, discutez de la décision d'utiliser l'attribut d'intervention à plusieurs étapes ou de reprise avec le chirurgien.



Exemple : Une enfant née avec une fente faciale subit une réparation à la majeure partie de son visage lors d'une intervention antérieure. Cette enfant se présente maintenant pour une réparation de fente palatine.

Code	BDCP	Description
Q35.9	(M)	Fente du palais, sans précision

1.FB.86.LA-XX-E Fermeture de fistule, palais dur, par lambeau local

Situation : S (facultatif)



Exemple : Une enfant ayant subi une réparation de fente palatine est admise pour une fermeture au palais due à une fistule palatine.

Code	BDCP	Série	Description
T81.82	(M)	A	Fistule post-opératoire persistante
Y83.4	(9)	A	Autre intervention chirurgicale réparatrice, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

1.FB.86.LA-XX-E Fermeture de fistule, palais dur, par lambeau local

Situation : R

Justification : Il s'agit d'une reprise et non d'une intervention à plusieurs étapes. La fistule palatine est une complication de la réparation d'origine et n'était pas prévue. Il est obligatoire d'attribuer l'attribut de situation « R » bien que la boîte de l'attribut de situation soit jaune.

Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires

Infections

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2009, 2015, 2018

Reportez-vous également aux normes de codification [Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification](#) et [Micro-organismes résistants aux médicaments](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lors de la codification d'une infection dont l'agent pathogène est inconnu, codifiez l'infection selon le site atteint.

BS Exemple : Une patiente se présente pour une douleur abdominale, qui est par la suite diagnostiquée comme étant secondaire à une infection des voies urinaires.

Code	Description
N39.0	Infection des voies urinaires, siège non précisé

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque l'agent pathogène est connu, classez le cas selon l'une des trois possibilités suivantes, tel que mentionné dans la classification :

- Utilisez la double classification (dague et astérisque) avec un code précisant l'agent infectieux, suivi du code de la manifestation. Ces deux codes doivent être utilisés ensemble pour bien identifier la maladie infectieuse.
- Utilisez un code de combinaison.
- Utilisez deux codes; le premier sert à identifier la manifestation locale de la maladie et le deuxième, l'agent infectieux. L'agent infectieux est classé aux catégories B95 à B98 cependant l'attribution de codes à ces catégories est facultative. Si ces codes sont attribués, ceux-ci seront un diagnostic de type (3)/autre problème.

Exception

Attribuez un code des catégories B95 à B98 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsque l'agent pathogène est un des micro-organismes résistants aux médicaments précis. Reportez-vous également à la norme de codification [Micro-organismes résistants aux médicaments](#).



Exemple : Une patiente reçoit un diagnostic d'infection à *Candida* de la vulve et du vagin.

Code	Description
B37.3[†]	Candidose de la vulve et du vagin
N77.1[*]	Vaginite, vulvite et vulvo-vaginite au cours de maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs

Justification : La candidose de la vulve et du vagin est classée au moyen de la double classification (dague et astérisque).



Exemple : Diagnostic final : Diarrhée à *Clostridium difficile* résistante à de multiples antibiotiques

Code	Description
A04.7	Entérocolite à <i>Clostridium difficile</i>

Justification : La diarrhée à *Clostridium difficile* est classée à un code de combinaison. Cette affection est l'une des causes les plus courantes de diarrhée consécutive à un traitement antibiotique. La diarrhée consécutive à un traitement antibiotique n'est pas la même qu'une infection attribuable à un micro-organisme résistant à un médicament particulier; par conséquent, n'attribuez pas U83.7 *Résistance à de multiples antibiotiques*.

BS Exemple : Un examen de laboratoire permet au médecin de confirmer le diagnostic de cystite aiguë causée par la bactérie *E. coli*.

Code	BDCP	SNISA	Description
N30.0	(M)	PP	Cystite aiguë
B96.2	(3)	AP	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>], cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)

Justification : La cystite aiguë causée par la bactérie *E. coli* est classée au moyen de deux codes. L'un désigne l'affection qui s'est manifestée localement (cystite), tandis que l'autre désigne l'organisme infectieux documenté (*E. coli*); toutefois, l'attribution de B96.2 est facultative.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque seul l'agent infectieux a été identifié et que le siège de l'infection n'est pas précisé, l'infection est codifiée comme « infection bactérienne, siège non précisé ».

BS Exemple : Le dossier indique « infection à staphylocoques ».

Code	Description
A49.0	Infection à staphylocoques, siège non précisé

Micro-organismes résistants aux médicaments

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2009, 2012, 2015, 2018

La présence des micro-organismes résistants aux médicaments *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (ERC), des micro-organismes producteurs de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) et des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) constituent un problème croissant qui menace la sécurité des patients dans les hôpitaux partout au pays. Une fois logés dans un établissement de soins de santé, ces micro-organismes résistants aux médicaments peuvent être difficiles à traiter, compromettre la santé du patient dont l'état est déjà fragile et se propager à d'autres patients.

Lorsqu'un patient présente une infection attribuable à un SARM, aux ERC, aux micro-organismes producteurs de BLSE ou aux ERV, cela signifie que le micro-organisme résistant aux médicaments a causé l'infection. L'attribution appropriée des codes est décrite dans la directive ci-dessous.

Infections attribuables à un SARM, aux ERC, aux BLSE ou aux ERV

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le médecin/dispensateur de soins principal documente clairement que l'infection actuelle est causée par un SARM, des ERC, des micro-organismes producteurs de BLSE ou des ERV, il est obligatoire d'attribuer la combinaison de codes appropriée afin d'identifier

- le siège de l'infection, comme diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème;
- les micro-organismes infectieux des catégories B95 à B98 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres*, comme diagnostic de type (3)/autre problème;
- la résistance à des médicaments particuliers comme diagnostic de comorbidité de type (1) ou (2)/autre problème des catégories :
 - U82.1 *Résistance à la méthicilline*; ou
 - U82.20 *Résistance aux carbapénèmes*; ou
 - U82.28 *Résistance à d'autres antibiotiques bêta-lactames à spectre étendu précisés*; ou
 - U83.0 *Résistance à la vancomycine*.

Remarque

La documentation provenant du personnel de la prévention des infections, qui établit que le patient présente une infection causée par un SARM, des ERC, des micro-organismes producteurs de BLSE ou des ERV peut être utilisée pour l'attribution de codes conformément aux directives ci-dessus.

Remarque

Il est obligatoire d'appliquer l'indicateur de série à l'ensemble des codes utilisés pour décrire une infection par un micro-organisme résistant aux médicaments. Reportez-vous également à la norme de codification [Indicateur de série](#).



Exemple : Un patient atteint d'arthrose bilatérale primaire de la hanche est admis pour subir une arthroplastie totale de la hanche gauche. Cinq jours après la chirurgie, le médecin inscrit dans le dossier que le patient présente une infection de la prothèse de la hanche avec présence de SARM dans la plaie. Le patient reçoit des antibiotiques et il est isolé. Lors d'une consultation avec une infirmière spécialisée en prévention des infections, on établit le protocole SARM.

Code	BDCP	Série	Description
M16.0	(M)		Coxarthrose primaire, bilatérale
T84.53	(2)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse de la hanche
B95.6	(3)	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.1	(2)	A	Résistance à la méthicilline
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La documentation indique clairement que l'infection est causée par un SARM. Il est obligatoire d'attribuer une série de codes pour décrire une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments précis : l'infection (T84.53), le micro-organisme précis causant l'infection ((B95.6) et la résistance précise à un médicament (U82.1).



Exemple : **Diagnostic final :** Infection urinaire due à E. coli BLSE

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
N39.0	(M)	PP	A	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B96.2	(3)	AP	A	Escherichia coli [E. coli], cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.28	(1)	AP	A	Résistance à d'autres antibiotiques bêta-lactames à spectre étendu précisés

Justification : La documentation indique clairement que l'infection urinaire est causée par l'E. coli BLSE. Il est obligatoire d'attribuer une série de codes pour décrire une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments précis : l'infection (N39.0), le micro-organisme précis causant l'infection (B96.2) et la résistance précise à un médicament (U82.28).



Exemple : Un patient est admis pour le traitement d'une infection des ulcères de décubitus de stade II. Selon la documentation, ces ulcères sont infectés par les ERV et le SARM.

Code	BDCP	Série	Description
L89.1	(M)	A	Stade II ulcère de décubitus [pression]
U82.1	(1)	A	Résistance à la méthicilline
B95.6	(3)	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U83.0	(1)	A	Résistance à la vancomycine
B95.21	(3)	A	Entérocoque, cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Justification : La documentation indique clairement que l'infection des ulcères de décubitus est due aux ERV et au SARM. Il est obligatoire d'attribuer une série de codes pour décrire une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments précis : l'infection (L89.1), le micro-organisme précis causant l'infection (B95.6 et B95.21) et la résistance précise à un médicament (U82.1 et U83.0).



Exemple : Un patient est admis en raison d'un diagnostic de pneumonie due au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
J15.2	(M)	PP	A	Pneumonie due à des staphylocoques
B95.6	(3)	AP	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
U82.1	(1)	AP	A	Résistance à la méthicilline

Justification : La documentation indique clairement que l'infection est due au SARM. Il est obligatoire d'attribuer une série de codes pour décrire une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments précis : l'infection (J15.2), le micro-organisme précis causant l'infection (B95.6) et la résistance précise à un médicament (U82.1).

Porteurs de micro-organismes résistants aux médicaments

Un patient est porteur de SARM, d'ERC, de micro-organismes producteurs de BLSE ou d'ERV lorsque le micro-organisme est présent sur le corps ou dans l'organisme, mais ne provoque pas de maladie. Les patients ne présentent aucun signe ou symptôme d'infection, mais le rapport de microbiologie indique la présence de SARM, d'ERC, de micro-organismes producteurs de BLSE ou d'ERV. Z22.30– *Sujet porteur de micro-organismes résistant aux médicaments* est attribué lorsque la documentation fait état d'un rapport de microbiologie positif au SARM, aux ERC, aux micro-organismes producteurs de BLSE ou aux ERV **sans** indication d'une infection causée par ces micro-organismes. De nombreux établissements ont des politiques et des procédures de détection de micro-organismes résistants aux médicaments chez certains patients. Une connaissance de ces politiques et procédures vous aidera à bien interpréter la documentation.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez Z22.30– *Sujet porteur de micro-organisme résistant aux médicaments*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, lorsqu'il est documenté que le patient est porteur d'un certain micro-organisme résistant aux médicaments.

Remarque

La documentation provenant du personnel infirmier ou de la prévention des infections, qui établit que le patient est porteur d'un certain micro-organisme résistant aux médicaments, peut être utilisée pour l'attribution de Z22.30– comme diagnostic obligatoire de type (3)/autre problème.

BS Exemple : Un patient se présente avec une insuffisance cardiaque congestive. Le médecin inscrit au dossier qu'un prélèvement sur écouvillon réalisé au moment de l'admission a révélé la présence de SARM. Il n'y a aucune documentation indiquant que le patient présente actuellement une infection. Par mesure de précaution, le patient est isolé.

Code	BDCP	SNISA	Description
I50.0	(M)	PP	Insuffisance cardiaque congestive
Z22.300	(3)	AP	Porteur de staphylocoque résistant aux médicaments

Septicémie/sepsie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2008, 2009, 2012, 2015, 2018

La sepsie, cette réponse de l'organisme à une infection, peut s'aggraver au point d'exiger des soins médicaux urgents. Si elle devient sévère, elle peut provoquer des dommages graves aux tissus, la défaillance d'organes ou le décès. La sepsie peut être occasionnée par de nombreuses infections bactériennes, fongiques ou virales qui se répandent dans le sang. Même si la sepsie peut être consécutive à des infections bénignes, en particulier la grippe ou une infection urinaire, elle se manifeste généralement davantage chez les personnes souffrant de blessures graves, dont le système immunitaire est extrêmement affaibli et qui présentent des lésions ouvertes ou exposées résultant de la présence de cathéters¹.

Reportez-vous également aux normes de codification [Micro-organismes résistants aux médicaments](#), [Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né](#), [Syndrome de réponse inflammatoire systémique \(SRIS\) ou syndrome d'inflammation systémique](#) et [Affections post-intervention](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code pour la septicémie/sepsie uniquement lorsque le médecin a inscrit ce diagnostic au dossier. Ce diagnostic ne peut être présumé, ni éliminé, sur la seule base des résultats de laboratoire.

- Lorsque l'infection localisée sous-jacente est documentée, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type significatif.
- Lorsqu'un choc septique est documenté, attribuez également R57.2 *Choc septique*, obligatoire.

Exception

Lorsque la sepsie et l'infection localisée sous-jacente sont classées à l'aide de la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque, il faut attribuer un diagnostic de type (3) ou (6) à l'infection localisée.

B Exemple : Le rapport d'examen physique et des antécédents indique que le patient a été vu au service d'urgence le 1^{er} janvier et qu'il a obtenu son congé après avoir reçu un diagnostic d'infection urinaire à *E. coli*. Le patient retourne au service d'urgence le 3 janvier, disant ne pas se sentir bien. Il est admis à l'unité de soins intensifs avec un diagnostic de sepsie.

Diagnostic final : Sepsie à *E. coli* due à une infection urinaire

Code	BDCP	Description
A41.50	(M)	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>)
N39.0	(1)	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B96.2	(3)	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>], cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)

Justification : Lorsque l'infection localisée sous-jacente est documentée pour les cas de sepsie généralisée, les codes désignant à la fois la sepsie et l'infection localisée sont attribués comme diagnostics de type significatif.

B Exemple : Une patiente est traitée à l'unité de soins intensifs pour une septicémie à staphylocoques dorés causée par une pneumonie.

Diagnostic final : Sepsie et pneumonie dues à des staphylocoques dorés

Code	BDCP	Description
A41.0	(M)	Sepsie à staphylocoques dorés
J15.2	(1)	Pneumonie due à des staphylocoques

Justification : La sepsie est documentée et, par conséquent, A41.0 est attribué. Ce code correspond à la définition d'un diagnostic principal.



Exemple : Un patient de 35 ans ayant subi un traumatisme est gardé à l'unité de soins intensifs pendant plusieurs jours. Il développe une infection des voies urinaires à *E. coli* qui évolue en septicémie à *E. coli*. L'état du patient se détériore; il présente des signes d'insuffisance rénale aiguë et d'insuffisance hépatique menant à un choc septique. Il décède par la suite, malgré le traitement rigoureux qu'il a reçu.

Code	BDCP	Description
A41.50	(2)	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>)
N17.9	(2)	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
K72.9	(2)	Insuffisance hépatique, sans précision
R57.2	(2)	Choc septique
N39.0	(2)	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B96.2	(3)	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>], cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)
R65.1	(3)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë (facultatif)

Remarque

Parfois, les médecins utilisent le terme « sepsie » pour décrire une infection localisée. Ainsi, il faut être attentif lors de l'attribution de ce code. Lorsque le terme « sepsie » est utilisé pour décrire une infection localisée, recherchez le terme pilote « infection » plutôt que « sepsie ».



Exemple : Une patiente subit une hystérectomie abdominale et développe une fièvre deux jours après l'intervention. Le site de l'incision présente de la rougeur ainsi qu'un écoulement purulent. Le médecin inscrit au dossier que la patiente a une sepsie de la plaie causée par le *Staphylococcus epidermidis*.

Code	BDCP	Série	Description
T81.4	(2)	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
B95.7	(3)	A	Autres staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)
Y83.6	(9)	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Le médecin a utilisé le terme « sepsie » pour décrire une infection localisée (rougeur et écoulement purulent). Aucune documentation ne fait état d'une maladie touchant l'ensemble du corps, ainsi, il ne faut pas attribuer un code pour une septicémie/sepsie. Étant donné qu'il s'agit d'une affection post-intervention, il est obligatoire d'utiliser l'indicateur de série pour tous les codes liés à cette affection afin de démontrer la relation entre ces diagnostics. Reportez-vous également à la norme de codification [Affections post-intervention](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une septicémie/sepsie est classée dans l'une des catégories suivantes :

- O03-O05 *Grossesse se terminant par un avortement* (avec le quatrième caractère .0 ou .5)
 - O07.3 *Échec d'une tentative d'avortement, avec complications*
 - O08.0– *Infection de l'appareil génital et des organes pelviens, consécutive à un avortement, ou à une grossesse ectopique et molaire*
 - O75.3– *Autres infections au cours du travail*
 - O85.– *Sepsie puerpérale*
 - O98.– *Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* (avec le quatrième caractère .2, .5 ou .8)
 - T80.2 *Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion*
 - T81.4 *Infection après une procédure, non classée ailleurs*
 - T88.0 *Infection consécutive à vaccination*
 - T82-T85 *Infection et réaction inflammatoire dues à des prothèses, implants et greffes*
- attribuez le code approprié, selon la liste ci-dessus, comme diagnostic significatif, problème principal ou autre problème;
 - attribuez un code supplémentaire, **obligatoire**, pour préciser le type de sepsie, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Remarque

Les catégories T82 à T85 *Infection et réaction inflammatoire dues à des prothèses, implants et greffes* sont utilisées uniquement lorsque le dossier indique qu'une prothèse, une greffe ou un implant infecté est responsable de la sepsie. Si tel n'est pas le cas, attribuez T81.4 *Infection après une procédure, non classée ailleurs*. Reportez-vous également à la norme de codification [Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes](#).

BS Exemple : Une patiente qui a subi un avortement spontané incomplet présente une septicémie à *Candida* diagnostiquée pendant l'épisode de soins en cours.

Code	BDCP	SNISA	Description
O03.0	(M)	PP	Avortement spontané, incomplet, compliqué d'une infection de l'appareil génital et des organes pelviens
B37.7	(3)	AP	Sepsie à <i>Candida</i>

B Exemple : Un patient contracte une septicémie à *E. coli* postopératoire consécutive à une colectomie totale avec création d'un abouchement.

Code	BDCP	Série	Description
T81.4	(2)	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
A41.50	(3)	A	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>)
Y83.3	(9)	A	Intervention chirurgicale avec abouchement externe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention.

B Exemple : Un patient contracte une sepsie à staphylocoques postopératoire, documentée comme étant due au remplacement d'une valvule cardiaque prothétique.

Code	BDCP	Série	Description
T82.6	(2)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque
A41.2	(3)	A	Sepsie à staphylocoques non précisés
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention.



Exemple : Un patient atteint du cancer du côlon est admis pour une colectomie totale avec iléostomie. Le lendemain de l'opération, il contracte une sepsie à staphylocoques postopératoire. Quatre jours après l'opération, le patient est transféré à l'unité de soins intensifs en raison d'un choc septique.

Code	BDCP	Série	Description
T81.4	(2)	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
A41.2	(3)	A	Sepsie à staphylocoques non précisés
T81.1	(2)	A	Choc pendant ou résultant d'une procédure, non classé ailleurs
R57.2	(3)	A	Choc septique
Y83.3	(9)	A	Intervention chirurgicale avec abouchement externe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Selon la recherche du terme « sepsie » dans l'index alphabétique, la sepsie postopératoire est classée à T81.4. Selon la directive « Utiliser un code supplémentaire » au code T81.4, il est obligatoire d'ajouter un code pour apporter plus de précision. Par conséquent, A41.2 est attribué pour préciser le type de sepsie.

Selon la directive, il est obligatoire d'attribuer aussi un code pour le choc septique (R57.2). Le choc septique postopératoire est classé à T81.1, selon la recherche des termes « choc », « postopératoire » dans l'index alphabétique. R57.2 est attribué pour préciser le type de choc, selon la directive « Utiliser un code supplémentaire » au code T81.1.



Exemple : Un patient est admis à l'unité de soins intensifs en raison d'un diagnostic de sepsie à *E. coli* due au cathéter central et d'un choc septique. Il est placé sous traitement antibiotique. Il obtient son congé par la suite.

Code	BDCP	Série	Description
T82.701	(M)	A	Infection et réaction inflammatoire sanguine dues à un cathéter veineux central
A41.50	(3)	A	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>)
T82.8	(1)	A	Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
R57.2	(3)	A	Choc septique
Y84.8	(9)	A	Autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Selon la recherche dans l'index alphabétique, une infection due à ou résultant d'un cathéter de perfusion décrite comme une sepsie (ou infection du sang) due à un cathéter veineux central est classée à T82.701. Selon la directive « Utiliser un code supplémentaire » au code T82.701, il est obligatoire d'ajouter un code pour apporter plus de précision. Par conséquent, A41.50 est attribué pour préciser le type de sepsie.

Selon la directive, il est obligatoire d'attribuer aussi un code pour le choc septique (R57.2). Le choc septique associé à un cathéter central est classé à T82.8, selon la recherche des termes « Complication; perfusion; cathéter; précisées NCA » dans l'index alphabétique. R57.2 est attribué pour préciser le type de choc, selon la directive « Utiliser un code supplémentaire » au code T82.8.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque plus d'un micro-organisme est responsable de la septicémie/sepsie, attribuez un code pour chacun.

BS Exemple : Un patient souffre d'une septicémie, documentée comme étant due aux bactéries *E. coli* et staphylocoques.

Code	Description
A41.50	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>)
A41.2	Sepsie à staphylocoques non précisés

Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007, 2008, 2012, 2015

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient souffrant du SIDA/VIH se présente pour la prise en charge d'une ou de plusieurs manifestations du SIDA/VIH, attribuez

- B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]* comme diagnostic principal/problème principal;
- un code supplémentaire pour la manifestation traitée comme diagnostic de type (1)/autre problème en deuxième position.

BS Lorsqu'un diagnostic de SIDA ou de VIH est inscrit, présumez qu'une affection documentée, classée dans les catégories suivantes, est une manifestation du SIDA :

- Maladies infectieuses et parasitaires : A00-B19, B25-B34, B99;
- Mycoses : B35-B49;
- Maladies dues à des protozoaires : B58-B64;
- Tumeurs : C46.-, C81-C96; ou
- Pneumonies (virale, bactérienne et infectieuse) : J12-J18².

Remarque

Les directives ci-haut s'appliquent lorsqu'une maladie due au SIDA ou au VIH est enregistrée. Elles ne s'appliquent pas si le diagnostic est « séropositivité au VIH ».

Les manifestations du SIDA ne se limitent pas aux catégories de la liste ci-dessus. Cette liste présente les manifestations « présumées » si aucun lien n'est établi dans le dossier. Lorsqu'une affection est documentée comme résultant d'une maladie due au VIH ou au SIDA, classez cette affection comme une manifestation.

Remarque

B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]* ne peut être le diagnostic principal/problème principal sans qu'un code supplémentaire ne soit utilisé pour au moins une manifestation.

Remarque

B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]* ne doit pas être enregistré en tant que diagnostic de comorbidité après l'admission (diagnostic de type (2)).



Exemple : Un patient atteint du SIDA est admis pour un traitement du sarcome de Kaposi du palais mou. Il présente également un lymphome, qui n'a fait l'objet d'aucun traitement au cours de cette admission.

Code	BDCP	Description
B24	(M)	Immunodéficience humaine virale [VIH]
C46.2	(1)	Sarcome de Kaposi du palais
C85.9	(3)	Lymphome non hodgkinien, non précisé



Exemple : Un patient est admis en raison d'une démence sévère liée au SIDA. Il présente également un sarcome de Kaposi de la peau qui n'a fait l'objet d'aucun traitement au cours de cette admission.

Code	BDCP	Description
B24†	(M)	Immunodéficience humaine virale [VIH]
F02.4*	(6)	Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
C46.0	(3)	Sarcome de Kaposi de la peau

Justification : F02.4* est le seul code à astérisque qui peut être classé en **seconde position** sur l'abrégié après B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]*. Puisque les soins sont axés sur la démence associée au SIDA, on lui a attribué le type de diagnostic (6).

BS **Exemple :** Patient atteint du SIDA qui reçoit un traitement contre une pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (PPJ).

Code	BDCP	SNISA	Description
B24	(M)	PP	Immunodéficience humaine virale [VIH]
B48.5†	(1)	AP	Pneumocystose
J17.2*	(3)	AP	Pneumonie au cours de mycoses

BS **Exemple :** Patient atteint du SIDA qui consulte en raison d'un syndrome cachectique dû au VIH.

Code	BDCP	SNISA	Description
B24	(M)	PP	Immunodéficience humaine virale [VIH]
R64	(1)	AP	Cachexie

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le diagnostic est inscrit comme « séropositivité au VIH », qu'il n'y a aucune documentation d'une maladie due au SIDA ou au VIH et que le patient

- présente une maladie révélatrice figurant dans la liste *Surveillance nationale, définition de cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), maladies révélatrices* (voir ci-dessous), attribuez B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]*.
- ne présente pas une maladie révélatrice figurant dans la liste *Surveillance nationale, définition de cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), maladies révélatrices* (voir ci-dessous), attribuez Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*.

Surveillance nationale, définition de cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), maladies révélatrices chez les adultes et les adolescents de ≥ 15 ans³

Cancer du col utérin (invasif)

Candidose (œsophagienne)

Candidose (bronches, trachée ou poumons)

Coccidioïdomycose (diffuse ou extrapulmonaire)

Complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii* (infection diffuse ou extrapulmonaire)

Cryptococcose (extrapulmonaire)

Cryptosporidiose intestinale chronique (plus d'un mois)

Encéphalopathie liée au VIH (démence)

Herpès simplex : ulcération(s) chronique(s) (plus d'un mois) ou bronchite, pneumonite ou œsophagite

Histoplasmosse (diffuse ou extrapulmonaire)

Infection à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques)

Isosporiase intestinale chronique (plus d'un mois)

Leucoencéphalopathie multifocale progressive

Lymphome (primaire du cerveau)

Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)

Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)

Mycobacterium tuberculosis (infection diffuse ou extrapulmonaire)

Mycobacterium tuberculosis (pulmonaire)

Mycobacterium appartenant à une autre espèce ou à une espèce non identifiée

Pneumonie bactérienne (récurrente)

Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (anciennement appelée pneumonie *Pneumocystis carinii*)

Rétinite à cytomégalovirus (avec cécité)

Sarcome de Kaposi

Sepsie à *Salmonella* (récurrente)

Syndrome cachectique dû au VIH

Toxoplasmose du cerveau

Maladies révélatrices pour les cas pédiatriques seulement (moins de 15 ans)

Infections bactériennes (multiples ou récurrentes, à l'exclusion de la pneumonie bactérienne récurrente)

Pneumonie lymphoïde interstitielle et/ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire



Exemple : Une patiente ayant un diagnostic de séropositivité au VIH est admise pour le traitement d'une histoplasmose disséminée.

Code	BDCP	Description
B24	(M)	Immunodéficience humaine virale [VIH]
B39.3	(1)	Histoplasmose disséminée à <i>Histoplasma capsulatum</i>

Justification : Lorsqu'un patient présente une ou plusieurs affections liées au SIDA figurant sur la liste de définitions de cas de la Surveillance nationale (c.-à-d. une « maladie révélatrice ») et que seule la mention « séropositivité au VIH » est inscrite dans la documentation clinique, on suppose que le patient souffre d'une maladie due au VIH de la catégorie B24, et pas seulement de la catégorie Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*.



Exemple : Un patient est admis pour le traitement d'une pneumonie à staphylocoques. La documentation indique également la « séropositivité au VIH » du patient.

Code	BDCP	SNISA	Description
J15.2	(M)	PP	Pneumonie due à des staphylocoques
Z21	(3)	AP	Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

Justification : Dans cet exemple, la mention « séropositivité au VIH » est inscrite dans la documentation. La pneumonie à staphylocoques n'est pas enregistrée comme récurrente. Ainsi, la documentation ne permet pas de supposer que ce patient est atteint d'une « maladie révélatrice » due au SIDA. Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]* est attribué pour le diagnostic de « séropositivité au VIH ».

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Assurez-vous que les codes mutuellement exclusifs suivants ne sont pas attribués pour un même épisode de soins :

- R75 *Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*;
- Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*;
- B24 *Immunodéficience humaine virale [VIH]*.

BS Assurez-vous que R75 n'est pas attribué en tant que diagnostic principal/problème principal, car il est associé aux patients dont le test du VIH s'est révélé non concluant.

BS Dans le cas des patients admis et sortis le même jour pour une chimiothérapie prophylactique primaire, en raison d'une infection par le VIH, sélectionnez Z29.2 *Autre chimiothérapie prophylactique* comme diagnostic principal/problème principal et Z21 *Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]*, comme diagnostic secondaire de type (3)/autre problème.

BS Exemple : Un patient asymptomatique infecté par le VIH reçoit un traitement antirétroviral au cours d'une admission et d'un départ dans la même journée.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z29.2	(M)	PP	Autre chimiothérapie prophylactique
Z21	(3)	AP	Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient déjà diagnostiqué avec le SIDA se présente avec une affection sans lien avec le VIH et que cette affection répond aux critères du diagnostic principal/problème principal, cette affection sera le diagnostic principal/problème principal pour cette admission.



Exemple : Un patient souffre d'une fracture de Pouteau-Colles au bras droit suite à une chute sur un trottoir glacé. Le patient est aussi atteint du VIH. Il obtient son congé deux jours plus tard après le traitement de sa fracture.

Code	BDCP	Description
S52.500	(M)	Fracture de Pouteau-Colles, fermée
W00	(9)	Chute de plain-pied due à la glace et la neige
U98.4	(9)	Lieu de l'événement, rue ou route
U99.9	(9)	En participant à une activité non précisée (facultatif)
B24	(3)	Immunodéficience humaine virale [VIH]

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [In Focus: A National Look at Sepsis](#). 2009.
2. Organisation mondiale de la santé. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2, 2nd Edition](#). 2004.
3. Agence de la santé publique du Canada. [Case Definitions for Diseases Under National Surveillance](#). 2000.

Chapitre II — Tumeurs

Tumeurs primitives et secondaires

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007, 2009, 2015

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient reçoit un diagnostic de tumeur primitive avec métastases, et que le traitement vise autant le siège primitif que le siège secondaire, inscrivez le siège primitif de la tumeur avant le siège secondaire.

BS Lorsque des métastases sont diagnostiquées au cours d'un épisode de soins, attribuez le type (1)/autre problème aux sites de métastases précisés.

Remarque

Les codes des catégories C00 à D48 ne doivent jamais être attribués en tant que diagnostics de type (2).



Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de cancer du lobe inférieur droit du poumon et des métastases vertébrales. Une chimiothérapie est amorcée pour la lésion primitive ainsi que des séances de radiothérapie pour traiter les métastases osseuses.

Code	BDCP	Description
C34.30	(M)	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon droits
C79.5	(1)	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse

- 1.ZZ.35.HA-M0 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique],
agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents
anticancéreux SAI
- 1.SC.27.JA Rayonnements, vertèbres, approche externe

B Exemple : Une patiente est admise pour subir une mastectomie radicale modifiée. Le rapport de pathologie révèle la présence d'un carcinome canalaire infiltrant du sein droit. Trois ganglions lymphatiques de l'aisselle confirment la présence de métastases.

Code	BDCP	Description
C50.90	(M)	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée
C77.3	(1)	Tumeur maligne secondaire des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur

Justification : Des métastases aux ganglions lymphatiques ont été diagnostiquées au cours de l'épisode de soins et satisfont aux critères de diagnostic de type (1).

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un diagnostic de tumeur secondaire est posé, un code supplémentaire doit être attribué, obligatoire, afin d'identifier le siège de la tumeur primitive : un code provenant soit

- du chapitre II — Tumeurs; ou
- de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne*, lorsque la tumeur maligne a été complètement éliminée ou excisée **et** le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements (y compris un traitement adjuvant).

B Exemple : Un patient présentant une tumeur maligne inopérable du côlon sigmoïde est admis pour l'aspiration d'ascite maligne après installation d'un drain in situ. Aucun traitement pour le cancer du côlon n'est entrepris.

Code	BDCP	Description
C78.6	(M)	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
C18.7	(3)	Tumeur maligne du côlon sigmoïde

1.OT.52.HA-TS Drainage, cavité abdominale, approche percutanée (par cathéter, à l'aiguille) et conservation d'un drain in situ

BS Exemple : La patiente se présente en chirurgie d'un jour pour subir une bronchoscopie et une biopsie du poumon gauche. La morphologie met en évidence un carcinome métastatique en lien avec la tumeur primitive du sein pour laquelle une mastectomie radicale a été effectuée il y a cinq ans.

Code	BDCP	SNISA	Description
C78.01	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire du poumon gauche
Z85.39	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein, côté non précisé

2.GT.71.BA Biopsie, poumon NCA, approche endoscopique par voie naturelle
Lieu : L

S Exemple : Une patiente traitée par chimiothérapie en raison d'un cancer métastatique du sein droit se présente pour une radiothérapie ciblant des métastases au foie. Elle suit un traitement d'entretien à l'Herceptin pour son cancer du sein.

Code	SNISA	Description
Z51.0	PP	Séance de radiothérapie
C78.7	AP	Tumeur maligne secondaire du foie et du canal biliaire intrahépatique
C50.90	AP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour la tumeur primitive lorsque la patiente reçoit un diagnostic de tumeur secondaire. Le site primitif est classé à C50.90 (et non à Z85.30), car la patiente est sous traitement adjuvant (Herceptin), qui est considéré comme un traitement ciblant le site primitif.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un **siège primitif est précisé** et qu'un diagnostic de « carcinomatose » est inscrit comme diagnostic final

- sans mention du siège secondaire précis, attribuez *C79.9 Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé*;
- avec mention du siège secondaire précis, attribuez des codes individuels pour les sièges secondaires.

BS Lorsque le **siège primitif n'est pas précisé** et que le diagnostic final est « carcinomatose », attribuez deux codes : *C80.9 Tumeur maligne, siège primitif non précisé* et *C79.9 Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé*.

B Exemple : Une patiente présente une tumeur maligne primitive du côlon sigmoïde « avec carcinomatose ». Les sites des métastases ne sont pas précisés dans le dossier de la patiente.

Code	BDCP	Description
C18.7	(M)	Tumeur maligne du côlon sigmoïde
C79.9	(1)	Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé

Justification : Le siège primitif est connu. Par conséquent, la mention de « carcinomatose » se rapporte aux métastases propagées du siège primitif. Il n'y a aucune mention de sites secondaires. Pour cette raison, il faut attribuer C79.9 afin d'identifier la présence d'un cancer métastatique.

B Exemple : Une patiente est admise au service de chirurgie générale en raison de douleurs abdominales sévères. Une laparotomie exploratrice révèle une importante carcinomatose.

Code	BDCP	Description
C80.9	(M)	Tumeur maligne, siège primitif non précisé
C79.9	(1)	Tumeur maligne secondaire, de siège non précisé

Justification : Lorsqu'un patient reçoit un diagnostic de tumeur secondaire, il est obligatoire d'identifier le siège primitif. Dans cet exemple, le siège primitif n'est pas précisé; ainsi C80.9 doit être attribué.

B Exemple : Un patient est examiné durant son admission et le rapport de pathologie indique un carcinome primitif du pancréas avec métastases au poumon droit, aux os et au cerveau. Diagnostic final : Carcinomatose.

Code	BDCP	Description
C25.9	(M)	Tumeur maligne du pancréas, partie non précisée
C78.00	(1)	Tumeur maligne secondaire du poumon droit
C79.3	(1)	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales
C79.5	(1)	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse

Justification : Le siège primitif et les sites des métastases sont connus et bien indiqués dans le dossier. Ainsi, il faut attribuer un code pour chaque site.

Tumeurs primitives à sièges multiples indépendants

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2012, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec des tumeurs primitives à sièges multiples indépendants, attribuez un code pour identifier le siège de chaque tumeur primitive.



Exemple : Une patiente subit une laparoscopie exploratrice au cours de laquelle on pratique une biopsie à l'ovaire gauche et au côlon. Le rapport de pathologie révèle la présence de tumeurs malignes primitives distinctes de l'ovaire et du côlon.

Code	BDCP	SNISA	Description
C56.0	(M)	PP	Tumeur maligne de l'ovaire, unilatérale
C18.9	(1)	AP	Tumeur maligne du côlon, sans précision

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec plusieurs tumeurs primitives invasives distinctes dans un même organe, mais de localisations non contiguës, chaque tumeur primitive doit être codifiée.



Exemple : L'examen d'un patient a permis de diagnostiquer un carcinome à cellules transitionnelles de la paroi postérieure de la vessie et un autre carcinome à cellules transitionnelles non contigu du trigone de la vessie.

Code	BDCP	SNISA	Description
C67.4	(M)	PP	Tumeur maligne de la paroi postérieure de la vessie
C67.0	(1)	AP	Tumeur maligne du trigone de la vessie

BS Exemple : Le rapport de pathologie décrit deux tumeurs malignes primitives du sein droit, toutes deux à la position 12 heures, mais non contiguës (l'une étant plus haute que l'autre).

Code	BDCP	SNISA	Description
C50.80	(M)	PP	Lésion maligne à localisations contiguës du sein droit
C50.80	(1)	AP	Lésion maligne à localisations contiguës du sein droit

Justification : Le quatrième caractère « .8 » prévaut ici, car la position 12 heures chevauche les quadrants externe et interne. Dans le cas présent, il **ne s'agit pas** de tumeurs contiguës dont le point d'origine ne peut être déterminé. Bien que le même code serve à classer les deux tumeurs, il doit être inscrit deux fois afin de décrire les circonstances des deux tumeurs primitives.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'il y a présence de tumeurs primitives invasives distinctes et d'une tumeur in situ non contiguë dans le même organe, attribuez un code pour chaque affection.

B Exemple : Une patiente est admise pour une mastectomie en raison d'un carcinome situé dans le quadrant supéro-externe du sein gauche. Le rapport de pathologie décrit un carcinome canalaire infiltrant et un carcinome in situ distinct à la position 2 heures.

Code	BDCP	Description
C50.41	(M)	Tumeur maligne du quadrant supéro-externe du sein gauche
D05.11	(1)	Carcinome in situ intracanaire du sein gauche

Justification : Deux codes ont été attribués; l'un pour le carcinome canalaire infiltrant et l'autre pour le carcinome in situ.

Tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et tissus apparentés

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque la documentation mentionne plus d'un siège de malignité des tissus lymphatiques et hématopoïétiques (p. ex. un dans chaque système et/ou appareil de l'organisme), codifiez chaque site comme un siège primitif distinct.



Exemple : Un patient est admis avec un myélome multiple. On établit également qu'il souffre de leucémie.

Code	BDCP	SNISA	Description
C90.0	(M)	PP	Myélome multiple
C95.9	(1)	AP	Leucémie, sans précision

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une tumeur primitive des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques ou des tissus apparentés (catégorie C81 à C96) est documentée comme s'étant disséminée (métastases), n'inscrivez pas de code de tumeur maligne secondaire.

Contrairement aux tumeurs solides d'autres sites, les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques ne se disséminent pas à des sites secondaires par la formation de métastases. Les cellules malignes circulent dans les tissus lymphatiques ou hématopoïétiques et peuvent s'étendre ainsi à d'autres sites parmi ces tissus. Cependant, elles ne sont pas considérées comme des métastases à proprement parler, mais plutôt comme faisant partie de la tumeur primitive.

Les notes du médecin peuvent décrire l'étendue de ces tumeurs malignes en des termes tels que « s'étendre à » ou « formation de métastases »; cependant, ces tumeurs sont comprises dans les codes de C81 à C96¹.

BS Exemple : Métastases s'étendant au bassin et à la colonne vertébrale chez un patient souffrant d'un myélome multiple.

Code	Description
C90.0	Myélome multiple

BS Exemple : Métastases s'étendant aux ganglions inguinaux chez un patient souffrant d'un lymphome non hodgkinien.

Code	Description
C85.9	Lymphome non hodgkinien, non précisé

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'il est indiqué dans la documentation « leucémie en rémission », sélectionnez un code des catégories C91 à C95.

BS Exemple : Patient en rémission d'une leucémie depuis six mois.

Code	Description
C95.9	Leucémie, sans précision

Justification : Les cas de leucémie décrits comme étant « en rémission » ne peuvent être désignés de façon précise dans la CIM-10-CA. Le terme « en rémission » signifie que la maladie a diminué d'intensité, mais qu'elle est toujours présente. Le type de diagnostic dépendra des circonstances consignées dans le dossier.

Tumeurs s'étendant aux tissus adjacents

En vigueur depuis 2002

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez les tumeurs selon le site d'origine lorsqu'elles « s'étendent » à des sites adjacents ou qu'elles les « envahissent ».



Exemple : Tumeur du pancréas s'étendant au duodénum.

Code	Description
C25.9	Tumeur maligne du pancréas, partie non précisée

Tumeurs dont les limites se chevauchent (sites contigus)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez une tumeur qui chevauche deux sites contigus ou plus, **dans la même** catégorie à trois caractères, et dont le point d'origine ne peut être déterminé, dans la sous-catégorie « .8 » (lésion à localisations contiguës), sauf si cette combinaison est explicitement indexée ailleurs.



Exemple : Un patient est atteint d'un carcinome de la pointe et de la face ventrale de la langue dont le point d'origine n'est ni déterminé, ni documenté.

Code	Description
C02.8	Lésion maligne à localisations contiguës de la langue

BS Exemple : Un patient présente un carcinome de la pointe de la langue documenté comme « avec invasion ou s'étendant à » la face ventrale de la langue.

Code	Description
C02.1	Tumeur maligne des bords latéraux de la langue

Justification : Le siège de la tumeur est connu et désigné comme étant la pointe de la langue.

BS Exemple : Un patient souffre d'une tumeur maligne qui chevauche la jonction de l'œsophage et de l'estomac.

Code	Description
C16.0	Tumeur maligne du cardia

Justification : Le siège de cette tumeur (jonction œsophago-gastrique) est indexé séparément.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez les tumeurs qui chevauchent deux sites contigus ou plus associés à **différentes** catégories à trois caractères et dont le point d'origine ne peut être déterminé à l'aide d'un seul code distinct de la liste figurant à la cinquième remarque au début du chapitre II — Tumeurs (C00-D48) de la classification CIM-10-CA.

BS Exemple : Un patient présente une tumeur maligne qui chevauche le pylore et le duodénum.

Code	Description
C26.8	Lésion maligne à localisations contiguës de l'appareil digestif

Justification : La tumeur maligne du pylore est classée à C16.4 et la tumeur maligne du duodénum est classée à C17.0. Étant donné que la tumeur chevauche deux sites appartenant normalement à des catégories à trois caractères différentes, et qu'il est impossible d'en déterminer le point d'origine, le code qui sera attribué est celui qui désigne une lésion à localisations contiguës du tube digestif. Les codificateurs sont invités à consulter les remarques au début du chapitre II — Tumeurs, qui contiennent la liste des catégories « .8 » applicables.

Admissions à la suite d'un diagnostic de cancer

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient est admis en chirurgie pour l'ablation de tissus du site où une excision tumorale a déjà été effectuée, attribuez un code pour la tumeur maligne primitive en tant que diagnostic principal/problème principal. C'est aussi le cas lorsque le rapport de pathologie de l'épisode en cours ne confirme pas la présence d'une tumeur maligne.



Exemple : Une patiente subit l'ablation d'une lésion cutanée à l'épaule en clinique externe. Le rapport de pathologie indique qu'il s'agit d'un mélanome malin. La patiente est revenue pour une excision plus étendue. Le rapport de pathologie n'a pas confirmé la présence d'une affection maligne.

Code	BDCP	SNISA	Description
C43.6	(M)	PP	Mélanome malin du membre supérieur, y compris l'épaule

Justification : L'exérèse d'une tumeur et/ou du tissu environnant fait partie des interventions chirurgicales définitives. Comme dans l'exemple ci-dessus, le médecin indique le plus souvent le diagnostic d'affection maligne, conformément à la biopsie initiale ou à l'excision. Le codificateur doit accepter ce diagnostic même s'il n'est pas étayé par le rapport de pathologie, car la chirurgie fait partie du plan de traitement de l'affection maligne.

Complications d'une maladie maligne

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2018

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'une complication précise d'une tumeur maligne, et qu'aucun traitement n'est axé sur la tumeur même, attribuez le code lié à la complication comme diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez le code lié à la tumeur maligne, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exception

Lorsque la complication porte un code à astérisque, désignez la tumeur maligne comme étant le diagnostic principal et attribuez le type (6) au code à astérisque.

BS Exemple : Un patient est amené au service d'urgence par des membres de sa famille. Il se plaint de léthargie, de fièvre et d'une douleur généralisée. Le médecin du service d'urgence hospitalise le patient pour traiter la septicémie à streptocoques. Il souffre également d'une leucémie myéloïde chronique.

Code	BDCP	SNISA	Description
A40.9	(M)	PP	Sepsie à streptocoques, sans précision
C92.1	(3)	AP	Leucémie myéloïde chronique [LMC], BCR/ABL positif

B Exemple : Un patient présente un adénocarcinome primaire du poumon et est admis pour traiter une anémie, secondaire à cette affection.

Code	BDCP	Description
C34.99†	(M)	Tumeur maligne des bronches ou d'un poumon, sans précision, côté non précisé
D63.0*	(6)	Anémie au cours de maladies tumorales

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'un effet secondaire résultant du traitement d'un cancer, attribuez un code lié à l'effet secondaire comme diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez le code lié à la tumeur maligne, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

B Exemple : Un patient est admis pour une neutropénie provoquée par une chimiothérapie. Il reçoit une combinaison d'agents chimiothérapeutiques, en consultation externe, pour le traitement d'un cancer au lobe inférieur gauche du poumon.

Code	BDCP	Série	Description
D70.0	(M)	A	Neutropénie
Y43.3	(9)	A	Autres médicaments antitumoraux ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
C34.31	(3)		Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon gauches

S Exemple : Un patient subit des séances de radiothérapie en consultation externe en raison d'un carcinome de la prostate à un stade avancé. Il se présente au service d'urgence et dit être incapable d'uriner depuis les 12 dernières heures. Le médecin du service d'urgence prescrit une analyse de sang, une analyse d'urine, des radiographies du rein avec substance de contraste par IV et un cathétérisme vésical. Le patient est transféré au service d'urologie avec un diagnostic d'admission de rétention urinaire.

Code	SNISA	Description
R33	PP	Rétention d'urine
C61	AP	Tumeur maligne de la prostate

3.PC.10.VC Radiographie, rein, après injection intraveineuse d'un produit de contraste (avec ou sans radioscopie [fluoroscopie])

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez le type de diagnostic (2), comorbidité après l'admission, aux effets secondaires d'une chimiothérapie qui font apparition durant l'admission d'un patient pour le diagnostic et le traitement initial d'un cancer, lorsque l'affection répond aux critères de comorbidité après l'admission.

B Exemple : Un patient chez lequel on a récemment diagnostiqué une leucémie lymphoblastique aiguë reçoit son premier traitement de chimiothérapie à l'hôpital. Il souffre de nausées et de vomissements intenses qui nécessitent un traitement par intraveineuse.

Code	BDCP	Série	Description
C91.0	(M)		Leucémie lymphoblastique aiguë [LLA]
R11.3	(2)	A	Nausées avec vomissements
Y43.3	(9)	A	Autres médicaments antitumoraux ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

1.ZZ.35.HA-M0 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents anticancéreux SAI

Reportez-vous également à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#).

Tumeurs malignes récurrentes

En vigueur depuis 2002, modifié en 2008, 2009

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code des catégories C00 à C75 si la tumeur maligne primitive éradiquée auparavant réapparaît dans le même organe ou tissu.

- Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne*, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin d'identifier le siège primitif.

BS Exemple : Une patiente diagnostiquée avec un carcinome canalaire infiltrant du sein droit subit une exérèse complète de la tumeur. Un an plus tard, elle revient avec un nodule dans le même sein, au site de l'exérèse locale précédente. Une biopsie par aspiration met en évidence un carcinome canalaire infiltrant. Il s'agit d'une récurrence de la tumeur maligne primitive.

Code	BDCP	SNISA	Description
C50.90	(M)	PP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée
Z85.30	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein droit

BS Exemple : Une patiente diagnostiquée avec un carcinome canalaire infiltrant du sein droit subit une mastectomie totale. Un an plus tard, elle revient avec un nodule au site de la mastectomie précédente. Une biopsie par aspiration met en évidence un carcinome canalaire infiltrant. La documentation du médecin et le rapport de pathologie démontrent une récurrence du carcinome canalaire infiltrant dans la paroi thoracique droite (après la mastectomie).

Code	BDCP	SNISA	Description
C50.90	(M)	PP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée
Z85.30	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein droit



Exemple : Une patiente diagnostiquée avec un carcinome canalaire infiltrant du sein droit subit une exérèse complète de la tumeur. Un an plus tard, elle revient avec un nodule dans le même sein, au site de l'exérèse locale précédente. La documentation du médecin et le rapport de pathologie démontrent un carcinome canalaire infiltrant **métastatique** au niveau de la cicatrice.

Code	BDCP	SNISA	Description
C79.2	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire de la peau
Z85.30	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein droit

Justification : Il ne s'agit pas ici d'une tumeur maligne récurrente du siège primaire, car des métastases ont été décelées dans des organes ou tissus différents.



Exemple : Un patient atteint d'une tumeur maligne primitive au cerveau subit une chirurgie de réduction. Un an plus tard, il retourne à l'hôpital pour une autre chirurgie de réduction.

Code	BDCP	Description
C71.9	(M)	Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision

Justification : Une chirurgie de réduction ne permet pas d'éliminer une lésion; il reste des tissus malins qui continuent de grossir. Comme il ne s'agit pas d'une tumeur maligne récurrente, Z85.– n'est pas attribué.

Reportez-vous également aux normes de codification [Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes](#) et [Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse](#).

Interventions pertinentes à la codification des tumeurs

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2012

En règle générale, dans la *Classification canadienne des interventions en santé* (CCI), les actes thérapeutiques réalisés sur des sites corporels sont hiérarchisés. En d'autres termes, plus le nombre figurant dans le troisième champ (intervention) est élevé, plus l'intervention est importante ou complexe. Les interventions visant la destruction ou l'excision d'un élément sont particulièrement importantes dans le traitement des tumeurs.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque les tissus **ne sont pas** retirés mais détruits, sélectionnez un code de 1.^59.^ Destruction.

1.^59.^ Destruction comprend l'ablation de tissus, souvent par le biais d'une chaleur intense (laser, cautère), d'un froid intense (cryosonde) ou de substances chimiques (cautère chimique). Les tissus ne sont pas retirés, ils sont simplement détruits. La chirurgie de réduction des tumeurs peut parfois être effectuée de cette façon si aucune des parties du corps n'est retirée.

Exemple : Un patient présentant une tumeur maligne du gros intestin subit une chirurgie de réduction par approche endoscopique au moyen d'un laser.

1.NM.59.BA-AG

Destruction, gros intestin, approche endoscopique
par voie naturelle et utilisation d'un laser

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une tumeur fait l'objet d'une excision locale incluant une marge de tissu sain, avec ou sans fermeture du défaut chirurgical par greffe, sélectionnez un code de 1.^87.^ Excision partielle.

Exemple : Exérèse locale d'une tumeur du sein droit.

1.YM.87.LA

Excision partielle, sein, approche ouverte avec technique
d'apposition simple (p. ex. suture)

Lieu : R

Étendue : LU

Remarque

Il n'existe aucune intervention générique distincte pour la biopsie excisionnelle dans la CCI. Cette intervention est classée comme une excision partielle du site anatomique touché.

Exemple : Exérèse locale d'une tumeur du sein gauche avec autogreffe pour corriger le défaut chirurgical.

1.YM.87.LA-XX-A Excision partielle, sein, approche ouverte avec autogreffe

Lieu : L

Étendue : LU

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une tumeur est excisée en enlevant une partie entière du corps (à l'exclusion des amputations), avec ou sans greffe visant à corriger le défaut chirurgical, sélectionnez un code de 1.^.^89.^.

Excision totale.

Exemple : Une patiente atteinte d'une tumeur maligne au sein subit une mastectomie simple totale bilatérale, avec correction du défaut par greffe.

1.YM.89.LA-XX-A Excision totale, sein, approche ouverte et autogreffe

Lieu : B

Directive pour la BDCP seulement



Pour les trois sites anatomiques Paupière (CX), Vulve (RW) et Sein (YM), sélectionnez un code de 1.^.^88.^ *Excision partielle avec reconstruction* lorsque l'intervention consiste en une excision moins extensive que les excisions totales ou radicales et que celle-ci comprend une reconstruction et/ou l'implantation d'une prothèse.

Exemple : Au cours d'un même épisode de soins, un patient atteint d'une tumeur maligne de la paupière subit une excision partielle de la paupière et une reconstruction au moyen d'un lambeau local.

1.CX.88.UD-XX-E Excision partielle avec reconstruction, paupière NCA, excision d'épaisseur totale d'une lésion importante (plus d'un quart du bord de la paupière), avec lambeau local

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque l'excision d'un tissu comprend le retrait de structures corporelles adjacentes, avec ou sans réparation complexe du défaut chirurgical, sélectionnez un code de 1.^.^91.^.^ *Excision radicale*.

Exemple : Un patient présentant un ostéosarcome de la tête de l'humérus est traité par excision radicale de l'humérus « avec préservation du membre » et implantation de prothèse.

1.TK.91.LA-PM

Excision radicale, humérus, utilisation d'une endoprothèse [tête de l'humérus], sans utilisation de tissu (pour la fermeture du défaut)

Justification : Dans la CCI, une excision radicale **ne signifie pas** qu'une excision totale d'une partie du corps est pratiquée, mais plutôt que les organes de plusieurs systèmes et appareils corporels sont visés par l'excision. Il peut y avoir excision partielle ou totale des multiples sites. L'excision radicale est souvent utilisée pour le traitement chirurgical définitif des tumeurs malignes volumineuses.

Reportez-vous également aux normes de codification [Brachythérapie](#) et [Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie](#).

Biopsie des ganglions sentinelles

En vigueur depuis 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de la rubrique 2.M^.71.^.^ *Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), tout site*, avec l'attribut d'étendue « SN » (ganglion[s] sentinelle[s]), obligatoire, chaque fois qu'une biopsie des ganglions sentinelles est pratiquée.

BS Exemple : Une patiente est admise pour une tumorectomie du sein droit et une biopsie des ganglions sentinelles axillaires. Le rapport de pathologie signale un adénocarcinome du sein sans atteinte ganglionnaire.

Code	BDCP	SNISA	Description
C50.90	(M)	PP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée

1.YM.87.LA Excision partielle, sein, approche ouverte avec technique d'apposition simple (p. ex. suture)

Lieu : R

Étendue : LU

2.MD.71.LA Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), axillaire(s), approche ouverte

Étendue : SN

Justification : Il faut attribuer un code pour une biopsie des ganglions sentinelles, obligatoire, chaque fois que celle-ci est pratiquée. Le prélèvement des ganglions sentinelles axillaires est classé à 2.MD.71.^^.

BS Exemple : Une patiente atteinte d'un cancer du sein droit est amenée à l'hôpital pour une tumorectomie du sein droit et une biopsie des ganglions sentinelles. Les coupes congelées démontrent que l'un des trois ganglions est métastatique. Une dissection partielle des ganglions lymphatiques axillaires est pratiquée.

Code	BDCP	SNISA	Description
C50.90	(M)	PP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée
C77.3	(1)	AP	Tumeur maligne secondaire des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur

1.YM.87.^^ Excision partielle, sein

Lieu : R

Étendue : LU

1.MD.87.LA Excision partielle, ganglion(s) lymphatique(s), axillaire(s), approche ouverte

2.MD.71.LA Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), axillaire(s), approche ouverte

Étendue : SN

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code de la rubrique 1.MD.87.^^ (pour la dissection des ganglions lymphatiques) et 2.MD.71.LA (pour la biopsie des ganglions lymphatiques).

B Exemple : Une patiente est amenée à l'hôpital pour subir une mastectomie totale du sein gauche en raison d'un cancer du sein. Une biopsie des ganglions sentinelles est pratiquée; les coupes congelées révèlent la présence de métastases. Une dissection des ganglions lymphatiques axillaires est pratiquée.

Code	BDCP	Description
C50.91	(M)	Tumeur maligne du sein gauche, partie non précisée
C77.3	(1)	Tumeur maligne secondaire des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur

1.YM.91.^ ^ Excision radicale, sein

Lieu : L

2.MD.71.LA Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), axillaire(s), approche ouverte

Étendue : SN

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour une biopsie des ganglions sentinelles chaque fois que celle-ci est pratiquée. Une mastectomie totale avec dissection concomitante des ganglions lymphatiques axillaires est classée à mastectomie radicale (1.YM.91.^ ^). Lorsque des codes des rubriques 1.YM.91.^ ^ ou 1.YM.92.^ ^ sont attribués, la dissection des ganglions lymphatiques axillaires fait partie intégrante de la mastectomie radicale; par conséquent, un code supplémentaire n'est pas attribué.

B Exemple : Un patient est admis pour une prostatectomie radicale, approche périnéale ouverte, en raison d'un diagnostic d'adénocarcinome. Une biopsie des ganglions lymphatiques pelviens est également pratiquée. Le rapport de pathologie révèle une biopsie négative des ganglions sentinelles.

Code	BDCP	Description
C61	(M)	Tumeur maligne de la prostate

1.QT.91.PB Excision radicale, prostate, approche périnéale ouverte

2.MH.71.LA Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), pelvien(s), approche ouverte

Étendue : SN

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour une biopsie des ganglions sentinelles chaque fois que celle-ci est pratiquée. Reportez-vous également à la norme de codification [Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification](#).

Brachythérapie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2012

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient est admis pour une curiethérapie, attribuez un code à l'affection maligne comme diagnostic principal/problème principal.



Attribuez des codes d'intervention distincts à la préparation pour la curiethérapie et à l'administration de la curiethérapie.

Les admissions en vue d'une curiethérapie ne doivent pas être confondues avec les admissions pour radiothérapie.

La curiethérapie (brachythérapie) consiste en deux étapes distinctes. La première étape comprend l'insertion d'applicateurs ou de conduits non radioactifs (p. ex. aiguilles creuses, cathéters, endoprothèses) destinés à recevoir ou à transmettre la matière radioactive dans l'organisme. La deuxième étape comprend le chargement différé de la matière radioactive (p. ex. grains, pastilles, fils) dans l'applicateur ou le conduit. Ces étapes peuvent avoir lieu au cours du même épisode opératoire ou lors de différents épisodes.



Exemple : Un patient atteint d'un cancer de la prostate est admis pour subir une implantation interstitielle de matériel radioactif par approche percutanée par transcathéter. Un cathéter de curiethérapie est implanté au cours du même épisode.

Code	BDCP	SNISA	Description
C61	(M)	PP	Tumeur maligne de la prostate

- 1.QT.26.HA Brachythérapie, prostate, approche percutanée (cathéter ou aiguille)
- 1.QT.53.HA-EM Implantation d'un appareil interne, prostate, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche percutanée

B Exemple : Une patiente est admise en vue d'un traitement de curiethérapie pour un cancer de l'utérus. L'insertion du cathéter de curiethérapie est effectuée par hystérocopie lors d'un épisode distinct au cours de la première journée. Le chargement différé de la source de rayonnement scellée est effectué la deuxième journée.

Code	BDCP	Description
C54.9	(M)	Tumeur maligne du corps de l'utérus SAI

(Épisode d'intervention 1)

1.RM.53.BA-EM Implantation d'un appareil interne, utérus et structures environnantes, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche endoscopique par voie naturelle (hystérocopie)

(Épisode d'intervention 2)

1.RM.26.BA Brachythérapie, utérus et structures environnantes, approche endoscopique par voie naturelle (hystérocopie)

B Exemple : Une patiente est admise à l'hôpital pour subir une insertion du cathéter de brachythérapie pour traiter un cancer du sein droit situé dans le quadrant supéro-externe.

Code	BDCP	Description
C50.40	(M)	Tumeur maligne du quadrant supéro-externe du sein droit

1.YM.53.HA-EM Implantation d'un appareil interne, sein, applicateur de curiethérapie (brachythérapie), approche percutanée

S Exemple : La même patiente se présente à la clinique de chimiothérapie pour subir une brachythérapie (soit après le chargement des cathéters de curiethérapie) pour traiter un cancer du sein droit situé dans le quadrant supéro-externe.

Code	SNISA	Description
C50.40	PP	Tumeur maligne du quadrant supéro-externe du sein droit

1.YM.26.HA Brachythérapie, sein, approche percutanée (cathéter ou aiguille)

Autres normes liées à la codification des tumeurs

- [Admission pour observation](#)
- [Admission pour examen de contrôle](#)
- [Dépistage de maladies précises](#)
- [Ablation d'un organe à titre prophylactique](#)
- [Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie](#)
- [Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes](#)
- [Antécédents personnels de tumeurs malignes primitives du sein, du poumon et de la prostate](#)

Référence

1. Fletcher J. *ICD-10-CA/CCI Classification Primer, 7th Edition*. 2006.

Chapitre III — Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire

Anémie due à une perte de sang aiguë

En vigueur depuis 2012

Une perte de sang aiguë est une perte de sang soudaine. Elle peut être attribuable à de nombreux facteurs, incluant les traumatismes (comme une rupture de la rate), la rupture d'un vaisseau sanguin (comme l'anévrisme aortique abdominal rompu), une hémorragie post-partum, une hémorragie gastrointestinale aiguë ou une perte sanguine au cours d'une intervention chirurgicale. L'anémie due à une perte de sang aiguë résulte d'un épisode de perte de sang aiguë ou est causée par celui-ci, et elle est classée à D62 *Anémie posthémorragique aiguë*. Le médecin peut diagnostiquer l'anémie due à une perte de sang aiguë grâce à une analyse hématologique. La quantité de sang perdu qui entraîne un diagnostic d'anémie dépend des caractéristiques de chaque patient. D'autres facteurs s'appliquent aussi à l'anémie due à une perte de sang aiguë, comme l'indice de masse corporelle ainsi que la présence ou l'absence de comorbidités qui sont pris en considération dans l'établissement d'un diagnostic d'anémie.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque la documentation précise que l'anémie résulte d'un épisode de perte de sang aiguë ou d'une hémorragie aiguë, ou est due à celui-ci, attribuez D62 *Anémie posthémorragique aiguë*.

Remarque

Quand aucun lien n'est établi dans la documentation entre un épisode de perte de sang aiguë et une anémie non spécifiée, ne présumez pas qu'il s'agit d'une anémie causée par une perte de sang aiguë. Par exemple, un diagnostic documenté comme une « anémie postopératoire » est classé à D64.9 *Anémie, sans précision* avec le code de cause externe et l'élément de données de l'indicateur de série appropriés.

Reportez-vous également à la norme de codification [Affections post-intervention](#).

Remarque

Ne présumez pas que l'administration de sang ou de produits sanguins à la suite d'une perte de sang aiguë signifie que le patient souffre d'anémie. Une « anémie » ou un « faible taux d'hémoglobine » doit être documenté.



Exemple : Un patient est admis en raison d'un saignement aigu de l'appareil digestif. Une œsophagogastroduodénoscopie confirme une déchirure de Mallory-Weiss. Le médecin indique dans les notes d'évolution que le niveau d'hémoglobine du patient a chuté abruptement à la suite de l'hémorragie aiguë. Lors de son admission, le patient reçoit un bolus de solution saline par intraveineuse ainsi qu'une transfusion afin de rétablir son volume sanguin et son niveau d'hémoglobine.

Code	BDCP	SNISA	Description
K22.6	(M)	PP	Syndrome de dilacération hémorragique gastroœsophagienne
D62	(1)	AP	Anémie posthémorragique aiguë

Justification : Le patient a subi une perte de sang aiguë et importante, et a reçu le diagnostic d'anémie subséquente. Le médecin a inscrit le lien entre la chute abrupte du niveau d'hémoglobine et l'épisode de perte de sang aiguë. L'anémie est donc classée à D62 *Anémie posthémorragique aiguë*.



Exemple : La patiente présente de nombreux antécédents d'anémie par carence en fer liée à un ulcère gastroduodénal hémorragique chronique. Elle est admise pour une transfusion sanguine.

Code	BDCP	Description
Z51.3	(M)	Transfusion sanguine (sans mention de diagnostic)
D50.0	(3)	Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique) (facultatif)
K27.4	(3)	Ulcère digestif chronique ou non précisé, avec hémorragie (facultatif)

Justification : Il n'y a aucune documentation indiquant un lien entre l'anémie et la perte de sang aiguë. L'anémie est associée à un ulcère digestif chronique avec hémorragie; pour cette raison, elle est classée à D50.0. Reportez-vous également à la norme de codification [Admission pour transfusion sanguine](#).

B Exemple : Un patient est admis pour une cholécystectomie en raison d'une cholécystite chronique avec cholélithiase. Une « anémie postopératoire » est inscrite sur la feuille sommaire. Le patient reçoit une unité de sang. Des suppléments de fer lui sont prescrits et le congé du patient est retardé jusqu'à ce que son niveau d'hémoglobine augmente.

Préfixe	Code	BDCP	Série	Description
	K80.10	(M)		Calcul de la vésicule biliaire avec une autre forme de cholécystite, sans mention d'occlusion
6	D64.9	(2)	A	Anémie, sans précision
	Y83.6	(9)	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Étant donné qu'il n'y a aucune documentation indiquant un lien entre l'anémie et la perte de sang aiguë, ce cas est classé à D64.9.

B Exemple : Une patiente souffrant d'une arthrose primaire du genou droit est admise pour une arthroplastie totale du genou non urgente. Le médecin indique dans les notes d'évolution qu'avant l'opération, le niveau d'hémoglobine de la patiente se situait dans la normale, mais qu'après l'opération, le niveau d'hémoglobine est faible en raison de la perte de sang survenue au cours de l'intervention. Le troisième jour suivant l'opération, la patiente reçoit deux unités de sang.

Préfixe	Code	BDCP	Série	Description
	M17.1	(M)		Autre gonarthrose primaire
6	D62	(2)	A	Anémie posthémorragique aiguë
	Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Le médecin a inscrit le lien entre la chute abrupte du niveau d'hémoglobine et l'épisode de perte de sang aiguë. L'anémie est donc classée à D62 *Anémie posthémorragique aiguë*.



Exemple : Un patient souffrant d'une arthrose primaire de la hanche gauche est admis pour une arthroplastie totale de la hanche non urgente. Le médecin indique que deux unités de culot globulaire sont transfusées de façon peropératoire.

Code	BDCP	Description
M16.1	(M)	Autre coxarthrose primaire

Justification : On ne présume pas un diagnostic d'anémie sur la base d'une administration de sang ou de produits sanguins uniquement; par conséquent, un code d'anémie n'est pas attribué dans cet exemple.

Anémie au cours d'une maladie chronique

En vigueur depuis 2012

L'anémie au cours d'une maladie chronique est une anémie multifactorielle causée par une affection chronique sous-jacente influant sur la production et la longévité des globules rouges. Certaines affections, comme les infections chroniques, l'inflammation et le cancer, sont couramment liées à l'anémie au cours d'une maladie chronique et, par conséquent, sont indiquées dans la CIM-10-CA au moyen de la dague et de l'astérisque. Des exemples d'affections chroniques comprennent la maladie néoplasique, la maladie rénale chronique, la malaria et le myxœdème). L'anémie au cours d'une maladie chronique est une manifestation d'une affection chronique sous-jacente; par conséquent, elle est marquée d'un code à astérisque dans la classification.

Un certain nombre d'affections chroniques sous-jacentes sont associées à l'anémie au cours d'une maladie chronique dans la littérature. Parfois, l'affection et l'anémie au cours d'une maladie chronique sont associées dans la classification à l'aide de la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque. L'anémie au cours d'une maladie chronique est également indiquée dans la classification à l'aide d'adjectifs (p. ex. briquetiers, égyptien, malarique, syphilitique, tuberculeuse) ou par les termes « anémie au cours » (p. ex. anémie au cours d'une maladie rénale chronique, anémie au cours d'une maladie néoplasique). Parfois, l'affection chronique sous-jacente et l'anémie au cours d'une maladie chronique ne sont pas du tout associées dans la classification.

Lorsque l'affection chronique sous-jacente et l'anémie au cours d'une maladie chronique ne sont pas associées dans la classification, D63.8* *Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs* est attribué lorsque le dispensateur de soins de santé établit précisément et clairement un lien entre l'affection chronique sous-jacente et l'« anémie au cours d'une maladie chronique ».

Reportez-vous également à la norme de codification [Convention d'utilisation de la daque et de l'astérisque](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la documentation établit clairement un lien entre l'« anémie au cours d'une maladie chronique » et une affection chronique qui ne sont pas liées dans la classification, attribuez

- un code pour l'affection chronique sous-jacente;
- D63.8* *Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs*.

Remarque

Lorsque le lien entre l'anémie et l'affection chronique n'est pas documenté, classez l'anémie à D64.9 *Anémie, sans précision*.

BS Exemple : Un patient est admis pour traiter une arthrite rhumatoïde. Le médecin indique que le patient souffre d'anémie associée à une maladie chronique. Au cours de cet épisode de soins, le patient reçoit une transfusion sanguine.

Code	BDCP	SNISA	Description
M06.9	(M)	PP	Polyarthrite rhumatoïde, sans précision
D63.8*	(3)	AP	Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs

Justification : Le médecin a établi un lien entre l'anémie au cours d'une maladie chronique et l'arthrite rhumatoïde; par conséquent, D63.8* est attribué.

BS Exemple : Un patient est admis pour traiter l'exacerbation aiguë d'une broncho-pneumopathie obstructive chronique. Le médecin indique que le patient souffre d'anémie. Au cours de cet épisode de soins, le patient reçoit une transfusion sanguine.

Code	BDCP	SNISA	Description
J44.1	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision
D64.9	(1)	AP	Anémie, sans précision

Justification : D63.8* ne s'applique pas, car l'anémie n'est pas associée à la broncho-pneumopathie obstructive chronique dans la classification, et le médecin ne l'a pas décrite comme une « anémie au cours d'une maladie chronique ».

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le type d'anémie **n'est pas** précisé chez un patient souffrant de maladie rénale chronique (N18.3-N18.9) ou de néoplasie (C00-D48), recherchez le terme pilote « anémie » et le terme secondaire « au cours » dans l'index alphabétique et attribuez

- le code à dague indexé pour soit la maladie rénale chronique, soit la néoplasie;
- le code de la catégorie D63* *Anémie au cours de maladies chroniques classées ailleurs*.

Remarque

Ne confondez pas l'anémie dite « chronique » à l'anémie « due à une maladie chronique » ou « au cours d'une maladie chronique ».

Remarque

Lorsque le type d'anémie est précisé (p. ex. anémie causée par une perte de sang ou anémie par carence en fer) chez un patient souffrant d'une maladie rénale chronique ou de néoplasie, l'anémie est classée au type d'anémie précisée. D63* **n'est pas** attribué.

Lorsque plusieurs types d'anémie (comme l'anémie au cours d'une maladie chronique et l'anémie par carence en fer) sont documentés, attribuez un code pour chaque type d'anémie.

PS Exemple : Un patient souffrant d'une maladie rénale chronique terminale est admis. Au cours de cet épisode de soins, il reçoit une transfusion sanguine pour une anémie documentée.

Code	BDCP	SNISA	Description
N18.5	(M)	PP	Maladie rénale chronique, stade 5
D63.8*	(3)	AP	Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs

Justification : Un type précis d'anémie n'est pas documenté et l'index alphabétique associe l'anémie au cours d'une maladie rénale chronique; par conséquent, l'anémie est classée à D63.8*.

B Exemple : Un patient est admis pour le traitement d'un cancer du côlon. Il souffre également d'une anémie documentée comme étant attribuable à une perte de sang chronique pour laquelle il reçoit deux unités de sang.

Code	BDCP	Description
C18.9	(M)	Tumeur maligne du côlon, sans précision
D50.0	(1)	Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)

Justification : L'anémie est précisée comme due à une perte de sang chronique; par conséquent, l'anémie est classée à D50.0.

PS Exemple : Un patient souffrant d'une maladie rénale chronique terminale est admis. Au cours de cet épisode de soins, il reçoit une transfusion sanguine pour une « anémie au cours d'une maladie chronique » et une « anémie par carence en fer » documentées.

Code	BDCP	SNISA	Description
N18.5	(M)	PP	Maladie rénale chronique, stade 5
D63.8*	(3)	AP	Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs
D50.9	(1)	AP	Anémie par carence en fer, sans précision

Justification : Une anémie au cours d'une maladie chronique et un type d'anémie précis sont documentés. Par conséquent, l'anémie est classée à D63.8* et D50.9.

Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Diabète sucré

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008, 2009, 2012

Le diabète est une maladie sérieuse qui peut avoir des conséquences fatales si elle n'est pas contrôlée. Il est souvent associé à des complications à long terme pouvant toucher tous les systèmes et toutes les parties du corps. Le diabète peut être un facteur dans les troubles de la vue et la cécité, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, les amputations et les lésions des nerfs. Le diabète peut également affecter la grossesse et causer des anomalies congénitales.

Les titres de codes des catégories E10 à E14 *Diabète sucré* dans la CIM-10-CA indiquent clairement le diabète sucré avec une complication. Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une relation de cause à effet soit explicitement documentée afin de classer les cas dans ces catégories.

Reportez-vous également à la norme de codification [Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée](#). L'information clinique se trouve à la section [Diabète sucré](#) de l'annexe A.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code lié au diabète sucré chaque fois que l'affection est documentée au dossier.

Remarque

L'objectif est d'attribuer un code lié au diabète sucré lorsque ceci est remarqué lors de la révision de routine du dossier du patient; il ne consiste pas à faire une recherche exhaustive des références au diabète dans toute la documentation secondaire.

S Exemple : Un patient est vu au service d'urgence en raison de colique néphritique diagnostiquée en tant que calcul de l'uretère gauche. L'infirmière de triage inscrit que le patient souffre de diabète sucré de type 2 sur la feuille du service d'urgence. Aucun autre détail sur les complications du diabète ou sur le contrôle de la glycémie ne figure au dossier du patient.

Code	SNISA	Description
N20.1	PP	Calcul de l'uretère
E11.9	AP	Diabète sucré de type 2 sans (mention de) complication

Justification : Le diabète doit toujours être codifié lorsqu'il est mentionné dans le dossier. Il est acceptable d'utiliser les notes de l'infirmière afin de remplir cette exigence.

BS Exemple : Une patiente de 68 ans est admise en raison d'une pneumonie. Le rapport sur l'histoire et l'examen physique de la patiente indique qu'elle souffre de diabète sucré de type 2 avec mononeuropathie.

Code	BDCP	SNISA	Description
J18.9	(M)	PP	Pneumonie, sans précision
E11.40†	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec mononévrite
G59.0*	(3)	AP	Mononévrite diabétique

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour le diabète lorsqu'il est mentionné dans le dossier. Puisque le diabète avec mononeuropathie est une combinaison de la dague et de l'astérisque, les deux codes sont obligatoires. Reportez-vous également à la norme de codification [Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque](#).

S Exemple : Un patient est vu au service d'urgence pour une « insuffisance rénale », et aucune précision n'est donnée quant au type ou à la cause de cette insuffisance. Le patient souffre de diabète sucré de type 2.

Code	SNISA	Description
N19	PP	Insuffisance rénale, sans précision
E11.9	AP	Diabète sucré de type 2 sans (mention de) complication

Justification : Une insuffisance rénale **sans précision** n'est pas classée en tant que complication du diabète sucré. L'index alphabétique n'offre pas la possibilité d'une association entre l'insuffisance rénale sans précision et le diabète sucré.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'il y a des complications du diabète sucré, attribuez un code des catégories E10 à E14 pour décrire chaque complication qui répond aux critères de significativité.

BS Lorsqu'il y a de multiples complications du diabète sucré qui touchent différents systèmes corporels et qu'aucune de ces complications ne correspond aux critères de significativité, attribuez E1-.78 *Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples*.

B Exemple : Une patiente de 51 ans atteinte de diabète sucré de type 2 est admise à l'hôpital pour le traitement d'une rétinopathie diabétique non proliférante. Elle est également vue par un néphrologue pour évaluer les signes de néphropathie diabétique décelés par son médecin de famille. Le néphrologue fait ses recommandations et commence un traitement approprié. La patiente ne présente aucune autre complication connue reliée au diabète.

Code	BDCP	Description
E11.30†	(M)	Diabète sucré de type 2 avec rétinopathie simple
H36.0*	(6)	Rétinopathie diabétique
E11.23†	(1)	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	(3)	Glomérulopathies non précisées au cours du diabète sucré

Justification : La rétinopathie et la néphropathie diabétiques répondent toutes les deux aux critères de significativité; par conséquent, des codes sont attribués pour décrire chacune des complications.

BS Exemple : Une patiente de 45 ans atteinte de diabète sucré de type 1 est admise en raison de rétinopathie diabétique préproliférante. Elle souffre également de néphropathie diabétique et de mononeuropathie, mais elle n'a reçu aucun traitement pour ces affections au cours de cette admission.

Code	BDCP	SNISA	Description
E10.31†	(M)	PP	Diabète sucré de type 1 avec rétinopathie préproliférante
H36.0*	(6)	AP	Rétinopathie diabétique

Justification : Étant donné que seule la rétinopathie diabétique est significative dans le cas de cette visite, seul E10.31† est attribué avec le code à astérisque correspondant.

BS Exemple : Un patient atteint de diabète de type 2, ainsi que d'une insuffisance rénale au stade terminal et d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC) connues se présente à l'hôpital. Il se plaint d'une augmentation de l'essoufflement, d'un faible appétit et d'une soif excessive, qui sont des symptômes d'une ICC et d'une maladie rénale. Le diagnostic final est l'insuffisance cardiaque congestive et l'insuffisance rénale au stade terminal. Le patient reçoit le traitement approprié.

Code	BDCP	SNISA	Description
I50.0	(M)	PP	Insuffisance cardiaque congestive
E11.52	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec certaines complications vasculaires
E11.23†	(1)	AP	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.35*	(3)	AP	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 5

Justification : L'ICC et la maladie rénale répondent toutes les deux aux critères de significativité; par conséquent, des codes sont attribués pour décrire chacune des complications.

S Exemple : Un patient est inscrit pour la séance d'hémodialyse bihebdomadaire. Il est atteint de diabète de type 2 et d'insuffisance rénale au stade terminal. Il souffre également de maculopathie et de neuropathie périphérique sensorimotrice.

Code	SNISA	Description
Z49.1	PP	Dialyse extra-corporelle
E11.23†	AP	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.35*	AP	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 5

Justification : Bien que ce patient souffre de complications multiples liées au diabète, seule la maladie rénale répond aux critères de significativité. Un code pour l'insuffisance rénale au stade terminal est donc le seul requis.

BS Exemple : Un patient atteint de diabète sucré de type 2 est admis en raison de symptômes aigus associés à une maladie de Crohn du gros intestin connue. Le rapport sur l'histoire et l'examen physique du patient indique que celui-ci souffre d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) et de démence vasculaire par infarctus multiples. Aucune de ces affections n'est significative quant au séjour du patient à l'hôpital.

Code	BDCP	SNISA	Description
K50.1	(M)	PP	Maladie de Crohn du gros intestin
E11.52	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec certaines complications vasculaires

Justification : E11.78 ne s'applique pas à cet exemple puisque l'ICC et la démence vasculaire par infarctus multiples sont des complications touchant le même système corporel. Bien qu'aucune des affections ne réponde aux critères de significativité, il est obligatoire de codifier le diabète sucré lorsqu'il est inscrit au dossier; E11.52 satisfait à cette exigence.



Exemple : Un patient atteint de diabète sucré de type 2 est admis pour le traitement d'une fracture du poignet qu'il s'est fait en tombant de son lit à la maison. Le patient a des antécédents de maladie vasculaire périphérique et de myocardiopathie.

Code	BDCP	SNISA	Description
S62.800	(M)	PP	Fracture fermée de parties autres et non précisées du poignet et de la main
W06	(9)	AP	Chute d'un lit
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile
E11.52	(3)	AP	Diabète sucré de type 2 avec certaines complications vasculaires

Justification : E11.78 ne s'applique pas à cet exemple, car la maladie vasculaire périphérique et la myocardiopathie sont des complications touchant le même système corporel. Les deux affections sont classées dans des sous-catégories avec un quatrième caractère distinct, et même si aucune ne répond aux critères de significativité, il est obligatoire de codifier le diabète sucré lorsque celui-ci est inscrit au dossier. Afin de répondre à cette exigence, attribuez soit E11.52 ou E11.50†/I79.2*.



Exemple : Un patient atteint de diabète sucré de type 2 est admis en raison d'une exacerbation aiguë de maladie pulmonaire obstructive chronique. Le diabète est inscrit au dossier comme étant non contrôlé au moment de l'admission. Le rapport sur l'histoire du patient indique que ce dernier souffre d'une maladie vasculaire périphérique et de rétinopathie. Toutefois, ces complications n'ont aucune incidence sur le séjour du patient à l'hôpital.

Code	BDCP	Description
J44.1	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision
E11.64	(1)	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi

Justification : Le diabète non contrôlé est toujours codifié comme un diagnostic de type significatif. Ce patient souffre de multiples complications du diabète, mais seul E11.64 répond aux critères de significativité. Ce cas satisfait à l'exigence de codification obligatoire du diabète sucré et E11.78 n'est pas attribué.

S Exemple : Une patiente se présente à l'urgence à la suite d'une chute sur la glace ayant causé une fracture bimalléolaire fermée de la cheville gauche. Elle est atteinte de diabète de type 2 ainsi que de néphropathie et de rétinopathie.

Code	SNISA	Description
S82.800	PP	Fracture bimalléolaire de la cheville, fermée
W00	AP	Chute de plain-pied due à la glace et la neige
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision
E11.78	AP	Diabète sucré de type 2 avec autres complications multiples

Justification : La néphropathie et la rétinopathie ne sont pas significatives dans le cas de cette visite à l'urgence. Il faut attribuer E11.78 afin de préciser le diabète.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le type de diabète sucré n'est pas clairement identifié dans le dossier, demandez des précisions au médecin ou au dispensateur de soins principal ou attribuez un code de la catégorie E14.— *Diabète sucré non précisé.*

BS Lorsque le diabète est décrit par le médecin ou le dispensateur de soins principal comme étant « mal contrôlé » au moment de l'admission ou à tout autre moment au cours de l'épisode de soins, attribuez E1—.64 *Diabète sucré de type ~ mal contrôlé, décrit ainsi* comme diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème.

Remarque

E1—.64 *Diabète sucré de type ~ mal contrôlé, décrit ainsi* identifie le diabète mal contrôlé. Le code R73.8—2 *Autre preuve de l'augmentation de la glycémie, plus grand que ou égal à 14,0 mmol/L* n'est pas requis.

E1—.64 *Diabète sucré de type ~ mal contrôlé, décrit ainsi* ne doit pas être un diagnostic de type (2).

La terminologie servant à décrire le diabète mal contrôlé comprend « hors de contrôle », « non contrôlé », « instable », « inadéquatement contrôlé » ou « diabète avec échec du traitement secondaire ». Les patients qui requièrent une stabilisation d'un diabète mal contrôlé incluent les patients qui ont besoin d'entreprendre une insulinothérapie en raison de l'échec d'un traitement secondaire aux agents hypoglycémiques oraux. Il est à noter que l'utilisation d'un traitement à doses variables d'insuline ne signifie pas forcément qu'il s'agit d'un cas de diabète non contrôlé.

B Exemple : Un patient de 54 ans est admis en raison d'insuffisance cardiaque congestive. Il souffre de diabète de type 2 depuis plusieurs années et prend des médicaments hypoglycémiques oraux. Dernièrement, son taux de glycémie est invariablement élevé. Le médecin note que le diabète est hors de contrôle, et le traitement approprié est administré.

Code	BDCP	Description
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
E11.52	(3)	Diabète sucré de type 2 avec certaines complications vasculaires
E11.64	(1)	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi

B Exemple : Un patient de 62 ans atteint de diabète de type 2 est admis pour subir une prostatectomie radicale non urgente en raison d'un carcinome de la prostate. À la suite de l'intervention, le patient est envoyé à l'unité de soins intensifs (USI), et le médecin note que le diabète du patient est hors de contrôle. La dose d'insuline est ajustée et le patient est resté deux jours supplémentaires à l'USI.

Code	BDCP	Description
C61	(M)	Tumeur maligne de la prostate
E11.64	(1)	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi

Justification : Suite à une intervention, les patients souffrant de diabète peuvent avoir des problèmes temporaires de contrôle du diabète. Étant donné que le diabète est une maladie chronique, on ne doit pas attribuer un type (2) au diagnostic.

Remarque

Le diabète sucré mal contrôlé est inhérent au coma et à l'acidose associés au diabète. Par conséquent, le code E1-.64 *Diabète sucré de type ~ mal contrôlé, décrit ainsi* n'accompagne pas les codes E1-.0 *Diabète sucré de type ~ avec coma* ou E1-.1- *Diabète sucré de type ~ avec acidose*. Cette directive fait partie de la note d'exclusion à E1-.64 *Diabète sucré de type ~ mal contrôlé, décrit ainsi*.



Exemple : Un homme de 56 ans est conduit à l'hôpital par ambulance. Selon sa femme, il ne semble qu'à demi-conscient. Le diabète est documenté au dossier comme étant non contrôlé avec un taux de glucose de 46 mmol/L. Le patient est admis en raison de déshydratation et d'hyperosmolarité. L'état du patient s'est considérablement amélioré à la suite d'une réhydratation IV et d'un traitement.

Diagnostic final : Coma hyperosmolaire hyperglycémique sans cétoacidose
Diabète sucré de type 2

Code	BDCP	SNISA	Description
E11.0	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec coma
E87.0	(1)	AP	Hyperosmolarité et hypernatrémie
E86.0	(1)	AP	Déshydratation

Remarque

Il est important de reconnaître que le coma, un état d'inconscience, peut être attribuable à de nombreux problèmes notamment un traumatisme cérébral, un accident vasculaire cérébral, une tumeur cérébrale ou une infection de type encéphalite par exemple, ainsi qu'une hausse ou une baisse extrême de la glycémie chez un diabétique. Avant d'attribuer un code des catégories E10 à E14 pour décrire le coma, assurez-vous de consulter la documentation du médecin ou du dispensateur de soins principal afin de vérifier si le diabète sucré est bel et bien la cause du coma.



Exemple : Un homme de 18 ans est allé nager dans un lac avec des amis. Le sauveteur a remarqué que le jeune homme était en danger. Il s'est alors précipité pour le ramener sur la plage, et a procédé à la réanimation. Le service médical d'urgence a été appelé et le jeune homme a été transporté à l'hôpital. Même si le sauveteur a réussi à réanimer le patient, ce dernier est demeuré dans le coma. Les antécédents du patient ainsi que son examen physique ont permis de déterminer qu'il était atteint de diabète de type 1. Le patient est décédé deux jours après l'admission.

Diagnostic final : Noyade accidentelle

Code	BDCP	SNISA	Description
T75.1	(M)	PP	Noyade et submersion non mortelle
W69	(9)	AP	Noyade et submersion dans des eaux naturelles
U98.8	(9)	AP	Autre lieu d'événement précisé
R40.29	(1)	AP	Coma, sans précision
E10.9	(3)	AP	Diabète sucré de type 1 sans (mention de) complication

Justification : Ce patient atteint de diabète de type 1 était dans un coma en raison d'un manque de débit sanguin et d'oxygène au cerveau durant son expérience de quasi-noyade. Aucune information au dossier ne permet de conclure que le coma était relié au diabète sucré de type 1.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez l'ulcère du pied diabétique à E1-.70 *Diabète sucré de type ~ avec ulcère du pied* ou E1-.71 *Diabète sucré de type ~ avec ulcère du pied avec gangrène* afin de préciser s'il y avait ou non une gangrène.

- Attribuez un code supplémentaire pour désigner un abcès, de la cellulite ou l'ostéomyélite associée à un ulcère.

B Exemple : Une patiente est atteinte depuis longtemps de diabète de type 2 qui est accompagné de plusieurs complications. À son admission, elle présente un ulcère diabétique au pied (droit) avec gangrène. Au cours de son séjour, elle subit une amputation des deuxième et troisième orteils de son pied droit avec drainage associé de l'abcès.

Diagnostic final : Abscessus diabétique du pied avec gangrène aux orteils

Rapport de pathologie : Nécrose des deuxième et troisième orteils avec ulcère

Code	BDCP	Description
E11.71	(M)	Diabète sucré de type 2 avec ulcère du pied (angiopathique) (neuropathique) avec gangrène
L02.4	(1)	Abscessus cutané, furoncle et anthrax d'un membre

Justification : Un code supplémentaire est attribué pour décrire l'abcès. Un code supplémentaire pour décrire l'ulcère n'est toutefois pas attribué.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque vous attribuez le code à astérisque obligatoire N08.3–* *Glomérulopathie au cours du diabète sucré*, sélectionnez le cinquième caractère en fonction des données sur le stade de la maladie rénale chronique et non en fonction du taux de filtration glomérulaire (TFG).

BS Lorsque le stade de la maladie rénale chronique n'est pas inscrit au dossier, attribuez N08.39* *Glomérulopathies non précisées au cours du diabète sucré*.

BS Exemple : **Diagnostic :** Diabète de type 2 avec maladie rénale chronique
Néphropathie, stade 4

Code	Description
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.34*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 4

BS Exemple : **Diagnostic** : Diabète de type 2 avec maladie rénale chronique et TFG de 35

Code	Description
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	Glomérulopathies non précisées au cours du diabète sucré

Justification : Étant donné que le stade de la maladie rénale chronique n'est pas inscrit au dossier, N08.39* est attribué malgré la mention du TFG.

BS Exemple : **Diagnosis** : Diabète de type 2 avec insuffisance rénale au stade terminal (IRT)
Néphropathie, stade 4

Code	Description
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.35*	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 5

Justification : Si le dispensateur de soins a inscrit au dossier le stade de la maladie rénale chronique ainsi que le stade terminal de l'insuffisance rénale, attribuez le code N08.35* pour désigner l'IRT. Le stade terminal de l'insuffisance rénale est toujours classé au stade 5.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le diagnostic inscrit au dossier est « diabète limite », des clarifications supplémentaires par le médecin ou le dispensateur de soins principal sont nécessaires afin de déterminer si le patient souffre d'un diabète de type 2 (E11.-), ou d'une tolérance altérée au glucose/prédiabète (R73.0).

L'information clinique se trouve à la section [Diabète limite](#) de l'annexe A.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez E11.63 *Diabète sucré de type ~ avec hypoglycémie* pour désigner un épisode d'hypoglycémie chez un patient qui est atteint de diabète.

Remarque

Assurez-vous que le code E11.63 *Diabète sucré de type 1 avec hypoglycémie* n'apparaît pas sur le même abrégé que les codes d'hypoglycémie E16.0 à E16.2, car ils s'excluent mutuellement.



Exemple : Un patient de 51 ans souffrant de diabète sucré de type 1 est amené à l'hôpital. Le médecin note un mauvais contrôle du diabète du patient. À son admission, le patient a un taux de glycémie de 14,1 mmol/L selon le glucomètre; il reçoit de l'insuline, selon la prescription du médecin. Le lendemain, le patient prend un léger déjeuner et se plaint d'étourdissements et de faiblesse. Le médecin consigne dans les notes d'évolution du dossier un diagnostic d'hypoglycémie, et le patient reçoit le traitement approprié.

Code	BDCP	Description
E10.64	(M)	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi
E10.63	(2)	Diabète sucré de type 1 avec hypoglycémie

Justification : Il est possible d'avoir un taux de glycémie élevé et de l'hypoglycémie au cours d'un même épisode de soins.

L'information clinique se trouve à la section [Hypoglycémie dans les cas de diabète sucré](#) de l'annexe A.

Directives pour la BDCP et le SNISA



Classez le diabète qui est diagnostiqué pendant la grossesse à O24.8– *Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel)*.



Séquencez les codes du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité avant tout code de diabète applicable des catégories E10 à E14 *Diabète sucré*.

B Exemple : Une patiente se présente à 39 semaines de gestation avec un diabète gestationnel qui avait été initialement diagnostiqué lors de la première visite prénatale, à 10 semaines de gestation. Elle donne naissance à une fille en santé par accouchement spontané.

Code	BDCP	Description
O24.801	(M)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

B Exemple : Une patiente souffrant de diabète sucré de type 1 et de néphropathie est admise à 39 semaines de gestation. Elle donne naissance à une fille en santé. Elle est vue par un néphrologue pour une évaluation de son état et des recommandations pour le traitement de son affection rénale.

Code	BDCP	Description
O24.501	(M)	Diabète sucré préexistant de type 1, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
E10.23†	(1)	Diabète sucré de type 1 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	(3)	Glomérulopathies non précisées au cours du diabète sucré
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

BS Exemple : Une patiente enceinte et atteinte de diabète de type 1 est admise à l'hôpital, car elle souffre de nausée et de vomissements depuis quelques jours. Le taux de glycémie est vérifié au cours de l'admission, et le médecin diagnostique une glycémie non contrôlée ainsi qu'une hyperémèse gravidique avec déshydratation.

Code	BDCP	SNISA	Description
O21.103	(M)	PP	Hyperémèse gravidique avec troubles métaboliques, troubles ou complications antepartum
O24.503	(1)	AP	Diabète sucré préexistant de type 1, troubles ou complications antepartum
E10.64	(1)	AP	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une pancréatectomie totale ou partielle entraîne un diabète sucré, celui-ci est classé à E89.1

Hypoinsulinémie postintervention pour l'épisode de soins au cours duquel l'intervention a été réalisée.

- Pour les visites subséquentes, tout cas de diabète sucré est attribué à un code de la catégorie E13

Autres diabètes sucrés précisés.

Première visite



Exemple : Une patiente non diabétique est admise pour subir une intervention de Whipple comprenant l'ablation d'une partie du pancréas. Elle est surveillée à l'USI après l'intervention. La patiente présente de l'hyperglycémie aiguë et reçoit de l'insuline pour contrôler l'hypoinsulinémie.

Le diagnostic final est une tumeur bénigne au pancréas et un diabète sucré acquis avec hyperglycémie à la suite d'une intervention.

Code	BDCP	Série	Description
D13.6	(M)		Tumeur bénigne du pancréas
E89.1	(2)	A	Hypoinsulinémie postintervention
Y83.6	(9	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : À la suite d'une pancréatectomie, la perte de cellules bêta entraîne une diminution de la production de l'insuline. L'état peut quelquefois être transitoire. Pour cette raison, il faut attribuer seulement E89.1 *Hypoinsulinémie postintervention* pour l'épisode de soins en cours.

Deuxième visite

B Exemple : Une patiente est réadmise à l'hôpital quatre jours après sa sortie. Elle souffre d'une infection de plaie à *Staphylococcus aureus*. Les notes du médecin indiquent que la patiente a développé un diabète acquis suite à une pancréatectomie et prend de l'insuline.

Code	BDCP	Série	Description
T81.4	(M)	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
B95.6	(3)	A	Staphylococcus aureus (staphylocoque doré), cause de maladies classées dans d'autres chapitres
Y83.6	(9)	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
E13.9	(3)		Autres diabètes sucrés précisés sans (mention de) complication

Justification : Lorsque la maladie est établie comme étant un diabète sucré au cours de toute admission subséquente, il faut attribuer un code de la catégorie E13 *Autres diabètes sucrés précisés*, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un diabète de type 1 ni de type 2. Un code de cause externe n'est pas attribué avec E13.9 quand il s'agit d'un diabète causé par une pancréatectomie.

Directives pour la BDCP seulement

- B** Lorsqu'un patient développe un diabète stéroïdien après l'admission, attribuez un code de la catégorie E13 *Autres diabètes sucrés précisés* comme diagnostic de type (2).
- B** Lorsque l'acidose lactique ou un épisode d'hypoglycémie répond aux critères de comorbidité après l'admission, attribuez les codes appropriés comme diagnostic de type (2).

B Exemple : Au cours de son traitement à l'hôpital pour un pemphigus, une patiente reçoit de fortes doses de stéroïdes. Elle développe un diabète stéroïdien et doit prendre des hypoglycémifiants oraux.

Code	BDCP	Série	Description
L10.9	(M)		Pemphigus, sans précision
E13.9	(2)	A	Autres diabètes sucrés précisés sans (mention de) complication
Y42.0	(9)	A	Glucocorticoïdes et analogues synthétiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

B Exemple : Une patiente de 36 ans avec diabète sucré de type 1, est admise à l'hôpital en raison d'un mauvais contrôle de son taux de glycémie. Le lendemain, elle se plaint d'étourdissements et de faiblesse. Le médecin documente une hypoglycémie dans les notes d'évolution, et on donne du jus d'orange à la patiente.

Code	BDCP	Description
E10.64	(M)	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi
E10.63	(2)	Diabète sucré de type 1 avec hypoglycémie

Déshydratation

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2009

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code pour un cas de déshydratation documentée au dossier comme diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème dans les situations suivantes :

- la déshydratation est une affection en elle-même et aucune cause sous-jacente n'est précisée dans le dossier du patient; ou
- la déshydratation est suffisamment importante pour justifier une réhydratation par des liquides intraveineux.

Reportez-vous également à la norme de codification [Gastroentérite et diarrhée](#).

Lorsqu'une cause sous-jacente a été consignée au dossier et que la déshydratation est traitée seulement par une augmentation de la prise orale de liquides, ceci ne doit pas être considéré comme un diagnostic de type significatif. Si la déshydratation est codifiée, un diagnostic de type (3) sera assigné.

Remarque

La présence d'une voie intraveineuse n'indique pas nécessairement qu'il y a une réhydratation. Les lignes intraveineuses peuvent avoir d'autres usages, y compris l'administration de médicaments et la stabilisation de l'état du patient.



Exemple : Un homme âgé, vivant seul, est découvert dans un état de confusion et de déshydratation. Son état s'améliore considérablement suite à l'administration agressive de liquides intraveineux. Il est renvoyé chez lui et recevra des soins à domicile trois fois par semaine.

Code	BDCP	SNISA	Description
E86.0	(M)	PP	Déshydratation
R41.0	(3)	AP	Désorientation, sans précision (facultatif)

Justification : La déshydratation doit être clairement documentée pour être codifiée. Dans l'exemple ci-dessus, la déshydratation est une affection en elle-même qui est traitée par l'administration de liquides intraveineux. La désorientation du patient est un symptôme de la déshydratation et, si elle est codifiée, ce sera un diagnostic de type (3)/autre problème.



Exemple : Un patient souffrant de diabète sucré de type 1 est admis pour la stabilisation de son état. Son taux de glycémie varie considérablement et dépasse les limites acceptables. Son médecin de famille le réfère pour une admission urgente. De l'insuline lui est administrée à deux reprises. Il répond bien à ce traitement, et ses taux de glycémie à jeun et aléatoire sont dans les valeurs normales. Le médecin note une déshydratation et prescrit une augmentation de liquides par voie orale.

Code	BDCP	Description
E10.64	(M)	Diabète sucré de type 1 mal contrôlé, décrit ainsi
E86.0	(3)	Déshydratation (facultatif)

Justification : La déshydratation traitée par une augmentation de la prise de liquides par voie orale ne rencontre pas les critères de significativité et, si elle est attribuée, est un diagnostic de type (3) facultatif.

Chapitre V — Troubles mentaux et du comportement



Formation

Utilisation de substances psycho-actives

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur en 2022

Cette norme de codification vise à fournir des directives sur la classification

- des problèmes de santé physique ou mentale désignés comme étant liés ou associés à l'utilisation d'une substance psycho-active;
- de l'utilisation de plusieurs substances.

Problèmes de santé associés à l'utilisation de substances psycho-actives

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque le diagnostic décrit un problème de santé physique ou mentale lié ou associé à l'utilisation d'une substance psycho-active **et** que ce problème répond aux critères de significativité, il est **obligatoire** d'attribuer la combinaison de codes suivante :

- un code pour le problème en question; et
- le ou les codes applicables du bloc F10 à F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives* pour indiquer la substance (p. ex. cocaïne) et la forme clinique (p. ex. utilisation nocive pour la santé, dépendance, sevrage).
 - Si la forme clinique n'est pas consignée, sélectionnez **.1** (utilisation nocive pour la santé) comme quatrième caractère.

Exception

La combinaison de codes mentionnée plus haut **ne s'applique pas**

- lorsque le problème est classé sous un code du bloc F10 à F19 selon l'index alphabétique (p. ex. trouble anxieux lié à l'utilisation du cannabis) ou qu'il existe une directive à cet effet ailleurs dans les normes de codification (p. ex. convulsions attribuables au sevrage de l'alcool); ou
- lorsque le problème est classé au moyen de la double classification (dague et astérisque) ou d'un code de combinaison indiquant à la fois le problème et la substance en cause (p. ex. G31.2 *Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool*, K92.81 *Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde*).

Remarque

Les définitions des types de diagnostic et des problèmes s'appliquent à **chaque code** attribué si le diagnostic décrit un problème de santé physique ou mentale lié ou associé à l'utilisation d'une substance psycho-active.

Remarque

Les codes du bloc F10 à F19 excluent l'abus de substances n'entraînant pas de dépendance (p. ex. laxatifs).

Les intoxications ou empoisonnements (par surdose ou ingestion accidentelle), les lésions auto-infligées, les tentatives de suicide, ou les posologies ou usages inappropriés, ainsi que les manifestations qui y sont liées sont classés ailleurs, comme il est indiqué dans les normes de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#) et [Surdose d'opioïde \(intoxication\)](#).

Remarque

Lorsqu'un problème de santé physique ou mentale ainsi que l'utilisation d'une substance psycho-active sont consignés **sans** que la relation ou l'association entre les deux soit consignée, la directive ci-dessus ne s'applique pas. Z72.1 *Consommation d'alcool* ou Z72.2 *Utilisation de drogues* peut être attribué, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins en données de l'établissement.

S Exemple : Un patient se présente au service d'urgence en raison de palpitations, qui ont commencé peu de temps après qu'il a eu consommé de la cocaïne. Il reçoit de l'Ativan, dit se sentir mieux et obtient plus tard son congé.

Diagnostic final : palpitations liées à la consommation de cocaïne

Code	SNISA	Description
R00.2	PP	Palpitations
F14.1	AP	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de cocaïne nocive pour la santé

Justification : Le médecin consigne la relation entre le problème (palpitations) et l'utilisation d'une substance psycho-active (cocaïne). Les palpitations répondent aux critères de significativité; par conséquent, R00.2 et le code applicable du bloc F10 à F19 sont attribués, **obligatoire**. Comme le médecin n'a pas consigné la forme clinique, « .1 » (utilisation nocive pour la santé) est sélectionné comme quatrième caractère.

B Exemple : La patiente est admise en raison de lésions violacées douloureuses qui prennent de l'expansion à l'arrière de ses bras et de sa cuisse droite. On lui administre de la prednisone et les lésions cessent de progresser.

Diagnostic final : pseudo-vascularite liée à l'abus de cocaïne

Code	BDCP	Description
L95.8	(M)	Autres vascularites limitées à la peau
F14.1	(3)	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de cocaïne nocive pour la santé

Justification : Le médecin consigne la relation entre le problème (pseudo-vascularite) et l'utilisation d'une substance psycho-active (cocaïne). La pseudo-vascularite répond aux critères de significativité; par conséquent, L95.8 et le code applicable du bloc F10 à F19 sont attribués, **obligatoire**. F14.1 est attribué parce que la substance (cocaïne) et la forme clinique (abus) sont consignés. L'abus de cocaïne correspond à la définition d'un diagnostic de type (3).



Exemple : Le patient se présente au service d'urgence parce qu'il vomit et ressent des douleurs abdominales depuis 7 jours. Le médecin consigne que les vomissements sont attribuables au tétrahydrocannabinol (THC) et conseille au patient de cesser de consommer de la marijuana.

Diagnostic final : syndrome d'hyperémèse cannabinoïde

Code	SNISA	Description
K92.81	MP	Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde

Justification : Le médecin consigne la relation entre le problème et l'utilisation d'une substance psycho-active (syndrome d'hyperémèse cannabinoïde). Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde est classé sous K92.81, un code de combinaison indiquant à la fois le problème et la substance en cause. Conformément à la remarque d'exception, la directive ci-dessus ne s'applique pas.



Exemple : Un patient présentant une cirrhose alcoolique du foie connue est admis en raison d'une hématomèse. L'endoscopie révèle des varices œsophagiennes avec saignement.

Code	BDCP	Description
K70.3†	(M)	Cirrhose alcoolique du foie
I98.3*	(6)	Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs

Justification : Les varices œsophagiennes associées à la cirrhose alcoolique du foie sont classées à l'aide de la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque. K70.3†/I98.3* indiquent à la fois le problème et la substance en cause. Conformément à la remarque d'exception, la directive ci-dessus ne s'applique pas.



Exemple : Le patient se présente au service d'urgence avec une lacération du cuir chevelu résultant d'une chute vers l'arrière alors qu'il se tenait debout. Le patient n'a pas perdu connaissance. Il buvait de l'alcool au moment de sa chute.

Diagnostic final : lacération du cuir chevelu

Code	SNISA	Description
S01.00	PP	Plaie ouverte du cuir chevelu, sans complication
W18.09	AP	Chute de plain-pied, autre et sans précision
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Le patient présente une lacération du cuir chevelu. Même s'il est inscrit que le patient buvait de l'alcool au moment de sa chute, le médecin n'a pas consigné la relation entre la lacération et la consommation d'alcool. La directive ci-dessus ne s'applique donc pas.



Exemple : Un patient est admis à l'hôpital par ambulance après avoir reniflé du fentanyl. Il est inconscient. Le diagnostic final consigné est « overdose au fentanyl ».

Code	BDCP	SNISA	Description
T40.40	(M)	PP	Intoxication par le fentanyl et ses dérivés
R40.29	(3)	AP	Coma, sans précision
X42	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : L'overdose au fentanyl est classée comme un empoisonnement. La directive ci-dessus ne s'applique pas, car les manifestations d'un empoisonnement sont codifiées conformément aux normes [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#) et [Surdose d'opioïde \(intoxication\)](#).



Exemple : Un patient ayant un problème d'alcoolisme connu est admis en raison d'une aggravation de la maladie de Crohn dont il souffre. Il présente de vives douleurs abdominales et de fortes diarrhées. Il est traité à l'aide de solutions intraveineuses et d'hydrocortisone.

Diagnostic final : aggravation de la maladie de Crohn attribuable à une dépendance à l'alcool

Code	BDCP	Description
K50.9	(M)	Maladie de Crohn, sans précision
F10.2	(3)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance

Justification : Le médecin consigne la relation entre le problème (aggravation de la maladie de Crohn) et l'utilisation d'une substance psycho-active (alcool). L'aggravation de la maladie de Crohn répond aux critères de significativité; par conséquent, K50.9 **et** le code applicable du bloc F10 à F19 sont attribués, **obligatoire**. F10.2 est attribué parce que la substance (alcool) et la forme clinique (dépendance) sont consignés. La dépendance à l'alcool correspond à la définition d'un diagnostic de type (3).



Exemple : Un patient est admis en raison d'une fracture de la hanche gauche, que l'on répare à l'aide de clous gamma. L'intervention se déroule sans complication. Après l'intervention, le patient fait 2 crises de grand mal. Un examen de tomodensitométrie (TDM) de la tête montre que tout est normal. On donne au patient de l'Ativan et du Dilantin pendant 48 heures, jusqu'à ce qu'on détermine que les crises sont liées au sevrage de l'alcool.

Diagnostic final : fracture de la hanche gauche, convulsions attribuables au sevrage de l'alcool

Code	BDCP	Description
S72.090	(M)	Fracture du col du fémur non précisée
W19	(9)	Chute, sans précision
U98.9	(9)	Lieu de l'événement, sans précision
F10.3	(2)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage

Justification : Le médecin consigne la relation entre le problème et l'utilisation d'une substance psycho-active (convulsions attribuables au sevrage de l'alcool). Les convulsions attribuables au sevrage de l'alcool sont classées sous un seul code (F10.3). Voir aussi la norme de codification [Convulsions](#).

Utilisation de plusieurs substances

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsque le diagnostic enregistré par le médecin ou le dispensateur de soins principal comprend les termes « plusieurs substances » (p. ex. trouble lié à l'utilisation de plusieurs substances, abus de plusieurs substances, dépendance à plusieurs substances) **et précise** les différentes substances associées au diagnostic, attribuez le code applicable du bloc F10 à F19 pour chaque substance.



Lorsque le diagnostic enregistré par le médecin ou le dispensateur de soins principal comprend les termes « plusieurs substances » (p. ex. trouble lié à l'utilisation de plusieurs substances, abus de plusieurs substances, dépendance à plusieurs substances) **mais ne précise pas** les différentes substances associées au diagnostic, attribuez un code de la catégorie F19 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives* qui décrit la forme clinique et indiquez **–98** comme cinquième et sixième caractères pour consigner l'utilisation de substances psycho-actives **multiples non précisées**.

Remarque

Les définitions des types de diagnostic et des problèmes s'appliquent aux diagnostics d'utilisation de plusieurs substances. Lorsqu'un diagnostic d'utilisation de plusieurs substances ne correspond pas aux critères de significativité, l'attribution de codes est facultative; cependant, lorsque des codes sont attribués, il faut suivre les directives ci-dessus.

Remarque

Lorsque les termes « abus de plusieurs substances » (ou des termes similaires) sont inscrits au dossier, mais que le médecin ou le dispensateur de soins principal **n'a pas précisé** les substances associées au diagnostic, cela signifie que le patient consomme plusieurs substances, mais que le médecin ou le dispensateur de soins principal n'a pas déterminé lesquelles sont pertinentes dans le cadre du diagnostic et de l'épisode de soins. N'attribuez pas des codes du bloc F10 à F19 pour les substances en question même si elles sont consignées ailleurs dans le dossier du patient, car elles ne font pas partie du diagnostic du médecin ou du dispensateur de soins principal.

B Exemple : Le patient est admis à l'hôpital en raison d'idées suicidaires et de son utilisation de substances. Selon le dossier de la consultation en psychiatrie, il consomme de l'alcool et de la marijuana chaque jour ainsi que de l'héroïne et de la cocaïne chaque semaine. On surveille le patient pour voir s'il a des symptômes de sevrage, mais il ne requiert aucun soutien et obtient son congé dès que l'équipe du service de psychiatrie juge sécuritaire de le lui accorder.

Diagnostic final : idées suicidaires

trouble lié à l'utilisation de plusieurs substances, y compris
l'alcool, la marijuana, l'héroïne et la cocaïne

Code	BDCP	Description
R45.8	(M)	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
F10.9	(1)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, troubles mentaux et du comportement non précisés
F12.90	(1)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabinoïdes, troubles mentaux et du comportement non précisés
F11.9	(1)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, troubles mentaux et du comportement non précisés
F14.9	(1)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, troubles mentaux et du comportement non précisés

Justification : Le médecin consigne le diagnostic à l'aide des termes « trouble lié à l'utilisation de plusieurs substances ». Des codes sont attribués pour les substances qui contribuent au problème de consommation du patient parce qu'elles sont incluses dans le diagnostic du médecin. Comme les substances en cause répondent aux critères de significativité, le diagnostic de type (1) est appliqué à chaque code lié à l'utilisation d'une substance. F19.998 *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples non précisées, troubles mentaux et du comportement non précisés* n'est pas attribué. Idées suicidaires (R45.8) est attribué comme DxP. La remarque d'exclusion sous R45.8 ne s'applique pas parce que le médecin n'a pas inscrit que les idées suicidaires du patient étaient un symptôme d'un trouble lié à l'utilisation de plusieurs substances.

B Exemple : Un patient est admis à l'hôpital en raison de symptômes de sevrage. Selon le dossier de la consultation en psychiatrie, il consomme de la méthamphétamine, de la cocaïne et des opioïdes. Le patient accepte de se faire traiter en réadaptation à l'hôpital, mais en sort contre l'avis du médecin avant qu'un lit se libère.

Diagnostic final : dépendance à plusieurs substances

Code	BDCP	Description
F19.298	(M)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples non précisées, syndrome de dépendance

Justification : La consignation de « dépendance à plusieurs substances » indique que le patient est dépendant de substances multiples. Bien que les substances que le patient consomme soient consignées ailleurs dans le dossier, le médecin n'inclut pas dans son diagnostic les substances auxquelles le patient est dépendant. F19.298 est donc attribué.

Chapitre VI — Maladies du système nerveux

Cranioplastie et/ou plastie de la dure-mère associée aux interventions intracrâniennes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2015

Le crâne et la dure-mère doivent être incisés pour accéder au cerveau. Bien que le soulèvement et la fermeture (remplacement) d'un volet osseux de même que l'incision et le rapprochement de la dure-mère à la suite d'une résection intracrânienne soient considérés comme des actes de routine faisant partie intégrante de toute intervention intracrânienne invasive, il existe deux cas dans lesquels il est nécessaire d'attribuer des codes supplémentaires pour une réparation concomitante du crâne et/ou de la dure-mère.

Directives pour la BDCP et le SNISA

- B** Lorsqu'il y a documentation d'un **défait** crânien nécessitant une réparation ou une reconstruction concomitante avec une intervention intracrânienne, attribuez un code supplémentaire, 1.EA.80^^ *Réparation, crâne.*
- B** Lorsqu'il y a documentation d'une greffe de **dure-mère** utilisée pour une réparation durale concomitante avec une intervention intracrânienne, attribuez un code supplémentaire, 1.AA.80^^ *Réparation, méninges et dure-mère du cerveau.*

Remarque

Le remplacement (remise) du volet osseux qui a été créé pour accéder au cerveau en utilisant de petites plaques/vis ou pinces n'est pas classé comme une « réparation » du crâne. L'utilisation de petites plaques/vis ou pinces est considérée comme un acte de routine permettant de refermer le site d'intervention, et il n'est pas codifié séparément. De même, le rapprochement de la dure-mère par des sutures est considéré comme un acte de routine permettant de fermer le site d'intervention, et il n'est pas codifié séparément.

Reportez-vous également à la norme de codification [Chirurgie de réduction d'une lésion volumineuse](#).

Exemple : Un homme de 59 ans ayant des antécédents d'astrocytome de bas grade (pour lequel il a subi une résection subtotale huit ans auparavant) présente maintenant des convulsions causées par la récurrence de la tumeur. Une craniotomie est pratiquée à l'incision originale pour l'excision de l'astrocytome récurrent. La dure-mère est adhérente et se déchire pendant la chirurgie. Après l'ablation de la tumeur, une plastie de la dure-mère est pratiquée en utilisant le fascia temporal du patient. Le défaut osseux est par la suite réparé par cranioplastie à l'aide d'os provenant de la banque d'os avec utilisation de plaques et de vis pour maintenir la greffe en place.

1.AN.87.SZ-GX	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux, avec dispositif NCA
1.AA.80.SZ-XX-A	Réparation, méninges et dure-mère du cerveau, autogreffe [p. ex. péricrâne, fascia lata]
1.EA.80.LA-NW-K	Réparation, crâne, avec homogreffe, utilisation de plaques, vis ou pince (avec ou sans fil ou maille)

Justification : La documentation fait état d'un défaut crânien nécessitant une réparation/reconstruction, et indique que la dure-mère a nécessité une réparation au moyen d'une greffe; par conséquent, des codes supplémentaires sont attribués pour la cranioplastie et la plastie de la dure-mère.

Exemple : Un patient est admis pour la résection d'une tumeur sur le site fronto-pariétal. Une perceuse à haute vitesse est utilisée pour créer quatre trous de trépan. L'os temporal est coupé pour permettre de dévasculariser la dure-mère avant de déplacer le volet osseux. Ce dernier est soulevé. Il est évident que l'os est cancéreux. La majeure partie de la tumeur est retirée, et la dure-mère est réparée au moyen d'une dure-mère synthétique qui est suturée à la dure-mère originelle avec du Nurolon 4-0. Étant donné que l'os est atteint par la tumeur, il y a un défaut crânien qui nécessite une chirurgie de reconstruction. Une plaque en métal est donc placée sur le défaut et fixée au crâne au moyen de petites vis. La plaque est ensuite recouverte de ciment à os en méthacrylate de méthyle.

1.AN.87.SZ-GX	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux, avec dispositif NCA
1.EA.80.LA-NW-N	Réparation, crâne, avec tissu synthétique [ciment, pâte], utilisation de plaque, vis ou pince (avec ou sans fil ou maille)
1.AA.80.SZ-XX-N	Réparation, méninges et dure-mère du cerveau, utilisation de tissu synthétique [gaine en Silastic]

Justification : Comme l'os est atteint par la tumeur, le défaut crânien qui en résulte a nécessité une réparation/reconstruction. Le crâne a été reconstruit au moyen d'une plaque en métal et de ciment à os. La dure-mère a également dû être réparée au moyen d'un greffe; par conséquent, des codes supplémentaires sont attribués pour la cranioplastie et la plastie de la dure-mère.

Exemple : Un patient est admis pour la résection d'une tumeur intra-axiale. Un trou de trépan est réalisé dans le trou clef (approche « keyhole ») et deux autres, dans la région temporale. Ces derniers sont ensuite connectés pour soulever le volet osseux. La dure-mère est dégagée. Après la résection de la tumeur, la dure-mère est refermée avec du Nurolon 4-0. Le volet osseux est remplacé en utilisant des pinces crâniennes pour maintenir le volet en place.

1.AN.87.SZ-GX	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux, avec dispositif NCA

Justification : Il n'y a pas de documentation d'un défaut crânien nécessitant une réparation/reconstruction ni de greffe de la dure-mère. La fermeture du volet osseux avec des pinces de même que l'incision et le rapprochement de la dure-mère avec des sutures après la résection intracrânienne sont considérés comme des actes de routine qui font partie de la chirurgie; aucun code supplémentaire n'est attribué.

Exemple : Un homme de 73 ans est admis pour la résection d'une tumeur temporale. Une craniotomie standard est pratiquée. Au retrait de l'os, la dure-mère est intacte. La dure-mère est incisée au niveau de la lésion. Cette-ci est visible et se présente sous forme de bosse ferme au milieu de la craniotomie. La membrane interne de la dure-mère est très adhérente à la lésion, et il est difficile de la séparer. La tumeur est enlevée. Une fois l'hémostase atteinte, on répare la dure-mère où la tumeur a été enlevée en utilisant le fascia lata d'un donneur cadavérique. Le fascia lata est ensuite suturé au fil de soie, à points séparés, et le volet osseux du crâne est maintenu en place au moyen de petites plaques ou vis.

1.AN.87.SZ-GX	Excision partielle, cerveau, accès par craniotomie [ou craniectomie], volet osseux, avec dispositif NCA
1.AA.80.SZ-XX-K	Réparation, méninges et dure-mère du cerveau, homogreffe [p. ex. greffe de dure-mère lyophilisée]

Justification : Une plastie de la dure-mère nécessitant une greffe n'est pas considérée comme un acte de routine faisant partie d'une intervention intracrânienne; par conséquent, un code supplémentaire pour la plastie de la dure-mère est nécessaire. Toutefois, la fermeture du volet osseux créé pour accéder au cerveau est considérée comme un acte de routine qui fait partie de l'intervention intracrânienne; par conséquent, un code supplémentaire n'est pas requis.

Exemple : Un patient est admis pour l'évacuation d'un hématome cérébelleux droit. Un trou de trépan est réalisé dans la position adéquate et une craniotomie est effectuée. Le volet osseux est soulevé, et la dure-mère est mise à découvert avant d'être incisée. Une quantité de sang importante est constatée au fond du cervelet. Le sang est évacué facilement par succion. La dure-mère est refermée avec un timbre Dura-Guard, et du DuraGen est également appliqué sur le timbre. Le volet osseux est remplacé et maintenu par des vis et des plaques de couverture pour trous de trépan.

1.AN.52.SZ	Drainage, cerveau, approche ouverte par craniotomie avec volet osseux, drainage seul [sans cathéter in situ]
1.AA.80.SZ-XX-N	Réparation, méninges et dure-mère du cerveau, utilisation de tissu synthétique [gaine en Silastic]

Justification : La documentation ne fait pas état d'un défaut crânien nécessitant une réparation/reconstruction. La fermeture du volet osseux avec des vis et des plaques de couverture pour trous de trépan est considérée comme un acte de routine faisant partie de la chirurgie; par conséquent, aucun code supplémentaire pour la cranioplastie n'est attribué. Une plastie de la dure-mère nécessitant une greffe n'est pas considérée comme un acte de routine faisant partie d'une intervention intracrânienne; par conséquent, un code supplémentaire pour la plastie de la dure-mère est requis.

Classement hiérarchique des résections de lésions intracrâniennes

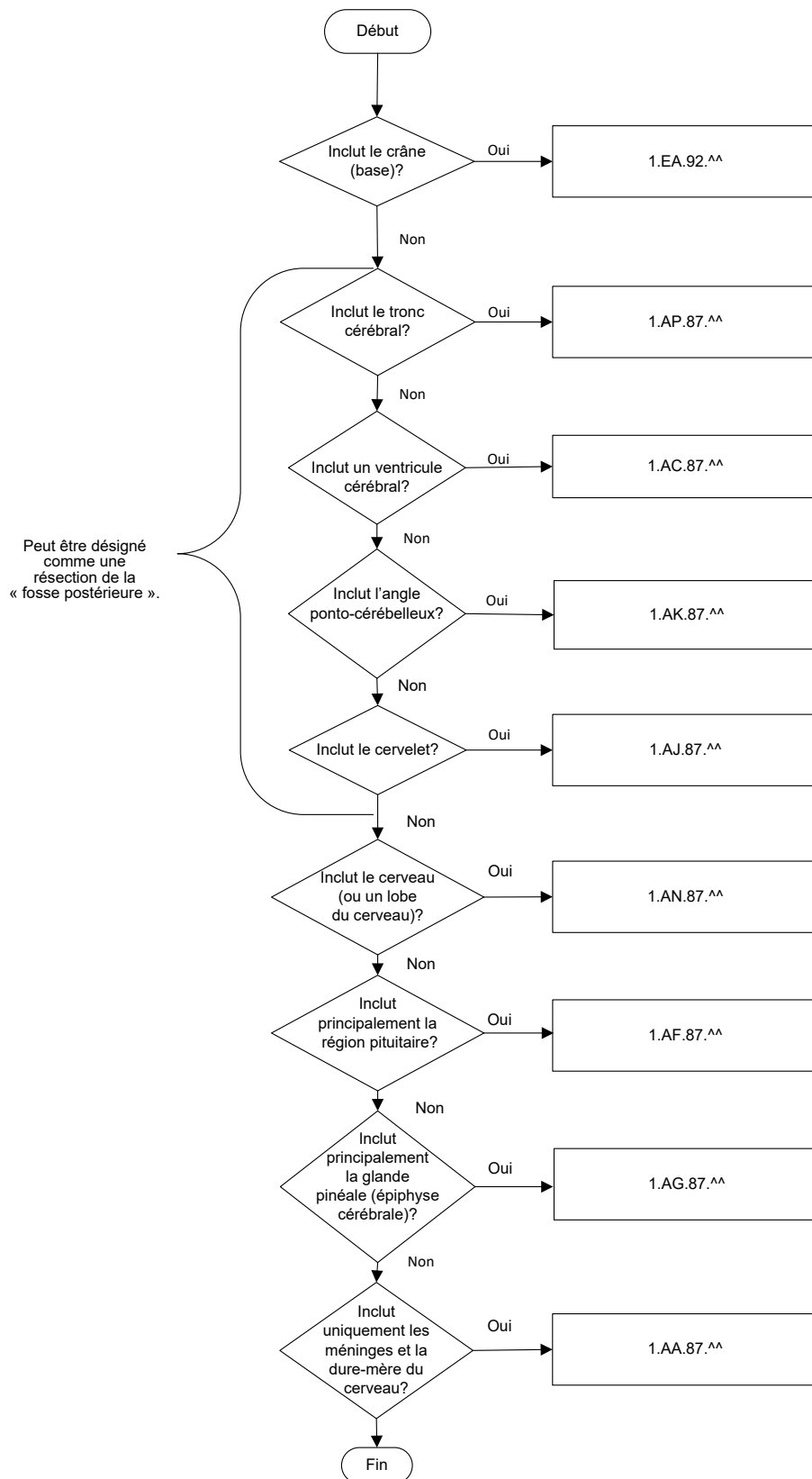
En vigueur depuis 2001, modifié en 2015

Afin d'éviter l'attribution de codes multiples pour décrire le traitement chirurgical des résections intracrâniennes, une hiérarchie de codification a été instaurée dans la CCI. Cette hiérarchie prend en compte la gravité des lésions neurologiques et la complexité de l'intervention chirurgicale afin d'établir le code unique le plus approprié pour décrire le type de résection. Les indications nécessaires pour faciliter la sélection du code sont fournies dans les notes d'inclusions et exclusions, ainsi que les remarques aux codes d'excision.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez les résections intracrâniennes qui chevauchent plusieurs régions du cerveau à l'aide d'un seul code (voir le diagramme ci-dessous).



Révision des systèmes de dérivation du liquide céphalorachidien (LCR) (ventricule, tronc cérébral, canal rachidien)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Révision partielle

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque le remplacement d'une partie du système de dérivation du liquide céphalorachidien est consigné en tant que reprise, sélectionnez l'un des codes suivants, en fonction du site d'origine du drainage (lieu du blocage) :

1.AC.54.^ ^ *Gestion d'un appareil interne, ventricules cérébraux*

1.AP.54.^ ^ *Gestion d'un appareil interne, tronc cérébral*

1.AX.54.^ ^ *Gestion d'un appareil interne, canal rachidien et méninges*

Le champ qualificateur du code désigne la région anatomique où le système de dérivation (shunt) se termine.

Exemple : Un patient est porteur d'un shunt ventriculo-péritonéal à cause d'une hydrocéphalie. Il est admis pour le changement de la valve.

1.AC.54.ME-SJ

Gestion d'un appareil interne, ventricules cérébraux, approche ouverte, système de dérivation se terminant dans la cavité abdominale [p. ex. shunt ventriculopéritonéal, vésicule biliaire]

Révision complète

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'il y a retrait complet d'un système de dérivation du LCR avec remplacement concomitant, sélectionnez l'un des ensembles de codes ci-dessous, en fonction du site d'origine du drainage (lieu du blocage). Le champ qualificateur du code désigne la région anatomique où le système de dérivation (shunt) se termine.

1.AC.52.^[^] *Drainage, ventricules cérébraux*

1.AC.55.^[^] *Retrait d'un appareil, ventricules cérébraux*

1.AP.52.^[^] *Drainage, tronc cérébral*

1.AP.55.^[^] *Retrait d'un appareil, tronc cérébral*

1.AX.52.^[^] *Drainage, canal rachidien et méninges*

1.AX.55.^[^] *Retrait d'un appareil, canal rachidien et méninges*

L'insertion du nouveau système doit être inscrite comme intervention principale, suivie du retrait de l'ancien système.

Exemple : Une patiente est porteuse d'un shunt syringo-pleural pour remédier à un problème de syringomyélie. Cette fois-ci, elle est admise pour le retrait complet et le remplacement du shunt syringo-pleural en raison de sa défaillance.

1.AP.52.MQ-SJ	Drainage, tronc cérébral, utilisation d'un système de dérivation (shunt) se terminant dans la cavité thoracique [p. ex. shunt syringopleural]
1.AP.55.SE-SJ	Retrait d'un appareil, tronc cérébral, accès par trou de trépan, système de dérivation par cathéter

Comme pour tout autre cathétérisme à demeure pour drainage continu, il n'y a aucun attribut de situation dans la CCI pour indiquer la « reprise » aux codes de drainage. De façon raisonnable, il est attendu que le remplacement des valves, le déblocage des shunts et le repositionnement des cathéters deviennent nécessaires en cours d'utilisation. Il est même assez fréquent de devoir remplacer intégralement un système de cathétérisme à demeure, destiné à rester longtemps en place, notamment chez les enfants en période de croissance.

Convulsions

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2009, 2018, 2022

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'il y a documentation d'une convulsion récurrente qui n'est pas associée à une maladie aiguë ou au sevrage de substances psycho-actives, utilisez le terme pilote « Épilepsie » dans l'index alphabétique.

BS Lorsqu'il y a documentation d'une convulsion provoquée par

- le sevrage de substances psycho-actives, recherchez le terme pilote « Sevrage » dans l'index alphabétique;
- une maladie aiguë, attribuez un code à cette dernière.

BS Lorsqu'il y a documentation d'un trouble convulsif

- décrit comme étant fébrile, recherchez le terme pilote et le sous-terme « Convulsions, fébriles » dans l'index alphabétique;
- sans autres précisions, attribuez le code R56.80 *Trouble convulsif, décrit ainsi*.

Remarque

Parmi les maladies aiguës qui peuvent provoquer une convulsion, citons par exemple l'hyponatrémie, l'hypomagnésémie, l'hypocalcémie, l'hypoglycémie, l'hyperglycémie non cétosique, l'hypoxie, l'insuffisance rénale ou hépatique et la sepsie.

Remarque

Une crise unique, isolée (pas d'antécédents de crise ou de convulsion) ou qui survient pour la première fois n'est pas classée sous Épilepsie. Voir la remarque d'exclusion à la catégorie G40 *Épilepsie*.

Il y a crise unique si une deuxième crise survient moins de 24 heures après la toute première, et convulsions récurrentes si une deuxième crise survient plus de 24 heures après la toute première.

Remarque

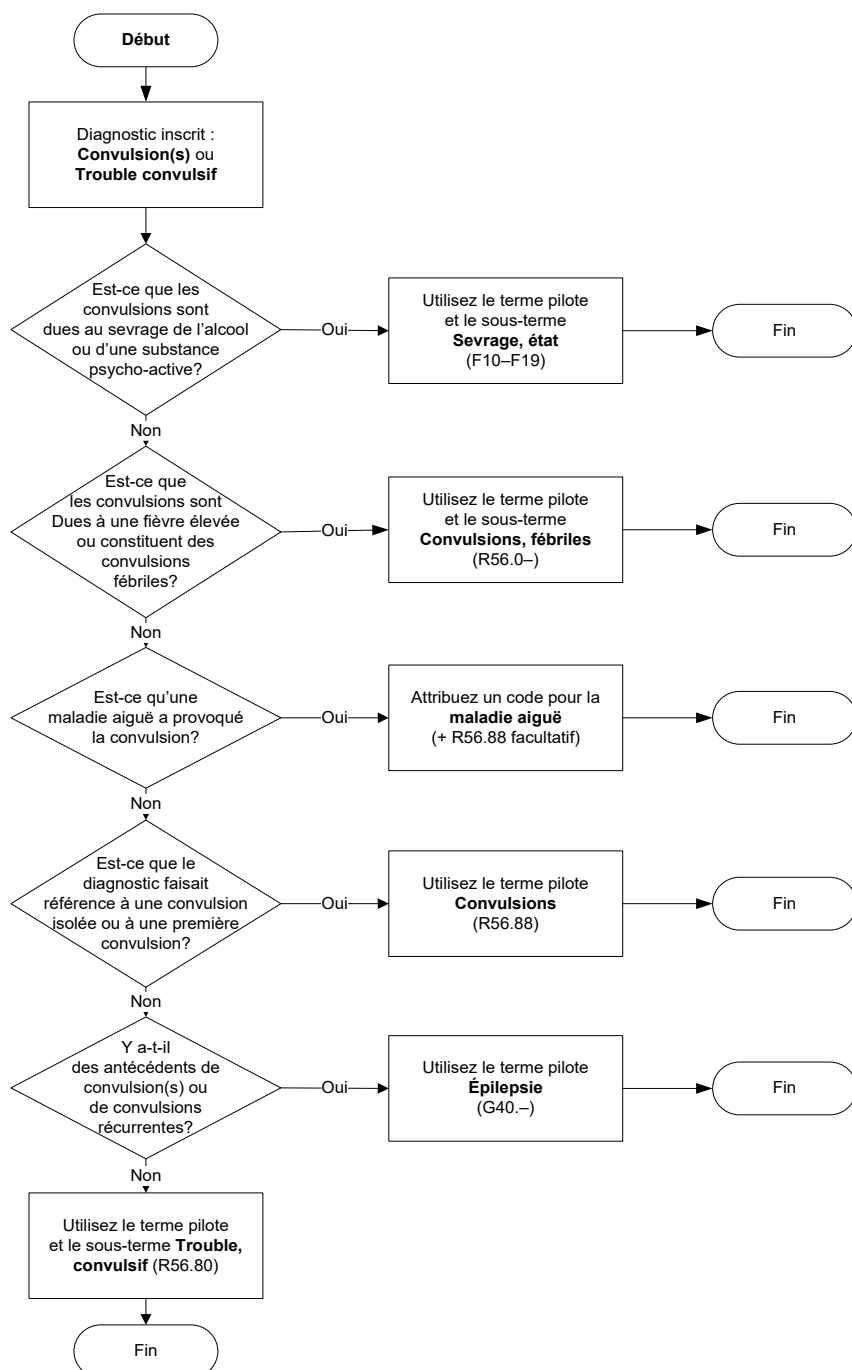
Ne confondez pas l'épilepsie réfractaire (résistante aux médicaments) avec l'état de mal épileptique. L'épilepsie réfractaire désigne les convulsions qui sont mal contrôlées par les traitements anticonvulsivants actuels. L'état de mal épileptique, qui est une urgence médicale mettant la vie du patient en danger, désigne une crise convulsive qui dure pendant une longue période.

Le dossier doit indiquer clairement qu'il s'agit d'un état de mal épileptique pour qu'un code de la catégorie G41 *État de mal épileptique* puisse être attribué.

Remarque

Le diagramme suivant permet de déterminer le terme pilote adéquat lorsqu'il y a documentation d'une convulsion ou d'un trouble convulsif.

Recherche adéquate dans l'index pour Convulsion(s) et Trouble convulsif



S Exemple : À la suite d'une convulsion, un homme de 65 ans est conduit au service d'urgence par ambulance. Le médecin décrit au dossier des convulsions tonico-cloniques et note que le patient a fait trois crises du genre dans le passé. Diagnostic final : Crise tonico-clonique.

Code	SNISA	Description
G40.60	PP	Crise de grand mal, sans précision (avec ou sans petit mal), non décrite comme étant réfractaire

Justification : Le patient a des antécédents de convulsions. Celle qu'il a actuellement n'est pas causée par une maladie aiguë, ni par le sevrage de substances psycho-actives. En conséquence, le cas est classé en tant qu'épilepsie. Selon l'information supplémentaire précisant qu'il s'agit d'une crise tonico-clonique, G40.60 est attribué.

BS Exemple : Un enfant de cinq ans est admis à la suite d'une convulsion non associée à une fièvre. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a des antécédents de convulsions. Diagnostic final : Trouble convulsif.

Code	BDCP	SNISA	Description
G40.90	(M)	PP	Épilepsie, sans précision, non décrite comme étant réfractaire

Justification : Un diagnostic final de trouble convulsif avec des antécédents de convulsions est classé en tant qu'épilepsie. R56.80 *Trouble convulsif, décrit ainsi* n'est pas attribué, car il y a documentation de crises antérieures.

BS Exemple : Un enfant de quatre ans est admis à la suite de convulsions fébriles. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a déjà connu un épisode de convulsions fébriles. Diagnostic final : Convulsions fébriles.

Code	BDCP	SNISA	Description
R56.09	(M)	PP	Convulsions fébriles, sans précision

Justification : La recherche dans l'index alphabétique à l'aide des termes « Convulsions, fébriles » permet de trouver le code approprié.

S Exemple : Une femme de 57 ans fait une crise de grand mal au centre commercial. Des ambulanciers la conduisent au service d'urgence. Les antécédents de la patiente ainsi qu'un examen médical révèlent qu'elle n'a jamais fait de crise d'épilepsie auparavant. Diagnostic final : Crise de grand mal.

Code	SNISA	Description
R56.88	PP	Convulsions, autres et non précisées

Justification : Une crise isolée, même si elle est décrite à l'aide de termes tels que « grand mal », « tonico-clonique » ou « petit mal », est classée à R56.88. La catégorie G40 *Épilepsie* exclut une convulsion isolée ou une première crise.

S Exemple : Le patient est un alcoolique connu. Il était inscrit à un programme de réadaptation pour les alcooliques, programme qu'il a ensuite quitté. Il a recommencé à boire de façon excessive. Sa femme a composé le 911 lorsqu'il a commencé à faire des convulsions dans l'après-midi, après avoir consommé plusieurs verres d'alcool. L'urgentologue note que le patient a des antécédents de crises épileptiques induites par l'alcool, pour lesquelles il s'est rendu plusieurs fois au service d'urgence dans le passé. Dans la documentation du dossier de l'urgence, on mentionne « intoxication alcoolique et crises d'épilepsie ». Le patient est admis à l'unité de soins intensifs.

Code	SNISA	Description
T51.0	PP	Effet toxique de l'éthanol
G40.50	AP	Syndromes épileptiques particuliers, non décrits comme étant réfractaires
X45	AP	Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Les convulsions récurrentes induites par l'alcool, les médicaments, le stress, la privation de sommeil ou la photosensibilité sont classées en tant qu'épilepsie. Il n'y a pas d'indication de sevrage au dossier pour classer ce cas en tant que convulsion causée par le sevrage de substances psycho-actives. Pour attribuer le code approprié, recherchez les termes « Épilepsie, due à, alcool », dans l'index alphabétique.

S Exemple : Un jeune homme de 17 ans est amené au service d'urgence à la suite d'une convulsion. Il avait consommé une quantité excessive de boissons alcoolisées au cours de la soirée. Comme il n'a pas d'antécédents de crises d'épilepsie, on inscrit au dossier un diagnostic de crise induite par un empoisonnement causé par l'alcool.

Code	SNISA	Description
T51.0	PP	Effet toxique de l'éthanol
R56.88	AP	Convulsions, autres et non précisées
X45	AP	Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : La crise épileptique est isolée et est classée à R56.88.

S Exemple : Un bébé de trois jours est amené au service d'urgence d'un hôpital pour enfants à la suite d'une convulsion. Des tests sont réalisés, après quoi l'enfant reçoit un médicament anticonvulsivant et obtient son congé. Ses parents doivent l'amener chez un pédiatre qui surveillera son état et assurera un suivi.

Code	SNISA	Description
P90	PP	Convulsions du nouveau-né

Justification : La recherche dans l'index alphabétique à l'aide des termes « Convulsions, nouveau-né » permet de trouver le code approprié.

BS Exemple : Un patient souffrant d'épilepsie connue est admis au service d'urgence. Le diagnostic posé à l'admission est « état de mal épileptique ».

Code	Description
G41.9	État de mal épileptique, sans précision
G40.90	Épilepsie, sans précision, non décrite comme étant réfractaire

Justification : La directive « **Utiliser un code supplémentaire** » à la catégorie G41 *État de mal épileptique* indique d'attribuer un code pour identifier toute convulsion, crise ou tout syndrome épileptique sous-jacent. Les définitions du typage de diagnostics doivent être appliquées aux cas individuels. La règle de séquençement des codes ne s'applique pas.

Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008

Directives pour la BDCP seulement

B Codifiez comme des comorbidités tous les déficits neurologiques consignés au dossier par le médecin, tels que la paralysie, la dysphagie, l'aphasie, l'incontinence urinaire et fécale, qui influent sur la prise en charge et le traitement du patient pendant la phase de soins aigus de l'accident vasculaire cérébral.

Critères :

R13.— *Dysphagie* : attribuez un type (1) au diagnostic lorsqu'une alimentation par sonde nasogastrique ou parentérale est nécessaire, ou si un traitement est toujours requis plus de sept jours après l'accident vasculaire cérébral.

R15 *Incontinence des matières fécales* : attribuez un type (1) au diagnostic, si l'incontinence fécale est toujours présente au moment de la sortie ou si elle persiste au moins sept jours.

R32 *Incontinence urinaire, sans précision* : attribuez un type (1) au diagnostic, si l'incontinence urinaire est toujours présente au moment de la sortie ou si elle persiste au moins sept jours.

B Pour tous les autres déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral, appliquez les types de diagnostics selon les définitions des types de diagnostics.

Reportez-vous également aux normes de codification [Accidents vasculaires cérébraux \(AVC\), hémorragiques, ischémiques et non précisés](#) et [Séquelles](#).

B Exemple : À son admission, un patient ressent une faiblesse au côté gauche. Il reçoit un diagnostic d'infarctus cérébral aigu et un activateur du plasminogène tissulaire lui est administré. La journée de son admission, le patient avait également de la difficulté à avaler. Huit jours après son AVC, le patient est transféré dans un établissement plus près de chez lui pour recevoir des soins continus pour l'AVC. Une sonde nasogastrique est mise en place.

Code	BDCP	Description
I63.9	(M)	Infarctus cérébral, sans précision
R13.8	(1)	Dysphagie, autre et non précisée

Hémiplégie

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code de la catégorie G81 *Hémiplégie* comme diagnostic principal/problème principal uniquement lorsque le problème est mentionné sans autre précision ou est défini comme un problème ancien ou de longue durée, mais de cause non précisée¹.

BS Attribuez un code de la catégorie G81 *Hémiplégie*, à titre de code supplémentaire, pour désigner les types d'hémiplégie résultant d'une cause, quelle qu'elle soit.

BS Exemple : Un patient est examiné dans une unité de chirurgie d'un jour pour l'excision de plusieurs lésions cutanées (carcinome basocellulaire), partie inférieure de la jambe. L'examen révèle une hémiparésie résiduelle suite à un accident vasculaire cérébral antérieur. Aucun traitement particulier n'est administré pour l'hémiparésie résiduelle pendant cet épisode de soins.

Code	BDCP	SNISA	Description
C44.7	(M)	PP	Tumeur maligne de la peau du membre inférieur, y compris la hanche
G81.99	(3)	AP	Hémiplégie [unilatérale] touchant un côté non précisé, sans précision (facultatif)
I69.4	(3)	AP	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (facultatif)

B Exemple : Un patient droitier a subi un accident vasculaire cérébral à la suite de l'embolie d'une artère cérébrale. Il souffre d'hémiplégie du côté gauche, problème qui fait l'objet du traitement, et il reçoit de la physiothérapie.

Code	BDCP	Description
I63.4	(M)	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
G81.91	(1)	Hémiplégie du côté non dominant, sans précision

Diagnostic du décès neurologique

En vigueur en 2018

Le diagnostic du décès neurologique est un processus normalisé clair pour déterminer le décès d'une personne selon des critères neurologiques. Le diagnostic du décès neurologique est l'un des critères pour le don d'organes de personnes décédées².

« Mort cérébrale » est un terme universel qui décrit le diagnostic du décès neurologique en se fondant sur le concept d'une perte totale et irréversible des fonctions cérébrales. Il existe des termes communs utilisés dans le jargon clinique pour décrire un diagnostic de décès neurologique, notamment « mort cérébrale », « mort neurologique », « décès neurologique » et « décès déterminé par des critères neurologiques ». La mort cérébrale est définie comme étant « la perte de conscience irréversible associée à la perte totale des fonctions du tronc cérébral, y compris la capacité de respirer³ ». Un patient en état de mort cérébrale ne pourra pas respirer, ce qui signifie qu'il sera ventilé mécaniquement.

La mort cérébrale est définie selon les pratiques médicales reconnues². En outre, elle est confirmée par un dispensateur de soins, soit le médecin qui est autorisé à prononcer le décès conformément à une politique et une procédure écrites internes sur la prononciation de décès, dans le cadre de la fonction médicale. La présente norme de codification porte sur la classification des cas documentés de diagnostic du décès neurologique.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez G93.81 *Mort neurologique* comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire, lorsqu'il y a documentation d'une mort cérébrale par un médecin autorisé.

Remarque

La documentation de mort cérébrale comprendra souvent l'issue des évaluations neurologiques effectuées pour déterminer si le patient répond aux critères cliniques de décès neurologique. Certains de ces critères comprennent l'absence du réflexe de déglutition et de la toux, et l'absence du réflexe respiratoire confirmé par le test d'apnée. Ils comprennent également l'absence bilatérale de tout mouvement (à l'exception des réflexes spinaux), du réflexe cornéen et du réflexe photomoteur⁴. La mention de ces critères en soi ne permet pas de classer un cas à G93.81. Il faut qu'il y ait documentation d'un diagnostic de décès neurologique (mort cérébrale).

B Exemple : Un homme tente de se suicider par pendaison. Il est trouvé chez lui. Il est admis après sa réanimation à l'unité de soins intensifs où on procède au maintien de ses fonctions vitales. Malgré les tentatives vigoureuses de réanimation, le médecin prononce et documente la mort cérébrale du patient, et le maintien des fonctions vitales est retiré.

Code	BDCP	Description
T71	(M)	Asphyxie
X70	(9)	Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation
U98.0	(9)	Lieu de l'événement, domicile
G93.81	(3)	Mort neurologique

Justification : La mort cérébrale du patient a été prononcée et documentée.
Par conséquent, G93.81 est attribué, obligatoire, comme diagnostic de type (3).

B Exemple : Un patient se présente après s'être évanoui durant son entraînement. L'examen de TDM révèle une hémorragie sous-arachnoïdienne causée par la rupture d'un anévrisme dans l'artère basilaire. Pendant le séjour du patient à l'unité de soins intensifs, on détermine qu'il n'est pas candidat à la chirurgie. Le médecin documente le diagnostic de décès neurologique.

Code	BDCP	Description
I60.4	(M)	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère basilaire
G93.81	(3)	Mort neurologique

Justification : La mort cérébrale du patient a été prononcée et documentée.
Par conséquent, G93.81 est attribué, obligatoire, comme diagnostic de type (3).

B Exemple : Une patiente se présente en raison d'une péritonite et d'une coagulation intravasculaire disséminée. On informe la famille de la patiente que celle-ci a peu de chance de survivre et on recommande de retirer le maintien des fonctions vitales. La famille accepte la recommandation du médecin. La patiente est extubée. Les vasopresseurs et le support hémodynamique sont retirés. La patiente décède peu de temps après.

Code	BDCP	Description
K65.9	(M)	Péritonite, sans précision
D65	(1)	Coagulation intravasculaire disséminée [syndrome de défibrination]

Justification : Il n'y a pas de documentation de mort cérébrale. Par conséquent, G93.81 n'est pas attribué. Ce code n'est pas un indicateur de tous les décès.

B Exemple : Une patiente se présente en raison d'un AVC ischémique dévastateur des artères cérébrales moyennes. Son examen neurologique n'est pas rassurant, y compris une absence des réflexes cornéen et photomoteur. La famille est d'accord pour ne pas tenter de RCR. La patiente développe une hypotension critique après laquelle elle est prononcée morte par le médecin présent.

Code	BDCP	Description
I63.5	(M)	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé

Justification : Il n'y a pas de documentation de mort cérébrale. Par conséquent, G93.81 n'est pas attribué. Ce code n'est pas un indicateur de tous les décès.

S Exemple : Une patiente est amenée au service d'urgence par ambulance après s'être évanouie chez elle. Le personnel paramédical a tenté une RCR en route vers l'hôpital. Une fois au service d'urgence, un tube endotrachéal est inséré et la RCR est maintenue jusqu'au succès de celle-ci. Toutefois, on constate que l'arrêt cardiaque prolongé a causé une lésion cérébrale anoxique grave. Le médecin prononce et documente la mort cérébrale de la patiente.

Code	SNISA	Description
I46.0	PP	Arrêt cardiaque réanimé avec succès
G93.1	AP	Lésion cérébrale anoxique, non classée ailleurs
G93.81	AP	Mort neurologique

Justification : La mort cérébrale est consignée par le service d'urgence. Par conséquent, G93.81 est attribué, obligatoire, comme autre problème (AP).

Références

1. Organisation mondiale de la santé. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems \(ICD-10\), Tenth Revision, Volume 1](#). 2010.
2. Conseil canadien pour le don et la transplantation. [Forum canadien « De l'atteinte cérébrale grave au diagnostic du décès neurologique »](#). Octobre 2003.
3. Shemie SD, Doig C, Dickens B, Byrne P, Wheelock B, Rocker G, Baker A, Seland TP, Guest C, Cass D, Jefferson R, Young K, Teitelbaum J; Pediatric Reference Group; Neonatal Reference Group. [Severe brain injury to neurological determination of death: Canadian Forum recommendations](#). *Canadian Medical Association Journal*. Mars 2006.
4. Réseau Trillium pour le don de vie. [Manuel de ressources au sujet des dons](#). Mars 2010.

Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire

Hypertension

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2022

Directives pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code du bloc I10 à I15 *Maladies hypertensives*, **obligatoire**, peu importe la significativité, chaque fois que l'hypertension est consignée au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires.

Remarque

Assurez-vous que les codes des catégories I10 à I13 ne sont jamais inscrits en tant que comorbidité après l'admission — diagnostic de type (2) — dans l'abrégé d'un patient hospitalisé et qu'ils ne sont jamais utilisés ensemble dans le même abrégé, car ils sont mutuellement exclusifs.



Exemple : Un patient de 76 ans est admis en raison d'une pneumonie. Ses antécédents et son évaluation physique indiquent qu'il est atteint d'hypertension. Il prend actuellement 4 mg de Coversyl par jour pour le traitement de cette affection.

Code	BDCP	SNISA	Description
J18.9	(M)	PP	Pneumonie, sans précision
I10.0	(3)	AP	Hypertension artérielle bénigne

Justification : L'hypertension est classée à I10.0. Il est obligatoire d'attribuer un code du bloc I10 à I15 *Maladies hypertensives* lorsque l'hypertension est consignée au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires, peu importe la significativité. Dans ce scénario, l'hypertension ne répond pas aux critères de significativité; elle est donc inscrite comme un diagnostic de type (3)/autre problème.

Hypertension et affections associées

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2007, 2009, 2022

Cardiopathie hypertensive et néphropathie hypertensive

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez I11 *Cardiopathie hypertensive*, I12 *Néphropathie hypertensive* ou I13 *Cardionéphropathie hypertensive* **seulement** lorsque le médecin documente précisément un lien de cause à effet entre la cardiopathie ou la maladie rénale et l'hypertension. Un lien de causalité ne doit pas être présumé.

BS Utilisez un code supplémentaire pour indiquer toute affection connexe causée par l'hypertension (comme l'insuffisance cardiaque congestive et l'insuffisance rénale chronique). Inscrivez en premier I11, I12 ou I13.

Remarque

Il est obligatoire d'attribuer un code pour l'hypertension chaque fois que cette affection est consignée au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires. Reportez-vous également à la norme de codification [Hypertension](#).

B Exemple : Un patient obèse souffrant d'hypertension depuis longtemps se plaint de dyspnée à l'effort et au repos, d'un œdème malléolaire ainsi que d'un gain de poids. On pratique une échocardiographie transthoracique. Le patient est admis pour une insuffisance cardiaque congestive.

Diagnostic : Cardiopathie hypertensive

Insuffisance cardiaque congestive

Code	Description
I11	Cardiopathie hypertensive
I50.0	Insuffisance cardiaque congestive

Justification : Lorsque l'insuffisance cardiaque est attribuable à l'hypertension essentielle, les médecins utilisent généralement des expressions comme « due à l'hypertension » ou « hypertensive » pour établir un lien entre les deux affections. Si les diagnostics enregistrés dans le dossier médical mentionnent les deux affections de façon indépendante, vous ne devez pas présumer qu'il existe un lien de causalité entre elles. Puisque le terme « hypertensive » est utilisé dans l'exemple, un tel lien est indiqué.

BS Exemple : Insuffisance rénale chronique et hypertension

Code	Description
N18.9	Maladie rénale chronique, sans précision
I10.0	Hypertension artérielle bénigne

Justification : I12 *Néphropathie hypertensive* n'est pas attribué, car un lien de causalité ne peut être présumé.

BS Exemple : Diagnostic : Diabète de type 2 avec insuffisance rénale chronique
Hypertension

Code	Description
E11.23†	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	Glomérulopathies non précisées au cours du diabète sucré
I10.0	Hypertension artérielle bénigne

Justification : I12 *Néphropathie hypertensive* n'est pas attribué, car un lien de causalité entre l'hypertension et la maladie rénale ne peut être établi. Classez chaque affection séparément.

B Exemple : Un patient est admis pour le traitement d'une insuffisance cardiaque congestive et d'une insuffisance rénale chronique secondaire due à une hypertension préexistante de longue date. Il reçoit un traitement agressif par diurèse et dialyse.

Code	BDCP	Description
I13	(M)	Cardionéphropathie hypertensive
I50.0	(1)	Insuffisance cardiaque congestive
N18.9	(1)	Maladie rénale chronique, sans précision

Justification : Une relation de cause à effet entre l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale causée par l'hypertension a été établie. Le diagnostic de type (1) est attribué à I50.0 et N18.9, car le traitement ciblait l'insuffisance cardiaque congestive et l'insuffisance rénale.

Hypertension avec maladie cérébrovasculaire

Directive pour la BDCP et le SNISA



Inscrivez en premier le code de la maladie cérébrovasculaire lorsqu'une hypertension est présente.



Exemple : Occlusion de l'artère basilaire avec hypertension

Code	Description
I65.1	Occlusion et sténose de l'artère basilaire
I10.0	Hypertension artérielle bénigne

Syndrome coronarien aigu (SCA)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2007, 2008, 2009, 2012, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un code de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde*, I22 *Infarctus du myocarde à répétition* ou le code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde* est attribué, il est obligatoire d'ajouter un code de la sous-catégorie R94.3– *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires* à titre de diagnostic de type (3)/autre problème.

Remarque

Pour les abrégés sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour, l'utilisation de R94.30 et R94.31 est restreinte aux fins d'ajout des renseignements infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) et infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI) dans le cas d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou d'un infarctus du myocarde évité. Ces codes ne doivent être utilisés que lorsqu'un code de la catégorie I21.– *Infarctus aigu du myocarde* ou I22.– *Infarctus du myocarde à répétition* ou le code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde* est attribué. R94.30 et R94.31 ne sont utilisés avec aucun autre diagnostic.

En ce qui concerne les visites aux services d'urgence, R94.30 et R94.31 peuvent être utilisés sans les codes de la catégorie I21 ou I22 ou sans le code I24.0. Cependant, ils doivent seulement servir à indiquer un diagnostic de sortie dans le cas d'un STEMI ou d'un NSTEMI.

Remarque

Il ne faut pas se fier à l'interprétation apparaissant sur les rapports d'ECG ou aux résultats de laboratoire lorsqu'il s'agit d'attribuer R94.3—. Reportez-vous plutôt aux notes du médecin concernant l'ECG. Si le médecin ne mentionne pas le résultat de l'ECG, attribuez R94.38 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés*.



Exemple : Une patiente de 74 ans est vue au service d'urgence et admise par la suite pour un malaise à la poitrine, une douleur irradiante dans les deux bras et un sentiment général de malaise. Les symptômes persistaient depuis environ trois jours avant que la patiente ne se présente à l'hôpital. Lors de son admission, le médecin inscrit que le résultat de son ECG est normal, mais que les concentrations de troponine et de CK-MB sont élevées.

Diagnostic final : Infarctus du myocarde sans onde Q

Code	BDCP	Description
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]

Justification : R94.31 est attribué, car le médecin a documenté l'infarctus du myocarde (IM) dans le dossier. Il a **aussi** indiqué qu'il n'y a pas de surélévation du segment ST (c.-à-d. que l'ECG est normal), mais que le résultat des biomarqueurs est positif.



Exemple : Un patient se présente suite à des épisodes de syncope. L'ECG à l'admission indique que les dérivations en V4 à V6 révèlent un sous-décalage du segment ST avec des changements non spécifiques du segment ST au niveau des dérivations latérales supérieures. Le résultat des biomarqueurs est positif.

Impression : NSTEMI.

Plan : Prise en charge de NSTEMI.

Le premier résultat lié à la troponine est de 0,18 et le deuxième, de 0,16. Le résultat de CK-MB est négatif. Ces résultats signalent une fuite de troponine de cause autre que cardiaque. Il subit une angiographie pulmonaire qui confirme la présence d'une embolie pulmonaire. On lui administre de l'héparine et de la warfarine.

Diagnostic final : Embolie pulmonaire

Code	BDCP	Description
I26.9	(M)	Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu

Justification : Puisque le diagnostic final n'est pas un infarctus du myocarde, R94.3– n'est pas attribué.

Un diagnostic de STEMI ou de NSTEMI est, du point de vue clinique, une représentation précoce d'un syndrome coronarien aigu (SCA). L'évolution ou les résultats de la maladie ne peuvent pas être déterminés avant qu'une investigation plus approfondie ou qu'un traitement ne soit réalisé.

Dans le cas d'une visite au service d'urgence, un diagnostic de STEMI par exemple sera classé à R94.30 seulement, ce qui démontre que le résultat n'est pas encore déterminé. Par contre, lorsqu'un médecin du service d'urgence inscrit le diagnostic en utilisant les termes « infarctus aigu du myocarde », cela signifie que le résultat a été déterminé et que le code approprié de I21 peut être attribué.

Dans le cas d'une hospitalisation, l'évolution ou le résultat de l'affection est censé être connu lors du congé. L'évolution habituelle d'un STEMI est l'infarctus du myocarde avec onde Q. Ainsi, un infarctus du myocarde inscrit comme STEMI est classé sous le code approprié de I21.0 à I21.3, à moins que le dossier du patient n'indique que le résultat final est l'IM sans onde Q ou l'IM évité. L'évolution habituelle d'un NSTEMI est l'infarctus du myocarde sans onde Q. Ainsi, un infarctus du myocarde inscrit comme NSTEMI est classé à I21.4, à moins que le dossier du patient n'indique que le résultat final est l'IM avec onde Q.

Directives pour le SNISA seulement

- S** Lorsque le diagnostic à la sortie du service d'urgence est un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI) ou un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI), attribuez le code approprié de la sous-catégorie R94.3— *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires* à titre de problème principal.
- S** Lorsque le diagnostic à la sortie du service d'urgence est un infarctus aigu du myocarde, attribuez le code approprié de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* à titre de problème principal.

S Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence avec une douleur thoracique accablante et une douleur connexe à la mâchoire. À l'origine, les résultats de l'ECG révèlent un sous-décalage dans les dérivations antérieures et inférieures. Des résultats ultérieurs de l'ECG révèlent que la patiente a subi un bloc de branche droit, et les dérivations antérolatérales et inférieures indiquent un sous-décalage du segment ST. La patiente est transférée à l'unité de soins coronariens et reçoit un diagnostic de NSTEMI.

Code	SNISA	Description
R94.31	PP	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]

Justification : Au service d'urgence, le diagnostic différentiel de NSTEMI représente le degré de précision connu le plus élevé au moment du transfert à l'unité de soins coronariens.

S Exemple : Un patient est transporté au service d'urgence de l'hôpital A par ambulance aérienne avec un diagnostic de STEMI. À l'examen, le patient est blême et sans pouls périphérique. Il est transféré directement au laboratoire de cathétérisme avec un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde, tel que déterminé par le médecin du service d'urgence.

Code	SNISA	Description
I21.9	PP	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
R94.30	AP	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : Attribuez toujours les codes en fonction du plus grand degré de précision inscrit au dossier. Les notes indiquent que ce patient a été amené à l'hôpital avec un diagnostic de STEMI. Ainsi, R94.30 est attribué. I21.9 est attribué à titre de problème principal puisque le résultat final ou le type d'infarctus du myocarde n'a pas encore été déterminé.

Directive pour la BDCP seulement

B Classez l'infarctus du myocarde **avec** une surélévation du segment ST de la sous-catégorie I21.0-I21.3 *Infarctus transmural aigu du myocarde* en fonction du site, **sauf** si le dossier indique que le résultat final est un IM sans onde Q ou un IM évité ou interrompu.

B Exemple : Un patient de 61 ans est transféré d'un autre hôpital. Il a subi un infarctus aigu de la paroi inférieure avec élévation du segment ST, et le traitement thrombolytique a échoué. Le médecin note que l'ECG réalisé lors de l'admission à l'hôpital de provenance indiquait une élévation du segment ST. Le patient n'a aucun antécédent de coronaropathie. Une intervention coronarienne percutanée (ICP) de l'artère coronaire droite est réalisée la première journée.

Diagnostic à la sortie : IM avec élévation du segment ST, paroi inférieure

Code	BDCP	Description
I21.1	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : I21.1 est attribué, car le diagnostic final est documenté comme infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST, paroi inférieure. Il n'existe pas de documentation confirmant que le résultat final est un infarctus du myocarde sans onde Q ou que l'infarctus du myocarde a été évité. R94.30 est attribué pour préciser que le patient s'est présenté avec une surélévation du segment ST.

B Exemple : Un patient de 54 ans se présente à l'hôpital avec des douleurs thoraciques. Le médecin note que l'ECG à l'admission indique une élévation du segment ST. Le patient est admis à l'unité de soins coronariens et un traitement thrombolytique est entrepris immédiatement. L'ECG semble normal suite au traitement, mais les niveaux de troponine sont documentés comme étant élevés. Le diagnostic final inscrit au dossier est infarctus du myocarde sans onde Q.

Code	BDCP	Description
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : Bien que ce cas se présente comme un STEMI, le traitement thrombolytique a réussi à empêcher l'évolution de l'IM vers un infarctus du myocarde avec onde Q. Ainsi, un code de la sous-catégorie I21.0 à I21.3 n'est pas attribué. R94.30 est attribué pour préciser que le patient s'est présenté avec une surélévation du segment ST.

Directive pour la BDCP seulement

B Classez un infarctus du myocarde **se présentant** avec une élévation du segment ST, mais qui est évité ou interrompu grâce à la réussite du traitement, à I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde*.

B Exemple : Un patient de 57 ans souffrant d'une coronaropathie connue se présente à l'hôpital avec des douleurs thoraciques. Le médecin inscrit que l'ECG à l'admission indique une élévation du segment ST. Une ICP primaire est pratiquée. Le diagnostic final inscrit au dossier est infarctus du myocarde évité.

Code	BDCP	Description
I24.0	(M)	Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
I25.19	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon

Directive pour la BDCP seulement

B Classez l'infarctus du myocarde **sans** surélévation du segment ST à I21.4 *Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde*, **sauf** si le dossier indique que le résultat final est un infarctus du myocarde avec onde Q.

B Exemple : Un patient de 45 ans se présente à l'hôpital. Les résultats de l'ECG et des tests d'enzymes semblent indiquer un petit SCA. Un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST est inscrit au dossier. L'angiographie coronarienne subséquente indique une coronaropathie de trois vaisseaux. Une consultation chirurgicale est obtenue et une intervention pour subir un pontage est planifiée. Les médicaments prescrits au patient à sa sortie sont : aspirine, Plavix et ramipril.

Diagnostic final : Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST

Code	BDCP	Description
I21.4	(M)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]
I25.10	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine

Justification : I21.4 est attribué, car le diagnostic final est documenté comme infarctus du myocarde sans élévation du segment ST. Il n'existe pas de documentation confirmant que le résultat final est un infarctus du myocarde avec onde Q. Le code R94.31 est attribué pour préciser que le patient s'est présenté sans élévation du segment ST.

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un infarctus du myocarde est en phase aiguë (c.-à-d. dans les 28 jours suivant son apparition), attribuez le type de diagnostic (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) selon ce qui est approprié pour le cas.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient se présente pour une affection faisant partie du spectre du syndrome coronarien aigu (SCA) et qu'il subit une intervention coronarienne percutanée de toute urgence au cours de la même admission, attribuez le code de SCA comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire à titre de type de diagnostic (1)/autre problème si on fait mention d'une maladie coronarienne sous-jacente. Cette directive s'applique aux interventions coronariennes percutanées pratiquées à l'hôpital et en consultation externe ainsi qu'aux hôpitaux de provenance et de destination.

BS Lorsqu'un patient se présente avec un infarctus du myocarde à l'intérieur de la période de phase aiguë pour subir une intervention coronarienne percutanée non urgente, attribuez un code pour la maladie coronarienne sous-jacente à titre de diagnostic principal/problème principal et un code supplémentaire pour l'IM avec un type de diagnostic de type significatif/autre problème.

Exception

Lorsqu'un patient est réadmis avec un diagnostic pouvant être classé à la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition*, un code de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* peut être attribué à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin de préciser le site de l'IM original.



Exemple : Une patiente s'est étouffée en mangeant de la crème anglaise en début de semaine. Plus tard, elle développe une toux accompagnée de fièvre. Une radiographie thoracique confirme qu'elle a une pneumonie par aspiration. Le médecin note dans le résumé de sortie que la patiente a subi un infarctus aigu du myocarde il y a deux semaines.

Diagnostic final : Pneumonie par aspiration

Code	BDCP	Description
J69.0	(M)	Pneumonite due à des aliments et des vomissements
W79	(9)	Inhalation et ingestion d'aliments provoquant une obstruction des voies respiratoires
U98.9	(9)	Lieu de l'événement, sans précision
I21.9	(1)	Infarctus aigu du myocarde, sans précision
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés

Justification : L'infarctus du myocarde est encore dans la phase aiguë, donc il est considéré comme un diagnostic de comorbidité. Étant donné qu'un code de la catégorie I21 est attribué, R94.38 *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés* est obligatoire.



Exemple : Un patient est transféré de l'hôpital A avec un diagnostic de STEMI. Son traitement thrombolytique a échoué. Il a été traité avec du TNK, toutefois les douleurs thoraciques ont persisté, et il a été transféré à l'hôpital B pour subir une coronarographie et possiblement une intervention.

Diagnostic final : Infarctus aigu de la paroi inférieure avec élévation du segment ST, traitement thrombolytique échoué. ICP de sauvetage réussie.

Code	BDCP	Description
I21.1	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : Puisqu'il ne s'agit pas d'une ICP non urgente à l'hôpital B, I21.1 est inscrit à titre de diagnostic principal. Au cours de la période aiguë d'un IM, l'ICP est souvent une intervention qui sauve la vie. Les soins sont d'abord axés sur l'IM et ensuite sur la coronaropathie sous-jacente. Si le médecin avait noté la coronaropathie sous-jacente, on lui aurait attribué un type de diagnostic (1).



Exemple : Un patient de 52 ans se présente à l'hôpital en raison de douleurs thoraciques et d'essoufflement. Le médecin inscrit « SCA possible ». Les résultats de l'ECG ne révèlent aucune ischémie significative, ni infarctus aigu. Les niveaux de troponine sont documentés négatifs pour l'infarctus

Diagnostic final d'après le rapport d'angiographie : SCA sans élévation du segment ST (NSTEMI) avec coronaropathie diffuse.

Code	BDCP	Description
I20.0	(M)	Angine de poitrine instable
I25.19	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon

Justification : **Remarque :** Dans cet exemple, SCA sans élévation du segment ST ou NSTEMI = angine de poitrine instable puisque l'ECG est normal et le niveau de troponine est négatif. Le code R94.3– n'est pas attribué, car le diagnostic principal ne correspond pas à un code de la catégorie I21 ou I22 ni au code I24.0.

Directives pour la BDCP seulement

- B** Lorsqu'un infarctus transmural (onde Q) du myocarde peut correspondre à plus d'un code de la catégorie I21, attribuez I21.2 *Infarctus transmural aigu du myocarde d'autres localisations*
- B** Attribuez un code de la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition* pour enregistrer l'infarctus du myocarde à répétition se produisant au cours de la période aiguë (c.-à-d. 28 jours) suivant le premier infarctus ou l'extension du premier infarctus qui se produit au cours des 28 premiers jours. Attribuez un type de diagnostic conformément aux définitions des types de diagnostic.

Directive pour la BDCP et le SNISA

- BS** Lorsqu'un code de la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition* est attribué, ajoutez un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3— *Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires*, obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.

Reportez-vous également à la norme de codification [Définition des types de diagnostic selon la BDCP](#).

BS Exemple : Infarctus aigu du myocarde avec onde Q touchant les parois antérolatérale et inférolatérale. Les notes d'évolution indiquent que le résultat de l'ECG révèle une élévation du segment ST.

Code	BDCP	SNISA	Description
I21.2	(M)	PP	Infarctus transmural aigu du myocarde d'autres localisations
R94.30	(3)	AP	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]



Exemple : Une patiente de 63 ans est amenée à l'hôpital par ambulance en raison d'une douleur thoracique qui persiste depuis minuit. L'ECG indique des changements non spécifiques au niveau des ondes ST-T. Il n'y a pas de surélévation du segment ST. Le résultat des marqueurs cardiaques est anormal avec un taux de troponine s'élevant à 1,42. La patiente a des antécédents connus de coronaropathie et a déjà subi une angioplastie coronaire en 2001. La patiente est admise à l'unité de soins coronariens.

Impression : NSTEMI

Au cours de sa troisième journée à l'unité de soins coronariens, la patiente présente des douleurs thoraciques sévères. Le médecin note que l'ECG urgent pris à ce moment indique une surélévation du segment ST dans les dérivations II, III et AVF qui ne s'est pas réajustée dans un délai de 5 à 10 minutes. Par conséquent, la patiente est immédiatement transférée au laboratoire de cathétérisme cardiaque pour subir une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire en raison d'un STEMI. L'angiographie coronarienne révèle une sténose à 95 % de l'artère auriculo-ventriculaire proximale et une sténose à 75 % de l'artère auriculo-ventriculaire distale. La patiente subit une angioplastie coronaire primaire avec insertion de deux endoprothèses dans l'artère auriculo-ventriculaire.

Diagnostic final : Infarctus aigu du myocarde

Code	BDCP	Description
I22.9	(M)	Infarctus du myocarde à répétition, de localisation non précisée
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
I21.4	(1)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]
I22.9	(2)	Infarctus du myocarde à répétition, de localisation non précisée
I25.10	(1)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine

Justification : Les codes I21.4 et I22.9 doivent être inscrits. Dans ce cas, I22.9 correspond à la définition du DxP. Puisque l'IM subséquent s'est produit après l'admission, il s'agit d'un diagnostic de type (2). Un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3– est obligatoire pour les codes I21.4 (c.-à-d. R94.31, afin de préciser que l'IM original était un NSTEMI) et I22.9 (c.-à-d. R94.30, qui permet de préciser que l'IM à répétition était un STEMI).

B Exemple : Un patient est soigné pour un infarctus transmural aigu du myocarde de la paroi inférolatérale, puis il obtient son congé de l'hôpital. Deux jours après sa sortie, il est réadmis en raison d'un infarctus aigu du myocarde des parois postérolatérale et postéroseptale.

Code	BDCP	Description
I22.8	(M)	Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
I21.1	(3)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure (facultatif)
R94.38	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés

Justification : I22.8 est attribué, car l'IM précédent est survenu moins de 28 jours auparavant. **Le fait que le patient a subi un infarctus du myocarde récent est sous-entendu au niveau du code I22.8.** Dans le cas d'une réadmission en raison d'un infarctus du myocarde subséquent, il est facultatif d'attribuer un code de la catégorie I21 *Infarctus transmural aigu du myocarde* pour indiquer le site de l'IM d'origine. Si I21 est attribué, il sera un diagnostic de type (3)/autre problème, et un code de la sous-catégorie R94.3– devra également être attribué. Dans cet exemple, on ne mentionne pas si l'IM (d'origine ou à répétition) était un STEMI ou un NSTEMI. Par conséquent, il faut attribuer R94.38.

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un code de la catégorie I23 *Certaines complications courantes survenant après un infarctus aigu du myocarde* pour les complications précisées qui se produisent au cours de la phase aiguë de l'infarctus du myocarde (c.-à-d. à l'intérieur de 28 jours).

Ces complications se produisent généralement dans les 2 à 7 jours suivant l'IAM. Toutefois, l'utilisation de ces codes n'est pas écartée lorsque la documentation précise qu'il s'agit d'une complication courante à la suite de l'IAM ou que l'IM est à la phase aiguë (c.-à-d. à l'intérieur de 28 jours). Lorsque les complications se manifestent en même temps que l'infarctus, elles sont comprises dans le code d'IAM.

B Exemple : Une patiente est admise à partir du service d'urgence où elle a reçu un diagnostic de STEMI et un traitement thrombolytique. Elle est admise directement à l'unité de soins coronariens. La documentation confirme la présence d'élévations du segment ST à l'ECG et la patiente est diagnostiquée avec un STEMI de la paroi inférieure. Deux jours plus tard, elle souffre d'angine de poitrine post infarctus du myocarde.

Diagnostic : Infarctus aigu du myocarde, paroi inférieure

Angine de poitrine à la suite d'un infarctus du myocarde

Code	BDCP	Description
I21.1	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi inférieure
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
I23.82	(2)	Angine de poitrine suivant un infarctus comme complication courante survenant après un infarctus aigu du myocarde

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez I25.2 *Infarctus du myocarde, ancien* (c.-à-d. antécédent d'IM), facultatif, à titre de diagnostic de type (3) uniquement lorsque **les deux** critères suivants s'appliquent :

- l'infarctus du myocarde précédent s'est produit plus de 4 semaines auparavant (28 jours);
- à l'heure actuelle, le patient n'est pas en observation, ni sous évaluation, ni en traitement en raison de l'infarctus du myocarde précédent.

B Exemple : Le patient est admis en raison d'une hémicolectomie. Le médecin note l'antécédent d'IM d'après les résultats de l'ECG. Aucun traitement n'est pratiqué pour l'infarctus du myocarde guéri.

Code	BDCP	Description
I25.2	(3)	Infarctus du myocarde, ancien (facultatif)

Sélection de l'attribut de situation lors d'une intervention coronaire percutanée (ICP)

En vigueur depuis 2012, modifié en 2015

L'utilisation principale de l'attribut de situation obligatoire à la rubrique 1.IJ.50.^[^] *Dilatation, artères coronaires* est de pouvoir faire la distinction entre une ICP primaire dans les cas de STEMI, de tout autre ICP.

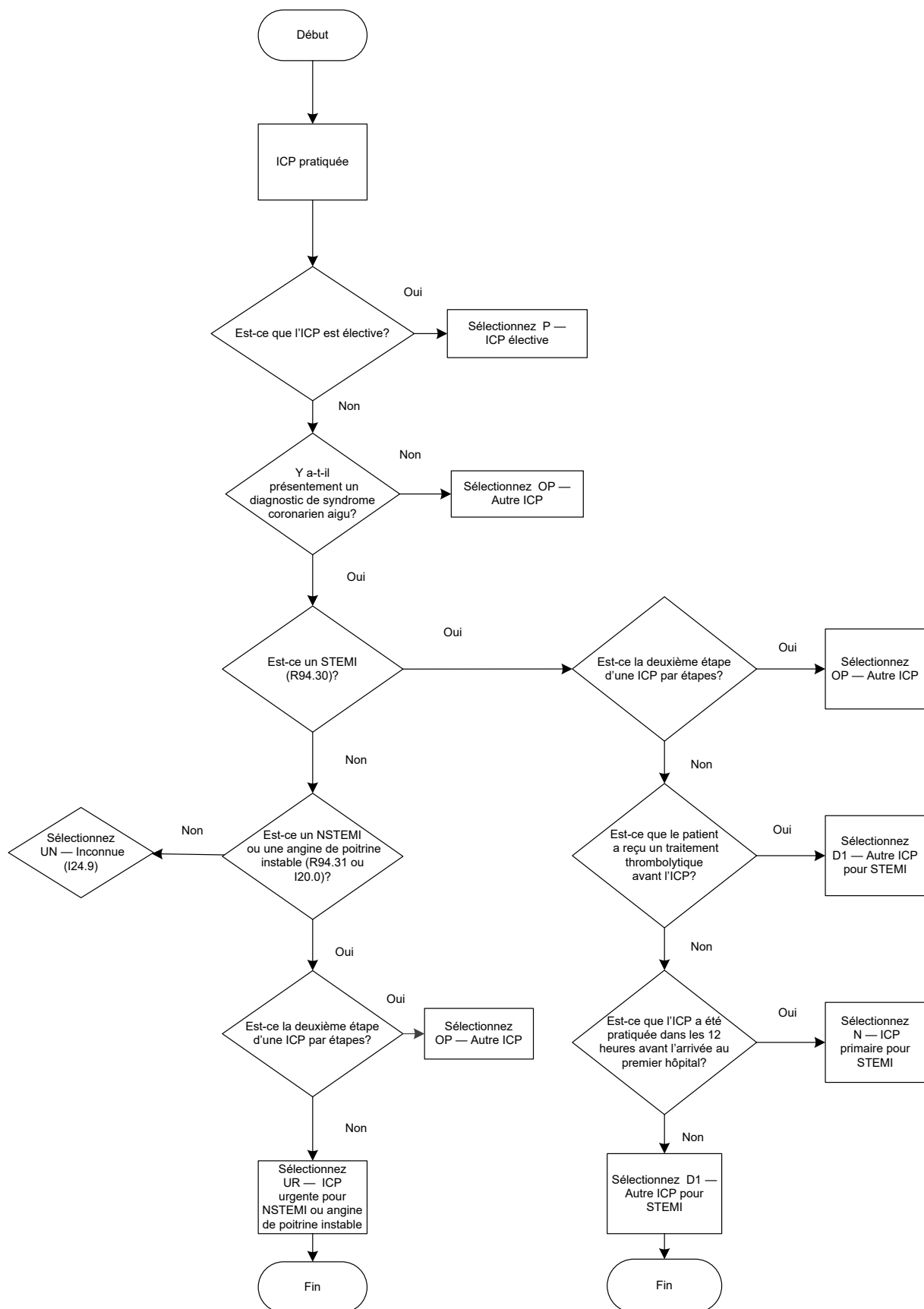
Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une intervention coronaire percutanée, pouvant être classée à la rubrique 1.IJ.50.^[^] *Dilatation, artères coronaires*, est pratiquée, sélectionnez l'attribut de situation approprié (voir le diagramme ci-dessous), obligatoire.

Remarque

Assurez-vous que l'attribut de situation « N » — ICP primaire pour STEMI ou « D1 » — autre ICP pour STEMI est sélectionné seulement lorsqu'il y a un diagnostic de STEMI (c.-à-d. R94.30 doit être attribué dans l'abrégié).



Traitement thrombolytique

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008, 2009, 2015, 2018, 2022

Les agents thrombolytiques sont des sérines protéases qui transforment le plasminogène en plasmine. La plasmine dégrade ensuite le fibrinogène et la fibrine contenus dans un caillot de sang, éliminant ainsi le caillot¹.

Les agents thrombolytiques (parfois appelé traitement de reperfusion) comprennent entre autres la streptokinase (Streptase®), l'altéplase ou les activateurs du plasminogène tissulaire [APt] (Activase®), l'anistréplase (Eminase®), la retéplase (Retavase®), l'urokinase ou l'activateur du plasminogène de type urokinase [uPA] (Abbokinase®) et la ténecteplase (TNKase®). Le but est d'obtenir une reperfusion par thrombolyse.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code pour le traitement thrombolytique, obligatoire, chaque fois qu'un tel traitement est administré, sans égard au diagnostic.

Directive pour le SNISA seulement



Lorsqu'un traitement thrombolytique est administré au service d'urgence ou avant l'arrivée au service d'urgence, par exemple par le personnel paramédical, attribuez un code pour ce traitement thrombolytique, obligatoire, dans l'abrégié du service d'urgence du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code pour le traitement thrombolytique, obligatoire, dans l'abrégié de la première visite en soins pour patients hospitalisés de l'épisode actuel de soins continus, et ce même si le traitement

- est administré avant l'arrivée au service d'urgence (comme les traitements administrés par le personnel paramédical); ou
- est administré au service d'urgence du même établissement ou d'un établissement de transfert.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Classez l'administration d'un agent thrombolytique par **perfusion intraveineuse** à 1.ZZ.35.HA-1C *Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un agent thrombolytique.*

BS Classez l'administration d'un agent thrombolytique **dans une artère** à 1.^.^35.HH-1C *Pharmacothérapie (locale), par site, approche percutanée par cathéter, agent thrombolytique.*

Remarque

L'attribution d'un code pour un traitement thrombolytique sert à mettre en évidence une catégorie précise de patients (c.-à-d. ceux qui reçoivent un traitement thrombolytique) et non à connaître le nombre de traitements thrombolytiques administrés.

Remarque

Utilisez l'Indicateur d'intervention avant l'admission uniquement si le diagnostic est un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI), pour préciser à quel moment le traitement thrombolytique a été administré avant l'admission, pendant une visite au cours de l'épisode actuel de soins continus. Reportez-vous au champ 20 du groupe 11 dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* pour obtenir des directives précises sur l'utilisation de l'indicateur pour les interventions entreprises avant l'admission.

Exemple : Un patient est admis en raison d'une hémiparésie gauche, un trouble de l'élocution et une diminution de la mobilité faciale. Un diagnostic d'infarctus cérébral est posé. Le patient reçoit immédiatement de la streptokinase.

1.ZZ.35.HA-1C	Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un agent thrombolytique

Remarque : Le diagnostic n'est pas un STEMI et l'agent thrombolytique est administré après l'admission. Par conséquent, l'Indicateur d'intervention avant l'admission ne s'applique pas.

Exemple : Un patient se présente à l'urgence en raison d'une hémiparésie et d'une faiblesse faciale. Un examen de tomodensitométrie (TDM) montre un caillot dans l'artère cérébrale moyenne (ACM) gauche. Un activateur du plasminogène (APt) tissulaire est administré au service d'urgence et le patient est admis à l'unité de soins intensifs. Le diagnostic final est « AVC ischémique dans l'ACM gauche ».

1.ZZ.35.HA-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée,
intradermique], agents du sang et des organes
hématopoïétiques, utilisation d'un agent thrombolytique

Remarque : Le diagnostic est « AVC ischémique dans l'ACM gauche » et l'agent thrombolytique est administré avant l'admission. L'Indicateur d'intervention avant l'admission ne s'applique pas parce que le diagnostic n'est pas un STEMI.

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour le traitement thrombolytique, chaque fois qu'un tel traitement est administré, sans égard au diagnostic. Dans le cas présent, le code du traitement thrombolytique est inscrit sur l'abrégé du service d'urgence du SNISA (si l'établissement soumet des données au SNISA) et sur l'abrégé de patient hospitalisé de la BDCP, sans l'Indicateur d'intervention avant l'admission. De nombreux établissements au Canada ne soumettent pas de données au SNISA; par conséquent, pour vous assurer que l'information concernant le traitement thrombolytique administré avant l'admission n'est pas perdue, vous devez l'enregistrer dans l'abrégé de la première hospitalisation.

Exemple : Un patient souffrant de STEMI est admis depuis le service d'urgence pour une éventuelle ICP. Deux artères endommagées, la descendante antérieure gauche et la circonflexe sont dilatées et des endoprothèses sont insérées. Suite à l'ICP, un agent thrombolytique est administré par cathéter intracoronarien afin de dissoudre le caillot dans l'artère. L'approche par l'artère fémorale est utilisée et une angiographie coronaire est réalisée.

1.IJ.50.GQ-OA	Dilatation, artères coronaires, approche transluminale percutanée [p. ex. angioplastie seule], utilisation d'un dilateur à ballonnet ou à ballonnet coupant avec insertion d'une endoprothèse (endovasculaire) [stent, tuteur]

Situation : N

Étendue : DF

1.IL.35.HH-1C	Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée par cathéter, agent thrombolytique

3.IP.10.VX	Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)

Situation : DX

Lieu : FY

Remarque : Le diagnostic est un STEMI. Toutefois, l'agent thrombolytique est administré après l'admission. Par conséquent, l'Indicateur d'intervention avant l'admission ne s'applique pas.

Exemple : Un patient est admis à l'établissement A en raison d'un STEMI. De la streptokinase est administrée au service d'urgence et le patient est ensuite admis à l'unité de soins intensifs (USI). Par la suite, le patient est transféré à l'établissement B (établissement tertiaire), où un lit vient de se libérer.

1.ZZ.35.HA-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée,
intradermique], agents du sang et des organes
hématopoïétiques, utilisation d'un agent thrombolytique

Remarque : Le diagnostic est un STEMI et l'agent thrombolytique est administré avant l'admission. Par conséquent, l'Indicateur d'intervention avant l'admission s'applique.

Justification : L'établissement A codifie le traitement thrombolytique dans l'abrégé du service d'urgence du SNISA (si l'établissement soumet des données au SNISA) et dans l'abrégé de patient hospitalisé de la BDCP. L'établissement B n'enregistre pas de code pour le traitement thrombolytique dans son abrégé de patient hospitalité.

De nombreux établissements au Canada ne soumettent pas de données au SNISA; par conséquent, pour vous assurer que l'information concernant le traitement thrombolytique administré avant l'admission pour hospitalisation n'est pas perdue, vous devez l'enregistrer dans l'abrégé de la première hospitalisation. Dans le cas présent, l'établissement A codifie le traitement thrombolytique dans l'abrégé de la BDCP. Il n'est donc pas nécessaire de le codifier une fois de plus dans l'abrégé de la BDCP de l'établissement B.

Exemple : Un patient est amené au service d'urgence de l'établissement A où on diagnostique un STEMI. Il reçoit de la ténecteplase. Il est immédiatement transféré à l'établissement B et admis directement à l'unité de soins coronariens.

1.ZZ.35.HA-1C Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée,
intradermique], agents du sang et des organes
hématopoïétiques, utilisation d'un agent thrombolytique

Remarque : Le diagnostic est un STEMI et l'agent thrombolytique est administré avant l'admission. Par conséquent, l'Indicateur d'intervention avant l'admission s'applique.

Justification : L'établissement A codifie le traitement thrombolytique dans l'abrégé du service d'urgence du SNISA (si l'établissement soumet des données au SNISA). L'établissement B **doit** inscrire un code pour l'administration de l'agent thrombolytique dans son abrégé de patient hospitalisé.

De nombreux établissements au Canada ne soumettent pas de données au SNISA; par conséquent, pour vous assurer que l'information concernant le traitement thrombolytique administré avant l'admission pour hospitalisation n'est pas perdue, vous devez l'enregistrer dans l'abrégé de la première hospitalisation. Dans le cas présent, le premier abrégé de la BDGP est créé par l'établissement B; le traitement thrombolytique doit donc être codifié dans l'abrégé de la BDGP de ce même établissement.

Exemple : Un patient est admis en raison d'une thrombose d'une fistule artérioveineuse. Il subit une fistuloplastie ainsi qu'une thrombolyse de la fistule artérioveineuse brachio-céphalique gauche. 5 mg de tPA lui sont administrés dans chaque cathéter de perfusion.

1.KY.80.LA Réparation, artère avec veine, approche ouverte
1.KV.35.HH-1C Pharmacothérapie (locale), artère NCA, approche percutanée
par cathéter, utilisation d'un agent thrombolytique

Remarque : Le diagnostic n'est pas un STEMI et l'agent thrombolytique est administré après l'admission. Par conséquent, l'Indicateur d'intervention avant l'admission ne s'applique pas.

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour l'administration d'un traitement thrombolytique. La perfusion intra-artérielle d'un agent thrombolytique est classée selon le site.

Un patient souffrant d'un NSTEMI peut être soigné à l'aide d'agents antithrombotiques (comme l'héparine) afin d'inhiber le processus de coagulation. La prise en charge médicale à la suite d'un infarctus du myocarde dans le but de prévenir d'autres accidents d'origine athérothrombotique peut comprendre les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire² (comme Plavix, ReoPro et Integrilin), les inhibiteurs de l'ECA et l'acide acétylsalicylique (AAS). Il est facultatif de saisir les renseignements sur la pharmacothérapie à l'aide d'agents antithrombotiques ou d'inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire. L'Indicateur d'intervention avant l'admission ne s'applique pas aux agents antithrombotiques ni aux inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire.

Exemple : Un homme de 81 ans est admis en raison d'un syndrome coronarien aigu. Il avait des douleurs thoraciques intermittentes depuis plusieurs jours précédents son admission. Des changements latéraux de l'onde T semblables à ceux d'une ischémie étaient visibles à l'ECG en plus d'une élévation de la troponine T. Il est admis à l'USI avec un diagnostic de NSTEMI, puis il est soigné à l'aide d'un traitement habituel aux bêtabloquants et au Lovenox par injection sous-cutanée, etc.

Remarque : Le Lovenox fait partie d'une catégorie d'agents antithrombotiques appelée héparine à faible poids moléculaire.

1.ZZ.35.HA-C1	Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée (intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique), agents du sang et des organes hématopoïétiques, utilisation d'un agent antithrombotique (facultatif)

Justification : Puisque le Lovenox est un agent antithrombotique, il est facultatif d'attribuer 1.ZZ.35.HA-C1. Seul le traitement thrombolytique doit obligatoirement être codifié.

Angine de poitrine

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007, 2022

L'angine de poitrine (I20) est un syndrome clinique causé par une ischémie myocardique; elle se caractérise par une gêne ou une pression précordiale, typiquement déclenchée par l'effort et soulagée par le repos ou la prise de nitroglycérine sublinguale. L'angine instable se caractérise par une augmentation progressive des symptômes angineux, par l'apparition d'une angine au repos ou d'une angine nocturne ou par l'installation d'une angine de longue durée. L'angine instable fait partie du spectre des affections du syndrome coronarien aigu.

Reportez-vous également aux normes de codification [Cardiopathie ischémique chronique](#) et [Syndrome coronarien aigu \(SCA\)](#).

Directives pour la BDCP seulement

- B** Classez l'angine comme un diagnostic de type significatif (M), (1) ou (2) seulement lorsqu'elle est documentée comme étant présente pendant l'épisode de soins en cours.
- B** Lorsqu'un patient est admis avec une angine qui évolue et devient un infarctus du myocarde au cours du même épisode de soins, attribuez seulement un code d'infarctus du myocarde.
- B** Lorsqu'un pontage aortocoronarien (PAC) est pratiqué, sélectionnez I25.1 *Cardiopathie artérioscléreuse* en tant que diagnostic principal.

B Exemple : Une patiente qui souffre d'athérosclérose coronarienne connue se présente au service d'urgence pour une angine de poitrine instable. Elle est ensuite admise pour un pontage aortocoronarien (PAC). La patiente n'avait encore jamais subi une telle intervention.

Diagnostic final : Coronaropathie avec angine de poitrine instable

Intervention : PAC (x3)

Code	BDCP	Description
I25.10	(M)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I20.0	(1)	Angine de poitrine instable

Justification : Puisque l'angine de poitrine instable est survenue durant l'épisode de soins en cours et qu'elle était présente lors de l'admission, un type (1) est attribué au diagnostic.

BS Exemple : Un patient souffre depuis longtemps de coronaropathie avec angine de poitrine à l'effort qui s'aggrave de plus en plus. Il est admis pour une ICP non urgente avec insertion d'une endoprothèse. Il ne souffre pas d'angine de poitrine pendant l'épisode de soins en cours.

Diagnostic final : Coronaropathie avec antécédents d'angine de poitrine

Code	BDCP	SNISA	Description
I25.10	(M)	PP	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I20.88	(3)	AP	Autres formes d'angine de poitrine (facultatif)

Justification : Le traitement visait à soigner la maladie sous-jacente. Bien que le patient ait subi un épisode d'angine de poitrine avant l'admission, il n'en a pas eu durant cet épisode de soins. Une histoire d'angine de poitrine, sans aucun épisode documenté au cours du séjour du patient à l'hôpital, ne représente qu'un facteur de risque et peut être consigné, selon les exigences de l'établissement, comme un diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Exemple : Un patient souffrant de coronaropathie connue est admis pour une angine de poitrine instable. L'état du patient est stabilisé; ce dernier est ensuite transféré vers un autre hôpital pour subir une angiographie coronaire et possiblement un pontage aortocoronarien (PAC).

Code	BDCP	SNISA	Description
I20.0	(M)	PP	Angine de poitrine instable
I25.10	(3)	AP	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine (facultatif)

Justification : Le traitement administré au premier établissement ne visait que l'angine de poitrine instable.

Cardiopathie ischémique chronique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2007

La cardiopathie ischémique chronique, également appelée cardiopathie artérioscléreuse, cardiopathie athéroscléreuse, coronaropathie ou athérosclérose coronarienne, correspond à I25.1– *Cardiopathie artérioscléreuse*. I25.0 *Athérosclérose cardiovasculaire, décrite ainsi* ne doit être utilisé que pour l'athérosclérose cardiovasculaire, lorsque l'affection est décrite ainsi par le médecin. Aux stades avancés de la maladie, la cardiopathie athéroscléreuse se manifeste souvent par une angine de poitrine ou un infarctus aigu du myocarde.

Reportez-vous également aux normes de codification [Angine de poitrine](#) et [Syndrome coronarien aigu \(SCA\)](#).

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un patient admis en raison d'un infarctus aigu du myocarde subit un pontage aortocoronarien au cours de la même admission, sélectionnez un code de I25.1– *Cardiopathie artérioscléreuse* à titre de diagnostic principal et attribuez un code pour l'infarctus du myocarde en tant que diagnostic de type (1).

B Exemple : Le 17 août, le patient se présente au service d'urgence en raison d'une douleur thoracique accablante et une douleur connexe à la mâchoire. Les électrodes antérieure et inférieure de l'ECG initial indiquent un sous-décalage. Des ECG ultérieurs montrent un léger bloc de branche et un sous-décalage du segment ST. Troponine : 0,57; CK-MB : 5,5. Diagnostic : NSTEMI. Patient admis à l'USC, puis administration d'AAS, de Plavix, de bêtabloquants et d'ECA-I. Le patient obtient un rendez-vous le 18 août pour subir une angiographie coronaire qui révèle une coronaropathie grave de trois vaisseaux susceptible de faire l'objet d'un pontage. Le 19 août, le patient subit un pontage. Il reçoit son congé le 27 août.

Code	BDCP	Description
I25.10	(M)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I21.4	(1)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]

Justification : Dans ce cas, la coronaropathie répond aux critères de diagnostic principal.

Interventions connexes

Dans la CCI, le **pontage aortocoronarien** (PAC) est classé à la rubrique 1.IJ.76.^[^] *Pontage, artères coronaires*. Le qualificateur permet de désigner le tissu utilisé pour le pontage. La veine saphène est considérée comme un greffon libre, alors que l'artère mammaire interne est un greffon pédiculé. Lorsque les deux types d'autogreffes (pédiculées et libres) sont utilisés, sélectionnez le qualificateur des greffes combinées.

Codifiez le prélèvement du vaisseau utilisé lors du pontage (comme la veine saphène ou l'artère radiale) si une incision distincte est effectuée dans ce but.

Reportez-vous également à la norme de codification [Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction](#).

Remarque

Un attribut d'étendue est requis, obligatoire, pour connaître le nombre d'artères ayant subi un pontage.

Directive pour la BDCP seulement



Lorsque des dispositifs de circulation extracorporelle ou d'autotransfusion peropératoire sont utilisés ou si une endartériectomie est pratiquée avec un pontage aortocoronarien, inscrivez un code supplémentaire de la CCI pour indiquer ces interventions.

Les interventions telles que l'hypothermie, la cardioplégie, la cardioversion et la pose d'électrodes ou d'un drain thoracique font partie intégrante du pontage aortocoronarien et n'ont pas besoin d'être codifiées séparément.

Exemple : Pontage par greffon de l'artère mammaire interne de l'artère antérieure ascendante gauche et pontage par greffon de la veine saphène de l'artère descendante postérieure proximale, sous circulation extracorporelle et cardioplégie. Des électrodes épicaudiques sont posées et un drain thoracique est inséré.

1.IJ.76.LA-XX-Q Pontage, artères coronaires, approche ouverte [sternotomie], par une source combinée de tissus [p. ex. greffe ou lambeau pédiculé]

Étendue : 2

1.LZ.37.LA-GB Installation d'un appareil externe, appareil circulatoire NCA, approche ouverte (thorax), dispositif de circulation extracorporelle (intraopératoire)

1.KR.58.LA Prélèvement, veines de la jambe NCA, approche ouverte

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour le dispositif de circulation extracorporelle. Quant aux électrodes et à l'intubation, il n'est pas obligatoire de les codifier.

Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens (PAC)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2009

La réussite d'un pontage aortocoronarien (PAC) diffère selon que la revascularisation est pratiquée par une greffe de la veine saphène ou par une artère pédiculée. Les greffons de la veine saphène sont sujets à l'occlusion. En effet, dans les 10 années suivant l'intervention, 50 % se sont refermées, principalement en raison de l'athérosclérose. En revanche, l'artère mammaire interne est moins affectée par l'athérosclérose et présente un taux de perméabilité de 90 % après 10 ans.

Différents états peuvent provoquer une occlusion de la greffe de la veine saphène :

- La thrombose est considérée comme un échec de la greffe dans le premier mois suivant l'intervention, mais elle peut se produire jusqu'à un an après celle-ci. La thrombose consécutive à une greffe est classée à T82.8 *Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires* dans la CIM-10-CA;
- L'athérosclérose d'un greffon veineux peut se manifester dès la première année suivant la greffe, mais elle se développe totalement environ cinq années après la greffe. L'athérosclérose d'un greffon de la veine saphène est classée à I25.11 *Cardiopathie artérioscléreuse d'un pontage par greffon veineux autologue*³.

L'ICIS a fait appel à des spécialistes du domaine clinique pour obtenir des recommandations concernant la classification des occlusions de pontages aortocoronariens lorsque la documentation est ambiguë.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque l'occlusion d'un pontage aortocoronarien (PAC) est attribuable à une thrombose OU lorsqu'elle survient dans le mois suivant l'intervention, inscrivez T82.8 *Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires*.

BS Lorsque l'occlusion d'un pontage aortocoronarien est attribuable à l'athérosclérose (ou un athérome) OU qu'elle survient dans l'année ou plus suivant l'intervention, attribuez I25.1– *Cardiopathie artérioscléreuse*.

BS Lorsque la cause de l'occlusion d'un pontage aortocoronarien n'est pas mentionnée et que l'occlusion survient entre la période d'un mois à un an suivant l'intervention, demandez des clarifications au médecin.

Reportez-vous également à la norme de codification [Affections post-intervention](#).

B Exemple : Un patient est admis pour l'occlusion d'un pontage aortocoronarien (PAC) par greffe de veine saphène. La greffe a été pratiquée environ six ans auparavant.

Code	BDCP	Description
I25.11	(M)	Cardiopathie artérioscléreuse d'un pontage par greffon veineux autologue

B Exemple : Un patient est réadmis deux semaines après un PAC pour une thrombose dans la veine récemment greffée.

Code	BDCP	Série	Description
T82.8	(M)	A	Autres complications précisées de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
I24.0	(3)	A	Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde
R94.38	(3)	A	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires, autres et non spécifiés
Y83.2	(9)	A	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Arrêt cardiaque

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2008, 2009, 2012, 2022

Directives pour la BDCP et le SNISA

- BS** Attribuez I46.0 *Arrêt cardiaque réanimé avec succès* ou I46.9 *Arrêt cardiaque, sans précision* lorsque le médecin a documenté un arrêt cardiaque et qu'une réanimation a été pratiquée (peu importe le résultat).
- BS** Il est obligatoire d'attribuer des codes pour identifier les réanimations qui ont été pratiquées.
- BS** Lorsque l'arrêt cardiaque est un événement terminal prévu survenant à l'hôpital et qu'aucune tentative de réanimation n'a été pratiquée, codifiez seulement l'état sous jacent.
- BS** Attribuez I46.1 *Mort cardiaque subite, décrite ainsi* seulement si le médecin a précisément décrit ainsi le diagnostic.

Les réanimations cardiaques comprennent :

- Codes de la rubrique 1.HZ.30.^ *Réanimation, cœur NCA*;
- Codes de la rubrique 1.HZ.09.^ *Stimulation, cœur NCA*.

Remarque

Ne confondez pas une mention d'absence de signes vitaux avec un arrêt cardiaque. Un arrêt cardiaque doit être clairement documenté avant d'attribuer le code I46.0 ou I46.9. Un diagnostic d'arrêt cardiaque ne peut être présumé en se basant sur une intervention de réanimation cardiocérébrale (RCC) ou de réanimation cardio-respiratoire (RCR).

Remarque

La réanimation cardiocérébrale (RCC) est la technique de réanimation par compressions thoraciques (sternales) seulement, sans respiration artificielle.

Reportez-vous également à la norme de codification [Absence de signes vitaux \(ASV\)](#).

S Exemple : Une femme de 80 ans appelle le 911. Lorsque le personnel paramédical arrive sur les lieux, elle est trouvée sans signes vitaux. À l'hôpital, le médecin du service d'urgence déclare son décès et indique « mort cardiaque subite » dans le dossier du service d'urgence.

Code	SNISA	Description
I46.1	PP	Mort cardiaque subite, décrite ainsi

B Exemple : Un patient atteint du sida et d'aspergillose disséminée est en phase terminale. Son dossier comporte la mention « Ne pas réanimer ». Le médecin indique au dossier que le patient a subi un arrêt cardiaque à 11 h 45, et que son décès a ensuite été constaté.

Code	BDCP	Description
B24	(M)	Immunodéficience humaine virale [VIH]
B44.7	(1)	Aspergillose disséminée

Justification : Étant donné que l'arrêt cardiaque est un événement terminal prévu, seule l'affection sous-jacente est codifiée.

B Exemple : Une patiente de 58 ans se présente au service d'urgence, car elle souffre de douleurs à la poitrine. Le médecin remarque que l'ECG révèle une surélévation du segment ST. La patiente est admise à l'unité de soins coronariens avec un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde. Elle subit par la suite un arrêt cardiaque. Une réanimation cardio-respiratoire est tentée, sans succès. Le décès de la patiente est prononcé à 17 h 10.

Code	BDCP	Description
I21.3	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]
I46.9	(2)	Arrêt cardiaque, sans précision

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque.

S Exemple : Un homme de 40 ans se présente à l'hôpital avec des douleurs thoraciques et fait un arrêt cardiaque au service d'urgence, documenté au dossier. Un tube endotrachéal est inséré et une réanimation cardio-respiratoire (RCR) est entreprise et réussie. Le rythme sinusal du patient redevient normal.

Code	SNISA	Description
I46.0	PP	Arrêt cardiaque réanimé avec succès

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

1.GZ.31.CA-EP Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), assistée manuellement (p. ex. masque ambu)

Situation : 0

Étendue : CN

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque et la ventilation invasive.

B Exemple : Une femme de 52 ans admise à l'hôpital en raison d'une pneumonie subit un arrêt cardiaque après son admission. Un code bleu est annoncé. Une RCR est entreprise et le défibrillateur est utilisé. Les tentatives de réanimation sont ensuite arrêtées, et le décès de la patiente est constaté à 21 heures.

Code	BDCP	Description
J18.9	(M)	Pneumonie, sans précision
I46.9	(2)	Arrêt cardiaque, sans précision

1.HZ.09.JA-FS Stimulation, cœur NCA, approche externe, utilisation d'une électrode de conversion ou de défibrillation

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque.

S Exemple : Un homme de 55 ans s'effondre pendant qu'il pellette la neige dans l'allée de sa maison. Sa femme appelle l'ambulance et le personnel paramédical trouve le patient sans pouls. Une RCR est entreprise; elle est poursuivie tout le long du trajet vers le service d'urgence le plus près. Le patient est immédiatement transporté en salle de traumatologie pendant que le personnel paramédical poursuit la RCR. Le médecin examine le patient et constate son décès.

Diagnostic final : Arrêt cardiaque

Code	SNISA	Description
I46.9	PP	Arrêt cardiaque, sans précision

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

Justification : L'arrêt cardiaque a été inscrit au dossier et une réanimation cardiaque a été pratiquée. Par conséquent, il est obligatoire d'attribuer un code pour l'arrêt cardiaque, sans égard au résultat. Il est également obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation cardiaque.

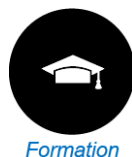
S Exemple : Un patient de 65 ans est amené au service d'urgence par ambulance. Le personnel paramédical entreprend une réanimation cardiocérébrale (RCC) par compression thoracique, mais interrompt le processus peu après l'arrivée. L'urgentologue prononce le décès du patient et inscrit un diagnostic d'absence de signes vitaux (ASV).

Remarque : La RCC par compression thoracique correspond seulement aux compressions thoraciques sans respiration artificielle.

Code	SNISA	Description
R99	PP	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

Justification : Ne présumez pas qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque seulement parce qu'il y a eu une tentative de RCC. Il est obligatoire d'attribuer un code pour la réanimation.



Accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, ischémiques et non précisés

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2005, 2006, 2008, 2009, 2015, 2018, 2022

La présente norme de codification traite de la classification de l'AVC lorsque

- le diagnostic d'AVC (aigu ou actuel) est établi pendant l'épisode de soins initial;
- l'admission vise uniquement une réadaptation suivant immédiatement un AVC aigu ou actuel.

Du point de vue de la classification, selon l'index alphabétique de la CIM-10-CA, un AVC documenté (diagnostic d'AVC aigu ou actuel) est codifié dans l'une des catégories I60, I61, I63 ou I64. L'attribution du code varie selon que l'AVC est hémorragique ou ischémique ou si la cause n'est pas précisée.

Accident (voir aussi Traumatisme)

- cérébrovasculaire (récent) I64
- – hémorragique I61.9
- – – sous-arachnoïdien (voir aussi Hémorragie, sous, arachnoïdienne) I60.9
- – ischémique (voir aussi Infarctus, cerveau) I63.9

Il importe de noter que certaines provinces et certains territoires, dans le cadre de la stratégie relative aux AVC, recueillent des données supplémentaires à l'aide des projets spéciaux sur les AVC dans la BDCP et le SNISA. Les projets spéciaux sur les AVC consistent à recueillir des renseignements précis sur les patients ayant reçu un diagnostic d'AVC aigu ou actuel ou d'autres affections (accident ischémique transitoire [AIT], occlusion transitoire de l'artère de la rétine, phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes, thrombose non pyogène du système veineux intracrânien, occlusion de l'artère de la rétine). Ces autres affections — bien que non classées comme étant des AVC de cause hémorragique (I60 et I61), ischémique (I63) ou non précisée (I64) — font l'objet d'un suivi dans le cadre de la stratégie relative aux AVC. Codes d'inclusion pour les projets spéciaux sur l'AVC 340, 640 et 740 de l'annexe B comprend un tableau qui résume les codes de la CIM-10-CA faisant partie des critères de déclaration des projets 340, 640 et 740 de la BDCP et du SNISA.

Les directives de codification relatives aux déficits neurologiques à la suite d'un AVC et aux séquelles ou effets tardifs de l'AVC se trouvent dans les normes de codification

[Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral](#) et [Séquelles](#).

AVC aigu ou actuel

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez le code applicable des catégories I60, I61, I63 ou I64, obligatoire, pour un diagnostic d'AVC aigu ou actuel établi pendant l'épisode de soins initial. Cela comprend la visite au service d'urgence, l'hospitalisation en soins de courte durée et toute admission ultérieure pour réadaptation dans un autre établissement afin de poursuivre le traitement des déficits neurologiques associés au cours de l'épisode de soins actuel ininterrompu.

Remarque

Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires est « accident vasculaire cérébral » ou « AVC » sans autre précision, et que les rapports d'imagerie diagnostique excluent le diagnostic d'AVC hémorragique, attribuez un code d'AVC ischémique.

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un patient est admis uniquement pour une réadaptation suivant immédiatement un diagnostic d'AVC aigu ou actuel, attribuez un code de la catégorie Z50.— *Soins impliquant une rééducation* comme diagnostic principal.

- Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type (3), afin de préciser le type d'AVC aigu ou actuel (c.-à-d. I60, I61, I63 ou I64).

B Lorsqu'il est indiqué dans la documentation qu'il y a eu un deuxième AVC ou un deuxième infarctus cérébral après l'admission, attribuez un code des catégories I60, I61, I63 ou I64 à titre de diagnostic de type (2).

Remarque

Le type de diagnostic attribué à l'AVC actuel, pouvant être classé à I60, I61, I63 ou I64, dépend des circonstances de l'épisode de soins.

Remarque

Lorsqu'un AVC hémorragique ou ischémique est décrit comme étant en progression ou en évolution, un code supplémentaire n'est pas attribué. Un AVC peut s'aggraver ou continuer de progresser pendant plusieurs heures, voire jusqu'à un jour ou deux, période durant laquelle la région du tissu cérébral meurt en s'élargissant de façon régulière (AVC en évolution).

Remarque

Un AVC aigu ou actuel considéré comme une complication de la grossesse doit être classé selon les directives de la norme de codification [Grossesse avec complication et grossesse sans complication](#).

Remarque

Le terme « AVC périnatal » désigne collectivement un AVC non traumatique survenu avant la naissance (foetal ou prénatal), au moment de la naissance ou dans les 28 jours suivant la naissance. Consultez la norme de codification [Accident vasculaire cérébral \(AVC\) périnatal](#).

Remarque

Un « antécédent d'AVC » documenté est codifié à Z86.78 *Antécédents personnels d'autres maladies de l'appareil circulatoire* seulement lorsqu'il ne reste plus aucun déficit neurologique. L'attribution du code Z86.78 est facultative. S'il est attribué, c'est en tant que diagnostic de type (3)/autre problème. Si des déficits neurologiques sont documentés dans le contexte d'un antécédent d'AVC, suivez les directives des normes de codification [Déficits neurologiques à la suite d'un accident vasculaire cérébral](#) et [Séquelles](#).

Remarque

Lorsqu'un code des catégories I60, I61, I63 ou I64 est saisi dans un abrégé, le code G45.9 *Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision* n'est habituellement pas utilisé dans le même abrégé, sauf dans le cas d'épisodes distincts.



Exemple : Une personne est admise au service d'urgence en raison d'un infarctus cérébral.

Code	BDCP	SNISA	Description
I63.9	(M)	PP	Infarctus cérébral, sans précision

B Exemple : La même personne est maintenant transférée des soins de courte durée vers un centre de réadaptation afin de réapprendre les activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'améliorer son élocution. Les déficits sont une hémiparésie touchant le côté dominant et une aphasie.

Code	BDCP	Description
Z50.9	(M)	Soins impliquant une rééducation, sans précision
I63.9	(3)	Infarctus cérébral, sans précision (pour l'infarctus cérébral qui s'est produit deux semaines auparavant)
G81.90	(1)	Hémiparésie du côté dominant, sans précision
R47.0	(1)	Dysphasie et aphasie

Justification : L'admission visait uniquement une réadaptation en vue de traiter des déficits neurologiques à la suite d'un AVC; par conséquent, Z50.9 est attribué en tant que diagnostic principal et I63.9 est attribué, obligatoire, comme diagnostic de type (3).

B Exemple : Une patiente est admise en raison d'un infarctus cérébral causé par une embolie. Elle est vue par un cardiologue qui diagnostique la présence de fibrillation auriculaire. Un traitement aux anticoagulants est entrepris. La patiente reçoit des traitements de physiothérapie intense pour une hémiparésie du côté gauche (la patiente est droitrière). Le dixième jour suivant son admission, elle subit un deuxième infarctus cérébral causé par une embolie des artères cérébrales.

Code	BDCP	Description
I63.4	(M)	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
I48.90	(1)	Fibrillation auriculaire, sans précision
G81.91	(1)	Hémiparésie du côté non dominant, sans précision
I63.4	(2)	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales



Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence après l'observation d'une diminution de son niveau de conscience et des mouvements du côté gauche. Un examen de tomodensitométrie (TDM) de la tête montre un AVC ischémique considérable de l'hémisphère droit du cerveau. En accord avec la famille, il est décidé au service d'urgence d'envisager les soins palliatifs. La patiente est alors admise en soins palliatifs. La patiente ne reprend pas connaissance et son décès est constaté deux jours plus tard.

Code	BDCP	Description
Z51.5	(M)	Soins palliatifs
I63.9	(3)	Infarctus cérébral, sans précision

Justification : Selon la documentation, la patiente est admise dans l'unique but de recevoir des soins palliatifs. L'attribution d'un code relative aux soins palliatifs est obligatoire. Dans ce cas-ci, I63.9 correspond à la définition d'un diagnostic de type (3). Reportez-vous également à la norme de codification [Soins palliatifs](#).



Exemple : Un patient se présente au service d'urgence en raison d'une diminution de la mobilité faciale et d'un trouble de l'élocution. Il est admis avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC). L'examen d'imagerie diagnostique ne révèle aucune hémorragie. Diagnostic final : AVC.

Code	BDCP	SNISA	Description
I63.9	(M)	PP	Infarctus cérébral, sans précision

Justification : Le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin est « accident vasculaire cérébral (AVC) » sans autre précision. Le rapport d'imagerie exclut la présence d'une hémorragie. Un code d'AVC ischémique (I63.9) est donc attribué.

Interventions connexes

Lorsqu'un AVC est suspecté, une TDM ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) peut être réalisée afin de déterminer si l'AVC est attribuable à un caillot sanguin ou à une hémorragie. Cette distinction est primordiale dans le choix de la thérapie.

Le traitement d'urgence d'un AVC ischémique attribuable à un caillot sanguin vise à dissoudre le caillot en ayant recours à un traitement thrombolytique. Reportez-vous également à la norme de codification [Traitement thrombolytique](#).

L'intervention endovasculaire est relativement nouvelle pour le traitement d'un AVC aigu. Elle comprend par exemple l'extraction de caillots par traitement endovasculaire (thrombectomie) et la dilatation endovasculaire avec ou sans la mise en place d'une endoprothèse dans l'artère carotide ou dans les vaisseaux intracrâniens.

Lorsque la cause de l'AVC est d'origine hémorragique, une procédure d'évacuation peut être pratiquée (p. ex. 1.AA.52.^^ *Drainage, méninges et dure-mère du cerveau*).

Maladie vasculaire périphérique

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2012, 2022

Le terme « maladie vasculaire périphérique » (MVP) (ou artériopathie) n'est pas un terme précis. Toutefois, des études indiquent que ce terme est utilisé pour décrire l'athérosclérose des artères périphériques⁴. L'ischémie des membres, les ulcères et la gangrène font partie des manifestations courantes observées dans l'athérosclérose avancée/occlusive. L'athérosclérose des artères périphériques est une complication fréquente du diabète sucré.

Reportez-vous également à la norme de codification [Diabète sucré](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez le diagnostic « maladie vasculaire périphérique » à I70.2– *Athérosclérose des artères distales*, à moins que la documentation indique qu'un autre diagnostic était visé.

Remarque

La gangrène par athérosclérose est incluse à I70.21 *Athérosclérose des artères distales avec gangrène*.



Exemple : Un patient de 65 ans se présente à l'hôpital pour une artériographie non urgente des membres inférieurs. Il souffre de douleurs gênantes dans la cuisse, provoquées par des crampes, et il a remarqué que ses symptômes se déclenchent lors de la marche et s'atténuent au repos. Le médecin consigne des antécédents d'hypertension, mais aucun antécédent de diabète. Le diagnostic final inscrit au dossier est « MVP » (maladie vasculaire périphérique). L'artériographie révèle des occlusions dans l'artère fémorale gauche.

Code	BDCP	SNISA	Description
I70.20	(M)	PP	Athérosclérose des artères distales sans gangrène
I10.0	(3)	AP	Hypertension artérielle bénigne

Exception

La maladie vasculaire périphérique **sans** gangrène chez un patient diabétique est classée de E10 à E14 avec les quatrième et cinquième caractères .50 et le code à astérisque I79.2* *Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*.

La maladie vasculaire périphérique **avec** gangrène chez un patient diabétique est classée de E10 à E14 avec les quatrième et cinquième caractères .51 et le code à astérisque I79.2* *Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs*.

Suivez les indications en cherchant dans l'index alphabétique sous « Angiopathie, périphérique, diabétique ».



Exemple : Un patient atteint du diabète de type 2 est admis pour traiter une maladie vasculaire périphérique (MVP). Il subit une angioplastie de l'artère iliaque avec insertion d'une endoprothèse.

Code	BDCP	SNISA	Description
E11.50†	(M)	PP	Diabète sucré de type 2 avec angiopathie périphérique
I79.2*	(6)	AP	Angiopathie périphérique au cours de maladies classées ailleurs

Interventions connexes

Une **angioplastie transluminale percutanée (ATP)** avec ou sans insertion d'une endoprothèse est classée sous « dilatation », par site. L'**endartériectomie** est parfois pratiquée localement pour accroître le débit et est classée sous « extraction », par site.

Un **pontage avec greffe** peut également être pratiqué afin de revasculariser un membre. Si une artère subit un pontage, l'intervention est codifiée selon le site anatomique d'origine. Le site de fin de la greffe est représenté par la portion qualificateur du code.

Reportez-vous également à la norme de codification [Prélèvement de tissu en vue d'une fermeture, d'une réparation ou d'une reconstruction](#).



Exemple : Pontage aorto-fémoral utilisant la veine saphène (site d'origine : l'aorte).

1.KA.76.MZ-XX-A	Pontage, aorte abdominale, par autogreffe [p. ex. veine saphène], pontage se terminant dans les vaisseaux des membres inférieurs [p. ex. iliaque, fémoral, poplité, tibial],
1.KR.58.LA	Prélèvement, veines de la jambe NCA, approche ouverte

L'**amputation** (93) peut être pratiquée si les tentatives de revascularisation échouent. L'intervention est classée comme une « amputation » lorsque l'incision est pratiquée à travers l'os et comme une « désarticulation » si l'incision est pratiquée à travers l'articulation.

Le parage (débridement) de l'os pratiqué sur le site d'une amputation antérieure est codifié comme une amputation du même site, avec l'attribut de situation « R », pour reprise.

Anévrismes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2015

Un anévrisme est caractérisé par une dilatation localisée anormale dans la paroi d'un vaisseau sanguin, ce qui provoque un élargissement ou un ballonnement du vaisseau sanguin atteint, habituellement une artère, en raison d'une anomalie, d'une affection ou d'un traumatisme.

Les anévrismes peuvent être traités chirurgicalement par l'une des six interventions suivantes :

1. Résection avec remplacement par une greffe — excision, partielle (87);
2. Réparation (renforcement de la paroi de l'anévrisme) — réparation (80);
3. Réparation avec insertion d'un greffon — réparation (80);
4. Pontage de l'artère dilatée — pontage (76);

5. Filponction ou cerclage avec un fil — destruction (59);
6. Clippage et utilisation de spirales (détachables) — occlusion (51)

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un anévrisme aortique est **incisé** et qu'une greffe tubulaire ou bifurquée en Dacron (ou autre) est insérée dans le vaisseau, puis recouverte de la poche anévrismale résiduelle (anévrismorrhaphie), attribuez le code de la CCI approprié par site indiquant une « réparation avec insertion de greffe ».

Exemple : Un patient est admis pour un anévrisme de l'aorte abdominale. Une réparation est réalisée en ouvrant la poche anévrismale et en implantant une greffe prothétique en Dacron à la position appropriée dans l'aorte. La paroi de l'anévrisme est suturée afin de protéger la greffe.

1.KA.80.LA-XX-N	Réparation, aorte abdominale, approche ouverte avec matériel synthétique [p. ex. feutre téflon, Dacron, nylon, orlon]

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un anévrisme aortique est **excisé** et que le segment aortique est remplacé par une greffe tubulaire ou bifurquée en Dacron (ou autre) (anévrismectomie), attribuez le code de la CCI approprié par site indiquant une « excision partielle du segment aortique avec remplacement par greffe ».

Exemple : Un patient se présente à l'hôpital en vue de subir une réparation non urgente d'un anévrisme aortique thoraco-abdominal. L'anévrisme est excisé et une greffe synthétique est implantée afin de remplacer le segment excisé de l'aorte thoraco-abdominale.

1.ID.87.LA-XX-N	Excision partielle, aorte NCA, approche ouverte avec matériel synthétique [p. ex. Dacron]

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsque les anévrismes des artères cérébrales et précérébrales sont traités par clippage (agrafe) ou clampage, sélectionnez le terme générique de la CCI « occlusion » (51) correspondant à l'intervention.

Les agrafes sont appliquées à l'extérieur de l'artère pour la clamper. Les spirales sont insérées à l'intérieur de l'artère pour occlure celle-ci. L'attribut d'étendue obligatoire s'applique au nombre de **spirales** déployées au cours d'une occlusion. Lorsque l'occlusion de l'artère carotide est pratiquée au moyen d'une technique ou d'un appareil autre que l'utilisation de spirales, sélectionnez « 0 ».

Exemple : Un patient de 45 ans est admis pour une épistaxis. Les examens radiologiques révèlent un anévrisme de l'artère carotide externe. Le patient est conduit à la salle d'opération pour clippage de l'anévrisme.

1.JE.51.LA-FF

Occlusion, artère carotide, approche ouverte, utilisation de clips

Étendue : 0

Cathéters veineux centraux

En vigueur depuis 2015

La présente norme de codification a pour objectif d'aider à déterminer si un code de la rubrique 1.IS.53.^ est attribué lorsqu'un cathéter veineux central (CVC) est inséré.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code de la rubrique 1.IS.53.^[^] *Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure)*, obligatoire, lorsqu'un cathéter veineux central est inséré pour l'une ou les raisons suivantes :

- en tant qu'intervention thérapeutique pratiquée seule;
- uniquement pour l'administration de
 - liquides en bolus (grand volume, administré rapidement);
 - la chimiothérapie (pharmacothérapie);
 - l'hémodialyse;
 - la plasmaphérèse; et/ou
 - la nutrition parentérale totale (NPT);
- accéder aux vaisseaux sanguins au cours d'une intervention de réanimation.

Remarque

N'attribuez **pas** de code de la rubrique 1.IS.53.^[^] *Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure)*, si un cathéter veineux central (CVC) est inséré dans le cadre d'un acte de routine et fait partie intégrante d'une intervention chirurgicale, comme le pontage aortocoronarien (PAC).

Afin de déterminer si l'insertion d'un CVC est une procédure de routine et qu'il fait partie intégrante d'une intervention chirurgicale, il faut tenir compte des points suivants :

- Un CVC de routine qui fait partie intégrante d'une intervention chirurgicale est habituellement inséré après l'intubation, avant la chirurgie (veuillez consulter le rapport d'anesthésie pour plus de détails).
- Un CVC qui est inséré à lui seul est habituellement documenté par le médecin (en tant qu'intervention pratiquée durant un épisode opératoire et décrite dans le protocole opératoire) en indiquant la raison de l'insertion (p. ex. chimiothérapie, dialyse, NPT).

Exemple : Le patient subit une réduction tumorale par craniotomie qui dure huit heures, en raison d'un glioblastome pariétal droit. Après l'intubation, un CVC, guidé par échographie, est inséré dans la veine jugulaire interne selon la technique stérile. À la fin de l'intervention, le patient est transféré à l'unité des soins intensifs neurochirurgicaux avec le CVC in situ. Le CVC est retiré deux jours après l'intervention.

Aucun code de la rubrique 1.IS.53.^[^] n'est attribué.

Justification : Le CVC est une procédure de routine qui fait partie intégrante de cette intervention chirurgicale. Par conséquent, aucun code de la rubrique 1.IS.53.^[^] n'est attribué.

Exemple : Une patiente présentant un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) reçoit un diagnostic de coronaropathie de trois vaisseaux après un cathétérisme cardiaque. Elle est transportée en salle d'opération, où elle est intubée avant que l'anesthésiste n'insère un cathéter veineux central peropératoire. Un dispositif de circulation extracorporelle est installé, puis une solution cardioplégique est administrée. Un PAC incluant cinq vaisseaux est pratiqué au moyen d'une sternotomie médiane.

Aucun code de la rubrique 1.IS.53.^[^] n'est attribué.

Justification : Le CVC est une procédure de routine qui fait partie intégrante de cette intervention chirurgicale. Par conséquent, aucun code de la rubrique 1.IS.53.^[^] n'est attribué.

Exemple : Une patiente atteinte du cancer du sein est admise en vue de l'insertion d'un cathéter central introduit par voie périphérique (CCIVP) pour l'administration de chimiothérapie. Le rendez-vous à la clinique d'oncologie pour débiter la chimiothérapie est prévu la semaine suivante.

1.IS.53.GR-LF Implantation d'un appareil interne, veine cave
(supérieure et inférieure), cathéter veineux central non
tunnelisé, approche veineuse transluminale percutanée

Lieu : PI

Justification : Le CVC **n'est pas** une procédure de routine qui fait partie intégrante d'une intervention chirurgicale. Le CCIVP est inséré uniquement pour l'administration de la chimiothérapie. En conséquence, le code 1.IS.53.GR-LF, obligatoire, est attribué.

Exemple : Un patient est admis en raison de plusieurs traumatismes, incluant un traumatisme crânien et une hémorragie intra-abdominale, subis lors d'un accident de véhicule automobile. Il est transféré à l'unité des soins intensifs chirurgicaux où une voie de perfusion est insérée dans la veine jugulaire interne droite. Le patient reçoit une solution saline normale et des médicaments dans la voie centrale.

1.IS.53.GR-LF Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure
et inférieure), cathéter veineux central non tunnelisé,
approche veineuse transluminale percutanée

Lieu : JU

Justification : Le CVC **n'est pas** une procédure de routine qui fait partie intégrante d'une intervention chirurgicale. La voie de perfusion dans la veine jugulaire interne est insérée uniquement pour l'administration de liquides en bolus et la pharmacothérapie; en conséquence, le code 1.IS.53.GR-LF, obligatoire, est attribué.

Exemple : Un patient est admis en raison d'une lésion rénale aiguë. Le néphrologue établit que le patient nécessite une hémodialyse dans l'immédiat. Un cathéter de Hickman est inséré pour amorcer l'hémodialyse.

1.IS.53.HN-LF Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), cathéter veineux central tunnelisé par tunnellisation percutanée (p. ex. Hickman, Broviac, Leonard)

Lieu : SC

1.PZ.21.HQ-BR Dialyse, appareil urinaire NCA, hémodialyse

Justification : Le CVC **n'est pas** une procédure de routine qui fait partie intégrante d'une intervention chirurgicale. Le cathéter de Hickman est inséré uniquement aux fins d'hémodialyse; par conséquent, le code 1.IS.53.HN-LF, obligatoire, est attribué.

Exemple : Une patiente trouvée inconsciente chez elle est admise. Elle présente plusieurs insuffisances organiques, une altération de l'état de conscience, une instabilité hémodynamique, une coagulopathie et une lésion rénale aiguë. Elle présente ensuite une bradycardie avec dissociation électromécanique (activité électrique sans pouls). Un code est annoncé. Une réanimation cardiopulmonaire est pratiquée et la patiente est placée sous intubation et ventilation. Un cathéter veineux central est inséré. Une réanimation liquidienne agressive est entreprise et un soutien inotrope est amorcé en injectant des doses d'épinephrine et de vasopressine dans le cathéter.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : 0

Étendue : CN

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

1.IS.53.GR-LF Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), cathéter veineux central non tunnelisé, approche veineuse transluminale percutanée

Lieu : PI

Justification : Le CVC **n'est pas** une procédure de routine qui fait partie intégrante d'une intervention chirurgicale. Il est inséré aux fins d'accès vasculaire durant la réanimation; par conséquent, le code 1.IS.53.GR-LF, obligatoire, est attribué.

Exemple : Un patient est admis pour une cholécystectomie par laparoscopie qui est convertie en cholécystectomie ouverte en raison d'une inflammation aiguë de la vésicule biliaire et de la densité des adhérences. Le foie est perforé par accident, et le patient perd environ deux litres de sang. À l'extubation, la pression artérielle chute et le patient fait un arrêt cardiaque. Un code bleu est annoncé. La réanimation cardiopulmonaire se poursuit pendant environ trois minutes. Le patient est réintubé et mis sous ventilation. L'anesthésiste insère un cathéter central. Le patient reçoit plusieurs unités de sang, de fluides, de plaquettes et de plasma frais congelé. Il est transféré à l'unité des soins intensifs (USI).

1.OD.89.LA Excision totale, vésicule biliaire, approche ouverte
cholécystectomie uniquement, sans extraction (de calculs)

Situation : C

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive
par voie naturelle, par intubation (endotrachéale),
pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : 0

Étendue : CN

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe
avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

1.IS.53.GR-LF Implantation d'un appareil interne, veine cave
(supérieure et inférieure), cathéter veineux central non
tunnelisé, approche veineuse transluminale percutanée

Lieu : PI

Justification : Le CVC **n'est pas** une procédure de routine qui fait partie intégrante de cette intervention chirurgicale. Il est inséré aux fins d'accès vasculaire durant la réanimation; par conséquent, le code 1.IS.53.GR-LF, obligatoire, est attribué.

Exemple : Un patient atteint de neuroblastome est amené à la salle d'opération pour une biopsie de la moelle osseuse, une biopsie incisionnelle des tissus mous prélevée de la masse palpable sur son dos et l'insertion d'un cathéter à chambre implantable (Port-a-Cath) dans la veine jugulaire interne droite aux fins de chimiothérapie.

1.IS.53.LA-LF Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), cathéter veineux central totalement implantable (avec site d'injection) (p. ex. Port a cath), approche ouverte

Lieu : JU

2.SH.71.LA Biopsie, tissus mous du dos, approche ouverte [par incision]

2.WY.71.HA Biopsie, moelle osseuse, approche percutanée (à l'aiguille)

Justification : Le CVC **n'est pas** une procédure de routine qui fait partie intégrante de cette intervention chirurgicale. Il est inséré uniquement pour l'administration de la chimiothérapie. En conséquence, le code 1.IS.53.LA-LF, obligatoire, est attribué.

Anticoagulothérapie : gestion et effets indésirables

En vigueur depuis 2015

La présente norme de codification permet d'expliquer le processus de classification des cas suivants :

1. La documentation du médecin indique clairement que la durée du séjour à l'hôpital du patient a été prolongée en raison de la nécessité d'entreprendre une anticoagulothérapie.
2. Effets indésirables des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique.

Gestion de l'anticoagulothérapie

Directive pour la BDCP seulement



Lorsque le médecin documente au dossier que la durée du séjour du patient a été prolongée pour la gestion d'une anticoagulothérapie (tel que décrit ci-dessous), attribuez Z51.88 *Autres formes précisées de soins médicaux NCA* comme diagnostic de type significatif (M), (1), (W), (X) ou (Y).

Remarque

Cette directive s'applique lorsque la documentation du médecin indique clairement que la durée du séjour du patient a été prolongée pour la gestion d'une anticoagulothérapie uniquement dans les circonstances suivantes :

- arrêt des anticoagulants en préopératoire;
- initiation d'une anticoagulothérapie;
- reprise d'un traitement anticoagulant

sans documentation d'effets indésirables de l'anticoagulothérapie au cours de l'usage thérapeutique.



Exemple : Une patiente est admise en raison d'une fracture de la hanche survenue lors d'une chute dans les escaliers chez elle. Elle suit un traitement par warfarine à long terme en raison d'une fibrillation auriculaire. Le rapport d'admission indique que l'effet anticoagulant devra être renversé et que le Rapport international normalisé (RIN) devra avoir atteint le niveau souhaité avant que la chirurgie ait lieu. En raison du risque de saignement sévère durant la chirurgie, le médecin retarde la réparation de la hanche en attendant que les effets de la warfarine soient inversés. La warfarine est arrêtée, puis on administre de la vitamine K par intraveineuse et du plasma frais congelé pour réduire le RIN avant de procéder à la chirurgie. Le RIN de la patiente est surveillé jusqu'à ce qu'il atteigne un niveau acceptable. La chirurgie a lieu le quatrième jour suivant l'admission.

Code	BDCP	Description
S72.090	(M)	Fracture du col du fémur non précisée, fermée
W10	(9)	Chute dans et d'un escalier et de marches
U98.0	(9)	Lieu de l'événement, domicile
Z51.88	(1)	Autres formes précisées de soins médicaux NCA

Justification : La documentation indique clairement que la durée du séjour de la patiente a été prolongée en raison de l'arrêt du traitement anticoagulant en préopératoire (gestion de l'anticoagulothérapie); par conséquent Z51.88 est attribué en tant que diagnostic de type (1). Z92.1 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants* peut être attribué, facultatif, en tant que diagnostic de type (3), selon les besoins en information de l'établissement.



Exemple : Une patiente est admise en raison d'une embolie pulmonaire bilatérale. Elle n'est sous aucun traitement anticoagulant avant l'admission. Le cheminement à l'hôpital se déroule sans incident; toutefois, la patiente est maintenue à l'hôpital pendant 14 jours pour surveiller et stabiliser son RIN après l'initiation d'une anticoagulothérapie.

Code	BDCP	Description
I26.9	(M)	Embolie pulmonaire, sans mention de cœur pulmonaire aigu
Z51.88	(1)	Autres formes précisées de soins médicaux NCA

Justification : La documentation indique clairement que la durée du séjour du patient a été prolongée pour l'initiation de l'anticoagulothérapie (gestion du traitement anticoagulant); par conséquent, Z51.88 est attribué comme diagnostic de type (1). Z92.1 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants* ne s'applique pas.



Exemple : Une patiente est admise pour le traitement d'un diabète sucré de type 2 non contrôlé. Elle prend 4 mg de warfarine par jour en raison d'une fibrillation auriculaire. Toutefois, elle a arrêté la warfarine quatre jours avant son admission. Son RIN à l'admission est de 4,42. Au cours de son séjour à l'hôpital, la patiente reprend la warfarine et elle est suivie de près jusqu'à ce que son RIN devienne stable. Le résumé à la sortie fait état de problèmes liés au contrôle du RIN de la patiente, ce qui a prolongé la durée du séjour à l'hôpital.

Code	BDCP	Description
E11.64	(M)	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi
Z51.88	(1)	Autres formes précisées de soins médicaux NCA

Justification : La documentation indique clairement que la durée du séjour de la patiente a été prolongée pour la reprise d'un traitement anticoagulant (gestion de l'anticoagulothérapie); par conséquent, Z51.88 est attribué en tant que diagnostic de type (1). Z92.1 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants* peut être attribué, facultatif, comme diagnostic de type (3), selon les besoins en information de l'établissement.



Exemple : Un patient est admis pour une arthroplastie totale du genou gauche en raison d'arthrose. Il a des antécédents de fibrillation auriculaire pour laquelle il prend du Coumadin. Ce dernier a été arrêté avant l'admission. Le patient est transporté à la salle d'opération le jour même de l'admission. Après l'opération, le patient reprend le Coumadin et son RIN se situe dans l'intervalle thérapeutique à la sortie. Le RIN du patient sera mesuré deux fois par semaine et vérifié par le médecin de famille.

Code	BDCP	Description
M17.9	(M)	Gonarthrose, sans précision

Justification : Z51.88 n'est pas attribué, car aucune documentation du médecin ne fait état d'une durée du séjour prolongée en raison d'un traitement anticoagulant (reprise d'un traitement anticoagulant). Z92.1 *Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants* peut être attribué, facultatif, comme diagnostic de type (3), selon les besoins en information de l'établissement.

Effets indésirables des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient sous anticoagulothérapie reçoit un diagnostic **d'hémorragie/de saignement** qui **n'est pas documenté** comme étant attribué à une autre cause externe (p. ex. traumatisme ou intoxication), classez l'hémorragie comme effet indésirable des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique.



Lorsqu'un patient sous anticoagulothérapie **reçoit un diagnostic** d'affection représentant un **événement thromboembolique** (p. ex. infarctus cérébral, embolie pulmonaire) qui est **clairement documenté** comme étant attribué (associé) à un traitement anticoagulant, classez l'événement thromboembolique comme effet indésirable des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique.



Lorsqu'un patient sous anticoagulothérapie **ne reçoit pas de diagnostic d'hémorragie/de saignement ou d'événement thromboembolique**, mais que la documentation fait état d'interférence/d'incidence sur l'effet thérapeutique du traitement anticoagulant, classez l'interférence comme « coagulopathie » attribuée à l'effet indésirable des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique.

- Attribuez D68.9 *Anomalie de la coagulation, sans précision* et Y44.2 *Effets indésirables des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique*.

Reportez-vous également à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#).

Remarque

Des exemples de la documentation du médecin indiquant une interférence ou une incidence sur l'effet thérapeutique du traitement anticoagulant qui est classé à D68.9 et Y44.2 comprennent les notes « RIN élevé », « RIN suprathérapeutique », « RIN bas », « RIN sous-thérapeutique » ou « RIN instable/anormal » **sans** aucun diagnostic d'hémorragie ou d'événement thromboembolique chez un patient sous anticoagulothérapie.



Exemple : Un patient se présente avec un saignement rectal. Il prend de la warfarine en raison d'une fibrillation auriculaire. Le médicament est arrêté le jour de l'admission. De la vitamine K est administrée au patient pour inverser les effets de la warfarine. Le médecin documente que le RIN a chuté à un niveau sous-thérapeutique (1,1) et que le saignement s'est arrêté graduellement. La warfarine sera reprise seulement lorsque le patient aura subi la chirurgie prévue pour des lésions cutanées et qu'il aura obtenu son congé.

Diagnostic final : Saignement rectal

Code	BDCP	Série	Description
K62.5	(M)	A	Hémorragie de l'anus et du rectum
Y44.2	(9)	A	Anticoagulants ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Le patient est sous anticoagulothérapie. L'hémorragie n'est pas documentée comme étant attribuée à une autre cause externe; par conséquent, elle est classée comme effet indésirable des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique. L'hémorragie est la réaction aux anticoagulants ou la manifestation de ceux-ci. K62.5 est attribué selon l'index alphabétique : terme pilote « Hémorragie, hémorragique (après) (de) (due à) »; sous-termes « due ou associée à », « des anticoagulants circulants NCA », « site précisé (voir Hémorragie, par site) ».



Exemple : Un patient ayant une valvule mitrale mécanique et qui est sous anticoagulothérapie est admis en raison d'un accident vasculaire cérébral (AVC) (infarctus) subaigu. Le médecin documente que l'AVC est attribué à un RIN sous-thérapeutique. Au début, le RIN est difficile à stabiliser, mais l'utilisation de la daltéparine a permis d'atteindre un niveau thérapeutique avant la sortie du patient.

Code	BDCP	Série	Description
I63.9	(M)	A	Infarctus cérébral, sans précision
Y44.2	(9)	A	Anticoagulants ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Le patient est sous anticoagulothérapie. La documentation indique clairement que l'infarctus cérébral (événement thromboembolique) est attribué au RIN sous-thérapeutique du patient. L'infarctus cérébral est la réaction aux anticoagulants ou la manifestation de ceux-ci. I63.9 est attribué selon l'index alphabétique : terme pilote « Infarctus (avec) (de) (du) », sous-terme « cerveau, cérébral ». D68.9 n'est pas attribué, car l'infarctus cérébral (événement thromboembolique) est attribué à la coagulopathie (RIN sous-thérapeutique).



Exemple : Un patient ayant des antécédents de fibrillation auriculaire pour laquelle il prend du Coumadin est admis en raison d'une pneumonie. On lui administre de l'Avelox. Le médecin documente que le patient développe un RIN suprathérapeutique en raison d'une interaction médicamenteuse entre Avelox et Coumadin. L'antibiotique est changé. Le Coumadin est arrêté pendant trois jours puis repris. Le RIN est surveillé jusqu'à ce que le patient soit prêt pour obtenir son congé.

Code	BDCP	Série	Description
J18.9	(M)		Pneumonie, sans précision
D68.9	(2)	A	Anomalie de la coagulation, sans précision
Y44.2	(9)	A	Anticoagulants ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
Y41.8	(9)	A	Autres anti-infectieux et antiparasitaires systémiques précisés ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : L'interaction médicamenteuse entre Coumadin et Avelox est clairement documentée. Cette interaction est également documentée comme ayant interféré avec l'effet thérapeutique du Coumadin (a développé un RIN suprathérapeutique [sans hémorragie]). Le RIN suprathérapeutique est la réaction aux anticoagulants et aux antibiotiques ou la manifestation de ceux-ci. D68.9 est attribué, car il n'y a pas d'hémorragie à la suite de la coagulopathie (RIN suprathérapeutique). Un code est attribué uniquement pour la coagulopathie. La recherche dans l'index alphabétique se fait comme suit : terme pilote « Coagulopathie ».



Exemple : Un patient se présente à l'hôpital en raison d'ecchymoses spontanées sur la peau. Il est sous Coumadin et prend également de la tétracycline depuis huit jours pour traiter une infection urinaire. Le diagnostic à la sortie est « effet anticoagulant augmenté » en raison du croisement de ces deux médicaments. Le patient doit cesser de prendre ces deux médicaments et commencer un nouvel antibiotique.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
R23.3	(M)	PP	A	Ecchymoses spontanées
Y44.2	(9)	AP	A	Anticoagulants ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
Y40.4	(9)	AP	A	Tétracyclines ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Le patient est sous anticoagulothérapie. L'interaction médicamenteuse entre Coumadin et la tétracycline est clairement documentée. Cette interaction est également documentée comme ayant interféré avec l'effet thérapeutique du Coumadin (effet thérapeutique augmenté), ce qui a provoqué des ecchymoses spontanées (hémorragie cutanée). Les ecchymoses spontanées (hémorragie cutanée) sont la réaction aux anticoagulants et aux antibiotiques ou la manifestation de ceux-ci au cours de leur usage thérapeutique. R23.3 est attribué selon la recherche dans l'index alphabétique : terme pilote « Hémorragie, hémorragique (après) (de) (due à) », sous-termes « due ou associée à », « des anticoagulants circulants NCA », « siège précisé (voir Hémorragie, par site) ». D68.9 n'est pas attribué, car l'hémorragie est attribuée à la coagulopathie (effet thérapeutique augmenté).

S Exemple : Un patient se présente en raison d'une élévation du RIN. Le RIN est instable depuis plusieurs mois et est vérifié régulièrement. Le patient prend de la warfarine. Il n'y a pas de saignement. La warfarine est cessée et le patient doit revenir dans 24 heures pour un examen de contrôle.

Diagnostic final : RIN élevé

Code	SNISA	Série	Description
D68.9	PP	A	Anomalie de la coagulation, sans précision
Y44.2	AP	A	Anticoagulants ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Le patient est sous anticoagulothérapie. Un diagnostic final de « RIN élevé » sans documentation d'hémorragie ou d'évènement thromboembolique est classé comme une coagulopathie (D68.9), attribuée à l'effet indésirable des anticoagulants au cours de leur usage thérapeutique.

Références

1. Rivera-Bou, WL; TheHeart.org/Medscape. [Thrombolytic therapy](#). Consulté le 22 novembre 2016.
2. Anderson JL, et al. [ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction](#). *Journal of the American College of Cardiology*. 2007.
3. Nwasokwa ON. Coronary artery bypass graft disease. *Annals of Internal Medicine*. 1995.
4. eMedicineHealth. [Peripheral vascular disease](#). Consulté le 30 septembre 2016.

Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire

Pneumonie

En vigueur depuis 2006, modifié en 2015

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la pneumonie est documentée par le médecin ou le dispensateur de soins principal et qu'un micro-organisme précis est documenté comme étant responsable de la pneumonie, sélectionnez le code de pneumonie due à ce micro-organisme.

BS Lorsque la pneumonie est documentée par le médecin ou le dispensateur de soins principal, les rapports d'imagerie diagnostique peuvent être utilisés pour sélectionner un code plus précis.

BS Lorsque la pneumonie est documentée par le médecin ou le dispensateur de soins principal sans autre précision permettant de sélectionner un code plus précis, attribuez J18.9 *Pneumonie, sans précision*.

Reportez-vous également aux normes de codification [Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique \(MPOC\)](#) et [Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification](#).

BS Exemple : Un patient âgé souffrant d'une fièvre, de frissons et de dyspnée est transféré depuis une maison de retraite. Une radiographie révèle une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon gauche. Une culture des expectorations est réalisée et le médecin inscrit au dossier un diagnostic de pneumonie à pneumocoques.

Code	BDCP	SNISA	Description
J13	(M)	PP	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>

Justification : Le médecin a documenté un diagnostic de pneumonie due à un micro-organisme précis.

BS Exemple : Un patient se présente au service d’urgence en raison d’une toux qui dure depuis huit jours et d’un essoufflement progressif. La radiographie montre un infiltrat dans le lobe moyen du poumon droit.

Diagnostic final : Pneumonie du LMD

Code	BDCP	SNISA	Description
J18.9	(M)	PP	Pneumonie, sans précision

Justification : Le médecin a consigné le diagnostic de pneumonie sans autre précision. Le rapport de radiologie ne corrobore pas la sélection d’un code plus précis. Par conséquent, J18.9 est attribué.

Pneumonie lobaire

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la pneumonie est documentée par le médecin ou le dispensateur de soins principal sans autre précision et que les rapports d’imagerie diagnostique décrivent la pneumonie en utilisant les termes « apicale », « basilaire », « massive » ou « hépatisation complète affectant **tout** le lobe », attribuez J18.1 *Pneumonie lobaire, sans précision*.

Remarque

Lorsque la pneumonie est consignée en tant que « Pneumonie LID », cela peut simplement signifier la présence d’un infiltrat ou de pneumonie localisée au lobe inférieur. On ne peut présumer que des termes tels que « Pneumonie LID » signifient une pneumonie lobaire à moins que les notes du médecin ou du dispensateur de soins principal ou que l’imagerie diagnostique démontre **clairement** que le lobe entier est atteint. Les termes « apicale », « basilaire » et « massive » sont des sous-termes énumérés sous le terme pilote « Pneumonie » dans l’index alphabétique et renvoient à J18.1 *Pneumonie lobaire, sans précision*.

BS Exemple : Un homme de 28 ans est admis en raison d'une douleur thoracique. La radiographie thoracique révèle une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon gauche ainsi qu'une hépatisation et un collapsus partiel du lobe inférieur du poumon droit.

Diagnostic final : Pneumonie

Code	BDCP	SNISA	Description
J18.1	(M)	PP	Pneumonie lobaire, sans précision

Justification : La pneumonie est consignée en tant que diagnostic final.
La radiographie apporte plus de précisions et montre une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon gauche.

BS Exemple : Un patient âgé souffrant d'une fièvre, de frissons et de dyspnée est transféré depuis une maison de retraite. Une radiographie révèle une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon gauche. Une culture des expectorations montre la forte croissance d'un pneumocoque. Les notes du médecin ne font pas mention des résultats de la culture et de l'antibiogramme.

Diagnostic final : Pneumonie

Code	BDCP	SNISA	Description
J18.1	(M)	PP	Pneumonie lobaire, sans précision

Justification : La pneumonie est documentée par le médecin. Les résultats de la culture des expectorations sont positifs, mais le médecin ne les a pas confirmés dans sa documentation en tant qu'agent pathogène. Par conséquent, il n'est pas possible d'attribuer J13 *Pneumonie due à Streptococcus pneumoniae*. J18.1 est attribué, car le rapport de radiologie apporte plus de précisions en indiquant qu'il s'agit d'une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon gauche.

Bronchopneumonie

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la pneumonie est documentée par le médecin ou le dispensateur de soins principal sans autre précision et que les rapports d'imagerie diagnostique décrivent la pneumonie en utilisant l'un des termes suivants : « catarrhale », « confluente », « diffuse », « disséminée (focale) », « lobulaire (segmentaire) » ou « parcellaire », attribuez J18.0 *Bronchopneumonie, sans précision*.

Remarque

La bronchopneumonie est identifiée dans les rapports d'imagerie diagnostique par de petites taches d'hépatisation qui seraient réparties dans les poumons, sans toutefois affecter le lobe au complet. Les termes tels que « catarrhale », « confluente », « diffuse », « disséminée (focale) », « lobulaire » et « parcellaire » sont des sous-termes énumérés sous le terme pilote « Pneumonie » dans l'index alphabétique et renvoient à J18.0 *Bronchopneumonie, sans précision*.

BS Exemple : Une patiente de 75 ans se présente au service d'urgence en raison d'un essoufflement. Selon le rapport de radiologie, « le lobe inférieur du poumon gauche présente des lésions parcellaires d'une densité accrue compatible avec une pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche ». Un diagnostic de pneumonie du côté gauche est inscrit sur la feuille sommaire.

Code	BDCP	SNISA	Description
J18.0	(M)	PP	Bronchopneumonie, sans précision

Justification : Le rapport de radiologie fait état de « lésions parcellaires d'une densité accrue compatible avec une pneumonie du LIG ». Diagnostic final : Pneumonie. Le terme « parcellaire » décrit dans le rapport de radiologie apporte plus de précisions. Selon l'index alphabétique, il renvoie à J18.0.

Pneumonie chez les patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2005, 2006, 2008, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient souffrant de MPOC contracte une pneumonie ou toute autre infection aiguë des voies respiratoires inférieures et qu'il s'agit de la raison principale de l'hospitalisation, attribuez J44.0 *Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures*.

- Lorsque l'infection correspond à une affection significative à part entière, telle qu'une pneumonie, une bronchite aiguë ou une bronchiolite aiguë, vous devez attribuer un code supplémentaire, comme diagnostic de comorbidité/autre problème, pour préciser le type d'infection.
- Placez le code de la MPOC en première position.

Les patients souffrant de MPOC présentent généralement un risque élevé de pneumonie. Lorsqu'une personne souffrant de MPOC contracte un rhume, ce dernier peut évoluer en bronchite ou en pneumonie. L'infection peut endommager les muqueuses des bronches, et créer ainsi un milieu propice à la prolifération des bactéries.

BS Exemple : Un homme de 68 ans souffrant d'une MPOC sévère contracte un rhume. Il est traité par son médecin de famille pour un épisode aigu de MPOC. Son état s'aggrave et il est amené à l'urgence. Une radiographie du poumon met en évidence une pneumonie. Il est ensuite admis pour le traitement de l'exacerbation de MPOC et de la pneumonie.

Code	BDCP	SNISA	Description
J44.0	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J18.9	(1)	AP	Pneumonie, sans précision

S Exemple : Un patient provenant d'un centre de soins infirmiers se présente à l'urgence avec une pneumonie d'aspiration. Il a des antécédents de MPOC de longue date.

Code	SNISA	Description
J69.0	PP	Pneumonite due à des aliments et des vomissements
W80	AP	Inhalation et ingestion d'autres objets provoquant une obstruction des voies respiratoires
U98.1	AP	Lieu de l'événement, établissement collectif
J44.9	AP	Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision

Justification : Les directives ci-dessus ne s'appliquent pas au présent cas, car la pneumonie d'aspiration n'est pas classée comme une exacerbation aiguë de la MPOC (J44.0).

B Exemple : Une femme souffrant de MPOC est admise et traitée aux antibiotiques pour une pneumonie à streptocoques. Elle reçoit également de l'oxygène et sa posologie de corticostéroïdes est ajustée pour traiter l'affection obstructive des voies aériennes.

Code	BDCP	Description
J44.0	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J13	(1)	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>

B Exemple : Une femme souffrant de MPOC est admise et traitée aux antibiotiques pour une bronchite aiguë.

Code	BDCP	Description
J44.0	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
J20.9	(1)	Bronchite aiguë, sans précision

BS Exemple : Un diagnostic final d'exacerbation aiguë de MPOC est posé. Le médecin documente également que le patient a une bronchite chronique.

Code	BDCP	SNISA	Description
J44.1	(M)	PP	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec exacerbation aiguë, sans précision

Justification : J44.0 n'est pas utilisé dans le présent exemple, car on ne peut pas présumer que l'exacerbation aiguë chez un patient souffrant d'une bronchite chronique obstructive est due à une bronchite aiguë. Suivez les directives de l'index alphabétique pour les termes *bronchite*, *chronique* et *obstructive* qui mènent à J44.8. Ce code n'est pas utilisé en raison de la note d'exclusion « avec exacerbation aiguë ».

Asthme

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2005, 2006, 2009

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez les cas d'asthme ayant débuté pendant l'enfance (habituellement jusqu'à l'âge de 16 ans) à J45.0— *Asthme à prédominance allergique*, à moins d'indication contraire du médecin.

Remarque

Assurez-vous que l'asthme n'est pas enregistré comme comorbidité après l'admission, diagnostic de type (2).

BS Exemple : Un jeune patient de 14 ans est amené à l'hôpital en raison d'une crise d'asthme. Un traitement bronchodilatateur lui est administré.

Code	BDCP	SNISA	Description
J45.00	(M)	PP	Asthme à prédominance allergique sans état de mal asthmatique mentionné

BS Exemple : Une jeune patiente de 12 ans est amenée à l'hôpital en raison d'une respiration sifflante et d'essoufflement. Elle n'a pas d'antécédents d'asthme. Le diagnostic final inscrit au dossier est maladie réactive des voies aériennes.

Code	BDCP	SNISA	Description
J98.8	(M)	PP	Autres troubles respiratoires précisés

Justification : Un diagnostic final de la maladie réactive des voies aériennes ne doit pas être classé en tant qu'asthme. L'index alphabétique mène à J98.8.

BS Exemple : Un jeune patient de 19 ans est amené à l'hôpital en raison d'une respiration sifflante et d'essoufflement. Le jeune homme n'a pas d'antécédents d'asthme. Un traitement avec bronchodilatateurs lui est administré. Un diagnostic d'asthme est noté au dossier.

Code	BDCP	SNISA	Description
J45.90	(M)	PP	Asthme, sans précision, sans état de mal asthmatique mentionné

Status asthmaticus (État de mal asthmatique)

L'état de mal asthmatique est une crise d'asthme sévère accompagnée d'un bronchospasme profond et réfractaire. Cette affection qui menace la vie du patient est associée à un spasme bronchiolaire prolongé qui ne cède pas aux médicaments.

Les termes suivants désignent l'état de mal asthmatique :

- Asthme aigu sévère;
- Asthme sévère aigu;
- Crise d'asthme réfractaire;
- Asthme réfractaire;
- Respiration sifflante sévère réfractaire;
- Obstruction des voies aériennes non soulagée par les bronchodilatateurs.

Remarque

Un diagnostic d'« asthme aigu » ou d'« asthme sévère » seulement ne signifie pas un état de mal asthmatique.



Exemple : Un jeune patient de 18 ans est amené à l'hôpital en raison d'une crise d'asthme aigu sévère. Un traitement bronchodilatateur lui est administré. Le dossier du patient indique que ce dernier souffre d'asthme depuis son enfance.

Code	BDCP	SNISA	Description
J45.01	(M)	PP	Asthme à prédominance allergique avec état de mal asthmatique mentionné

Justification : Dans cet exemple, l'asthme, qui a débuté pendant l'enfance, est documenté en utilisant l'un des termes désignant l'état de mal asthmatique. Ainsi, il faut attribuer un code de la catégorie J45.0- avec le cinquième caractère « 1 ».

Remarque

Cette norme de codification doit être suivie tant que l'asthme est documenté comme ayant débuté pendant l'enfance. Cette directive s'applique aux adultes qui souffrent d'asthme chronique depuis l'enfance et qui se présentent pour le traitement d'une crise d'asthme.

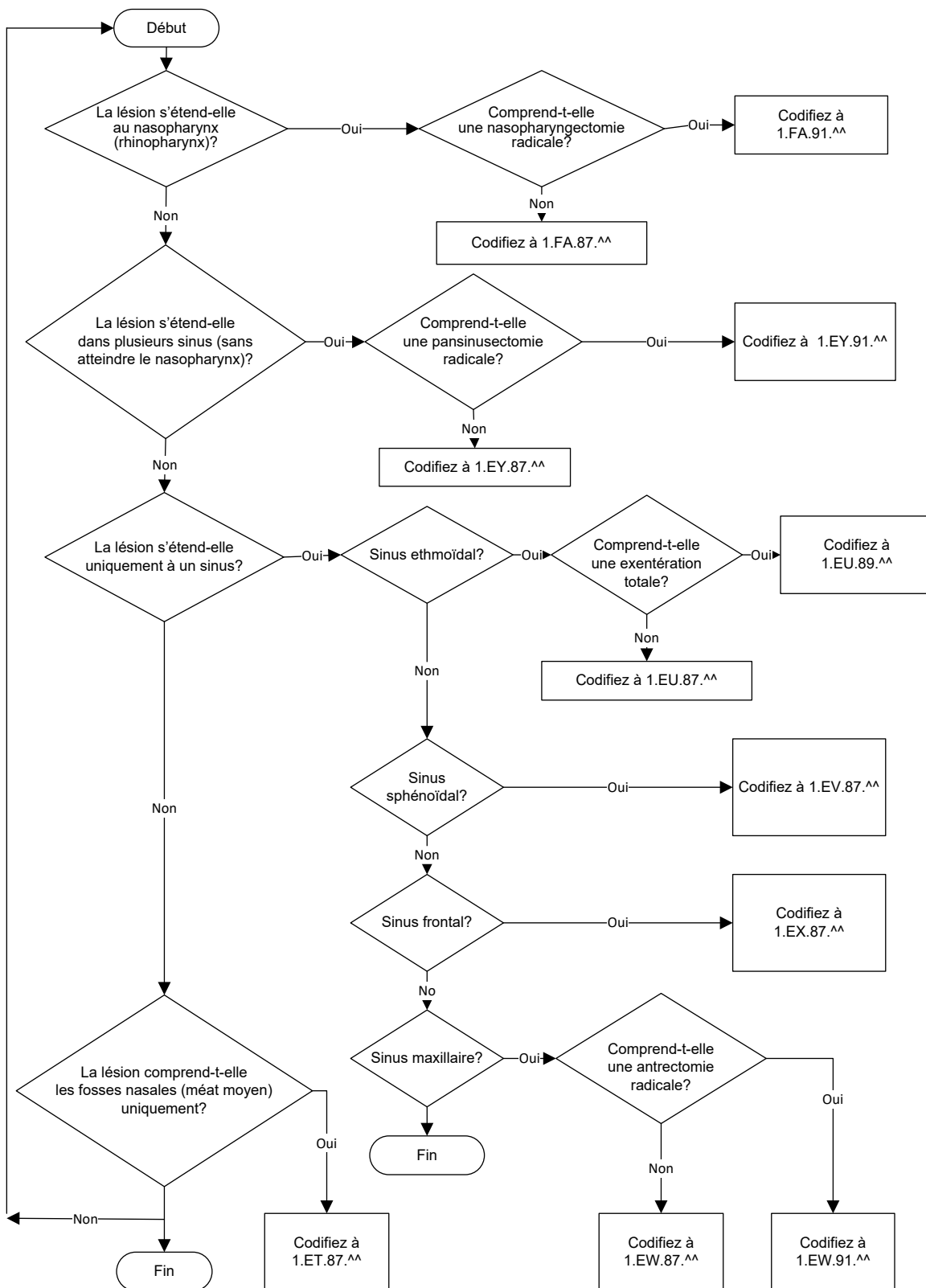
Résection d'une lésion nasale (polypes)

En vigueur depuis 2002

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez les résections d'une lésion en fonction du site anatomique le plus profond à partir duquel la lésion est retirée. Le site anatomique peut différer du site d'origine de la lésion.



Septoplastie pour une déviation de la cloison nasale

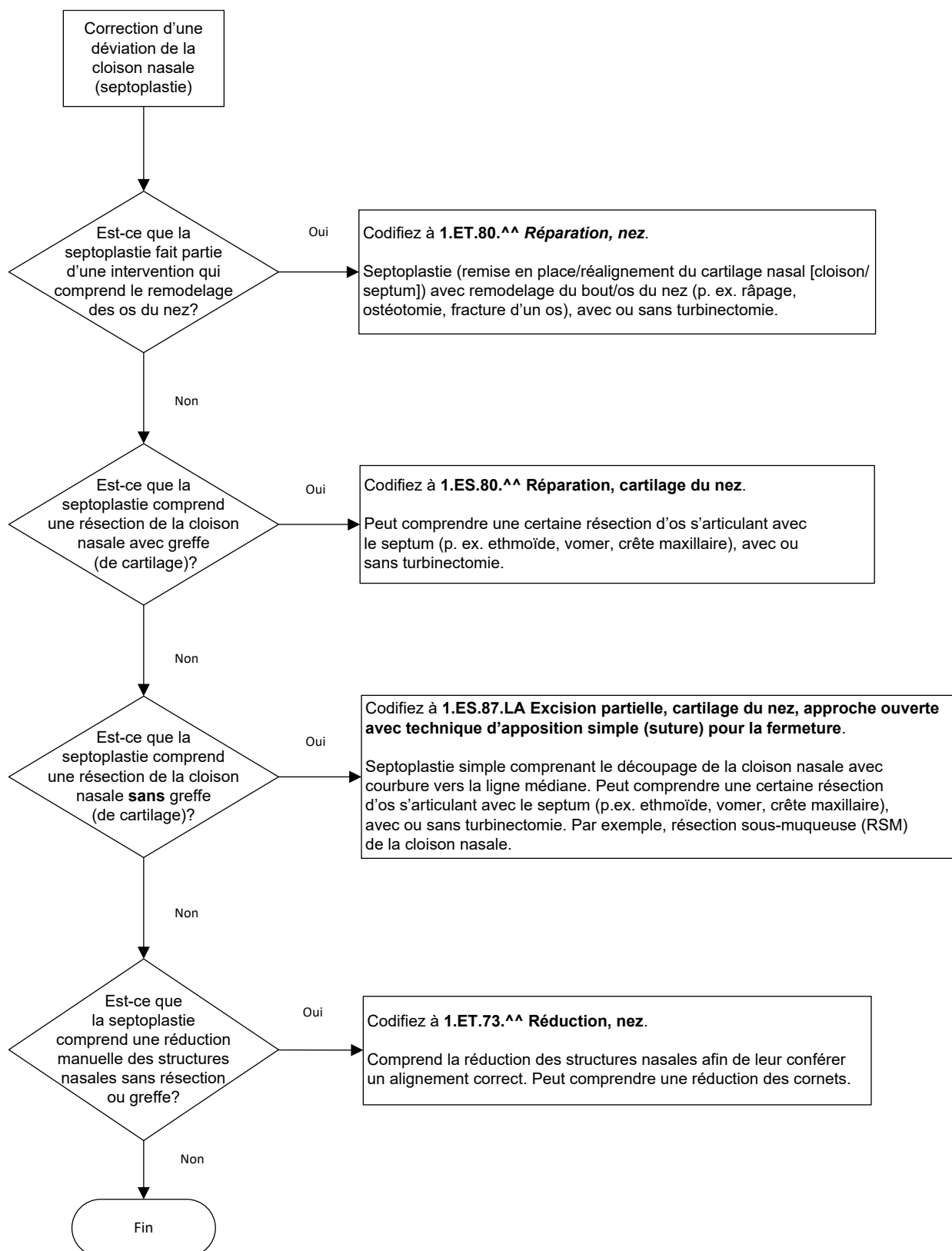
En vigueur depuis 2002, modifié en 2012

La sélection du code de la CCI approprié pour les interventions chirurgicales comprenant le redressement de la cloison nasale dépend si l'intervention nécessite une excision, une greffe ou des interventions supplémentaires pour remodeler d'autres aspects du nez. Un diagramme est fourni ci-dessous afin de faciliter la sélection.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez les interventions comprenant une septoplastie pour une déviation de la cloison nasale selon le site anatomique et l'objectif de l'intervention.



Exemple : Le patient a une déviation importante de la cloison nasale avec une déformation (bosse) de l'os nasal dû à un traumatisme antérieur. Il est admis pour une reconstruction par septoplastie avec une approche par incision de la columelle. Pendant l'intervention, le cartilage déformé est excisé, l'os nasal est réaligné et une râpe est utilisée pour réduire la bosse de l'os du nez. Le cartilage est remplacé par une prothèse et la cloison nasale est replacée dans sa position médiane originale.

1.ET.80.WK-PM Réparation, nez, approche par incision de la columelle avec implantation d'une prothèse

Justification : Puisque le remodelage de l'os nasal à l'aide d'une râpe (rhinoplastie) a été pratiqué lors de la septoplastie afin de corriger la déviation de la cloison nasale, un code de 1.ET.80.^[^] *Réparation, nez* est attribué.

Exemple : Une femme de 26 ans souffrant de sinusites récurrentes dues à une déviation de la cloison nasale est admise pour une septoplastie. Une section du cartilage est retirée lors de l'intervention ainsi qu'un petit fragment provenant de la crête maxillaire. Le cartilage est morcelé et remplacé.

1.ES.80.LA-XX-A Réparation, cartilage du nez, par autogreffe [p. ex. cartilage, peau]

Justification : Étant donné que la correction de la cloison nasale comprenait une résection du cartilage avec remplacement du cartilage morcelé (une greffe) et ne comprenait pas le remodelage de l'os nasal, un code de 1.ES.80.^[^] *Réparation, cartilage du nez* est attribué.

Exemple : Un homme de 45 ans souffre d'apnée du sommeil et son état est empiré par un déplacement significatif de la cloison nasale. Il est admis pour une septoplastie. Une résection sous-muqueuse du cartilage est pratiquée. Il n'y a pas de documentation indiquant le remplacement du cartilage.

1.ES.87.LA Excision partielle, cartilage du nez, approche ouverte avec technique d'apposition simple (suture) pour la fermeture

Justification : La correction de la déviation de la cloison nasale comprenait la résection du cartilage sans remplacement de celui-ci par une greffe. De plus, aucun remodelage des os du nez n'a été effectué. Ainsi, un code de 1.ES.87.^[^] *Excision partielle, cartilage du nez* est attribué.

Exemple : Un homme de 19 ans est frappé accidentellement par un bâton de hockey alors qu'il jouait au hockey. Il est amené au service d'urgence. Lors de l'examen, une déformation de la cloison nasale est apparente et une radiographie confirme une fracture nasale. Une réduction manuelle de la fracture est pratiquée.

1.ET.73.JA	Réduction, nez, technique manuelle [réduction]
3.ET.10.VA	Radiographie, nez, sans produit de contraste (p. ex. cliché simple) (avec ou sans radioscopie (fluoroscopie))

Justification : Puisque la réparation de la cloison nasale (septoplastie) a été effectuée par une réduction manuelle et n'incluait pas un remodelage de l'os du nez ou de résection du cartilage avec ou sans greffe, un code de 1.ET.73.^[^] *Réduction, nez* est attribué.



[Formation](#)

Ventilation invasive

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2006, modifié en 2007, 2008, 2012, 2022

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de 1.GZ.31.^[^] *Ventilation, système respiratoire NCA*, obligatoire, pour décrire toute ventilation invasive.

Directive pour la BDCP seulement



Lorsqu'un patient est extubé et requiert de nouveau un autre épisode du même type de ventilation invasive, vous devez **au moins** codifier l'épisode représentant la plus longue durée (attribut d'étendue).

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une approche invasive (comme l'intubation endotrachéale) est changée pour une autre approche invasive (comme la trachéostomie), sélectionnez plusieurs codes de 1.GZ.31.^[^] *Ventilation, système respiratoire NCA* afin de décrire chaque approche.

Reportez-vous également aux normes de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#) et [Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés](#).

Exception

Lorsque la ventilation invasive fait partie intégrante de l'anesthésie générale, et que le patient est extubé avant de quitter la salle d'opération, 1.GZ.31.^[^] *Ventilation, système respiratoire NCA* n'est pas attribué.

Remarque

L'attribut d'étendue est obligatoire, peu importe la durée, pour tous les codes de 1.GZ.31.^[^] *Ventilation, système respiratoire NCA*. Utilisez l'attribut « 0 — Non applicable [à utiliser seulement pour la ventilation non invasive] » lorsque la ventilation n'est pas invasive.

Remarque

L'attribut de situation est obligatoire pour tous les codes de la rubrique 1.GZ.31.^[^] *Ventilation, système respiratoire NCA*. Il permet de préciser la durée entre la fin du dernier épisode de ventilation et le moment du décès. Les données sur l'attribut de situation serviront à cerner d'éventuelles occasions manquées de don d'organes.

Lorsque le patient décède et que de multiples codes de la rubrique 1.GZ.31.^[^] sont inscrits dans l'abrégé, appliquez à chaque code la même valeur d'attribut de situation obligatoire (c.-à-d. celle qui correspond à la durée entre la fin du dernier épisode de ventilation et le moment du décès).

Utilisez « 0 — Non applicable : vivant au congé » si le patient était vivant à sa sortie.

Remarque

Utilisez l'Indicateur d'intervention avant l'admission pour préciser que la ventilation invasive a été commencée avant l'admission, pendant une visite au cours de l'épisode actuel de soins continus. Reportez-vous au champ 20 du groupe 11 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* pour obtenir des directives précises sur l'utilisation de cet indicateur pour les interventions commencées avant l'admission.

Calcul de l'attribut d'étendue

Pour calculer le nombre d'heures (durée) de ventilation invasive continue au cours d'une hospitalisation, commencez le décompte à partir du moment où l'accès trachéal est effectué (p. ex. intubation endotrachéale, VTTJ). Cette durée prend fin avec le retrait du tube ou avec l'arrêt de la ventilation. Ne tenez pas compte des tentatives intermittentes de sevrage de l'appareil de ventilation. Ces périodes doivent être incluses dans le total d'heures.

- Lorsqu'un patient est intubé avant son admission, commencez le décompte à partir de son admission.
- Lorsqu'un patient décède, qu'il est transféré ou qu'il reçoit son congé pendant qu'il est intubé, calculez la durée de l'épisode du début jusqu'à l'heure de son décès, de son transfert ou de sa sortie de l'établissement.
- Lorsqu'une approche invasive est amorcée et qu'elle est subséquemment changée pour une autre approche invasive, sélectionnez un code pour chaque approche et calculez la durée de chacune séparément.
- Lorsqu'un patient est extubé et que par la suite, un autre épisode du même type de ventilation invasive est requis, calculez la durée de chaque épisode séparément. N'additionnez pas la durée totale de tous les épisodes de ventilation, car chaque période d'utilisation se termine avec l'extubation.
- Lorsque la ventilation par approche invasive se poursuit au-delà de la sortie du patient de la salle d'opération, calculez la durée à partir de l'intubation dans la salle d'opération jusqu'au moment de l'extubation.

Calcul de l'attribut de situation

Pour calculer le nombre d'heures (durée) correspondant à la valeur de l'attribut de situation, commencez le décompte à partir de la fin du dernier épisode de ventilation précédant le décès et arrêtez-le au moment où le décès du patient est constaté. On considère que l'épisode de ventilation prend fin lorsque le patient est extubé, que le ventilateur est éteint ou que la mort cérébrale du patient est constatée. Ne tenez pas compte des tentatives intermittentes de sevrage de l'appareil de ventilation.

Exemple : Une patiente est admise en raison d'une pneumonie et d'une exacerbation aiguë de sa MPOC. Sa respiration est sévèrement compromise. Un tube endotrachéal est inséré et la patiente est branchée à un appareil de ventilation obligatoire intermittente synchronisée (VACI ou VOIS et communément appelé SIMV). Elle est extubée le troisième jour et reçoit son congé le septième jour.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : 0

Étendue : CN

Justification : Il est obligatoire de codifier toute ventilation par approche invasive, peu importe la durée de l'utilisation (étendue). La patiente a été extubée avec succès avant que la durée ne totalise 96 heures de ventilation continue. Il convient alors de choisir l'attribut d'étendue « CN — Continue mais moins que 96 heures de ventilation invasive ». La patiente est vivante au moment de sa sortie. Il faut donc utiliser l'attribut de situation « 0 — Non applicable : vivant au congé ».

Exemple : Un patient est transporté en salle d'opération pour la réparation d'une hernie abdominale incisionnelle. Un anesthésique général est administré et après l'intubation, la ventilation débute. Le patient est extubé à la fin de l'intervention et il est transféré en salle de réveil avant d'être transféré de nouveau à l'unité de soins infirmiers.

Justification : L'intubation et la ventilation font partie intégrante de l'anesthésie générale et sont comprises dans la saisie de l'information sur la technique anesthésique de l'abrégié. 1.GZ.31.^ Ventilation, système respiratoire NCA n'est pas attribué.

Exemple : Un patient est admis pour subir un pontage aorto-coronarien. Une anesthésie générale est administrée et le patient est intubé, puis ventilé. Il est transféré en salle de réveil, puis à l'unité de soins intensifs chirurgicaux. Le jour suivant, il est extubé et transféré à l'unité de soins infirmiers pour poursuivre sa récupération.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : 0

Étendue : CN

Justification : Il est obligatoire de codifier la ventilation invasive peu importe la durée de l'utilisation (étendue). Lorsque la ventilation invasive fait partie intégrante de l'anesthésie générale, elle n'est pas codifiée. Cependant, lorsque la ventilation invasive se poursuit au-delà de la salle d'opération, il faut la codifier. Dans cet exemple, la durée de ventilation du patient, entre le moment de l'intubation dans la salle d'opération jusqu'au moment de l'extubation), était de moins de 96 heures. Il convient alors de choisir l'attribut d'étendue « CN — Continue mais moins que 96 heures de ventilation invasive ». Le patient est vivant au moment de sa sortie. Il faut donc utiliser l'attribut de situation « 0 — Non applicable : vivant au congé ».

Exemple : Un patient est placé sous ventilation par intubation endotrachéale et pression positive pendant 10 jours, après quoi on retire le tube. Deux jours plus tard, le patient développe des complications et est donc intubé de nouveau et ventilé avec le même type de ventilation sous pression positive. La même journée, le patient est transféré dans un autre établissement.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : 0

Étendue : EX

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI) (facultatif)

Situation : 0

Étendue : CN

Justification : Lorsqu'un patient reçoit plusieurs fois le même type de ventilation (c.-à-d. extubé et ré-intubé), il est obligatoire d'inscrire seulement l'épisode de ventilation le plus long (étendue). L'attribution du même code de la CCI pour décrire tout autre épisode de ventilation invasive plus court est facultative. La durée de chaque épisode est calculée séparément, car le patient a été extubé et ré-intubé (ne faites donc pas la somme de tous les épisodes). Le patient était vivant au moment de son transfert dans un autre établissement. Il faut donc utiliser l'attribut de situation « 0 — Non applicable : vivant au congé ».

Exemple : Un patient est intubé et ventilé par une intubation endotrachéale sous pression positive pendant deux jours. À la suite de complications, le patient est transporté en salle d'opération où il subit une trachéostomie par approche ouverte, qui lui permettra d'être placé sous ventilation à long terme. Le patient reste à l'hôpital pendant 10 jours supplémentaires, puis décède 15 minutes après l'arrêt de la ventilation.

1.GZ.31.CR-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle avec incision en vue de l'intubation via la trachéostomie, pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : V1

Étendue : EX

1.GJ.77.LA Pontage avec extériorisation, trachée, approche ouverte (p. ex. incision du cou)

Situation : 0

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : V1

Étendue : CN

Justification : Différentes approches invasives ont été utilisées pour la ventilation; ainsi, des codes distincts de 1.GZ.31.^{^^} *Ventilation, système respiratoire NCA* sont attribués pour décrire chaque approche. L'attribut d'étendue indique la durée de chacune. Le patient est décédé 15 minutes après l'arrêt de la ventilation. Il faut donc utiliser l'attribut de situation « V1 — Fin de la ventilation à l'heure du décès ou moins de 3 heures avant l'heure du décès » pour les deux épisodes de ventilation. L'attribut de situation précise la durée entre la fin du dernier épisode de ventilation et le moment du décès.

Exemple : Une patiente subit des blessures graves et des fractures multiples au visage dans un accident de véhicule à moteur. Au moment de son arrivée à l'hôpital, ses respirations sont six par minute et peu profondes. Une intubation est tentée sans succès. De l'oxygène sous pression lui est administré à l'aide d'une aiguille de gros calibre insérée dans la membrane crico-thyroïdienne. Peu après, une intubation endotrachéale est pratiquée et la patiente est branchée à un appareil de ventilation continue (VC). La patiente est ventilée jusqu'à ce que son état devienne stable en prévision d'un transfert au centre provincial de traumatologie. Elle est transportée par avion huit jours après son accident de la route.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : 0

Étendue : EX

1.GZ.31.GP-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive transluminale percutanée (p. ex. VTTJ) à l'aiguille, pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : 0

Étendue : CN

Justification : Différentes approches invasives ont été utilisées pour la ventilation; ainsi, des codes distincts de 1.GZ.31.^{^^} *Ventilation, système respiratoire NCA* sont attribués pour décrire chaque approche. L'attribut d'étendue indique la durée de chacune. La patiente était vivante au moment de son transfert au centre de traumatologie. Il faut donc utiliser l'attribut de situation « 0 — Non applicable : vivant au congé ».

Exemple : Un homme tente de se suicider par pendaison. Il est trouvé chez lui. Il est admis après sa réanimation à l'unité de soins intensifs, où on procède au maintien de ses fonctions vitales. Malgré les tentatives vigoureuses de réanimation, la mort cérébrale du patient est constatée, et on met fin aux mesures de maintien de ses fonctions vitales le jour suivant l'admission. Le médecin consigne au dossier la mort cérébrale du patient.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : V1

Étendue : CN

Justification : Le patient est décédé avant que la durée ne totalise 96 heures de ventilation continue. Il convient alors de choisir l'attribut d'étendue « CN — Continue mais moins que 96 heures de ventilation invasive ». La ventilation a pris fin au moment où la mort cérébrale du patient a été constatée. Il faut donc utiliser l'attribut de situation « V1 — Fin de la ventilation à l'heure du décès ou moins de 3 heures avant l'heure du décès ».

Exemple : Un homme de 84 ans est trouvé inconscient à son domicile le 8 juin, à 16 h 45. À leur arrivée, les ambulanciers intubent le patient et le placent sous ventilation. À l'admission à l'hôpital, un examen révèle que le patient a subi un accident vasculaire cérébral hémorragique. Le médecin fait part du diagnostic et du mauvais pronostic à la famille. Comme il n'y a pas de traitement pouvant améliorer l'état du patient, le médecin recommande des soins palliatifs. La famille accepte le plan de traitement en soins palliatifs. Le patient est extubé à 19 h et est transféré dans une salle de soins palliatifs, où il est maintenu confortable avec l'administration de morphine et de scopolamine par intraveineuse. Il décède le 9 juin, à 8 h 45.

1.GZ.31.CA-ND Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)

Situation : V3

Étendue : CN

Justification : Le patient a été extubé avant que la durée ne totalise 96 heures de ventilation continue. Il convient alors de choisir l'attribut d'étendue « CN — Continue mais moins que 96 heures de ventilation invasive ». Le patient a été extubé 13 heures et 45 minutes avant le moment du décès. Il faut donc utiliser l'attribut de situation « V3 — Fin de la ventilation égale ou supérieure à 6 heures mais moins de 24 heures avant l'heure du décès ».

Chapitre XI — Maladies de l'appareil digestif

Gastroentérite et diarrhée

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2005, 2006, 2009

La plupart des gastroentérites sont infectieuses, même dans les pays industrialisés. Pour cette raison, la CIM-10-CA classe la gastroentérite SAI comme étant infectieuse (A09.9 *Gastroentérite et colite d'origine non précisée*).

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez la gastroentérite comme diagnostic principal/problème principal dans le cas d'admissions pour le traitement d'une gastroentérite et de déshydratation.

BS Attribuez un code pour toute déshydratation connexe comme comorbidité significative avant l'admission/ autre problème uniquement si le déséquilibre électrolytique est suffisamment important pour justifier un traitement par solution intraveineuse et que le médecin indique clairement que ces liquides sont destinés à traiter la déshydratation.

Reportez-vous également à la norme de codification [Déshydratation](#).

BS Exemple : Une enfant de quatre ans est examinée en raison d'une gastroentérite infectieuse et de déshydratation. Toute la famille en est atteinte : la mère, le père et les trois frères et sœurs plus âgés. Un monitoring des ingesta/excréta est nécessaire et une augmentation de liquides par voie orale est prescrite. Aucun liquide intraveineux n'est administré.

Code	BDCP	SNISA	Description
A09.0	(M)	PP	Gastroentérite et colite autre et non précisée d'origine infectieuse



Exemple : Une femme de 74 ans est admise à l'hôpital depuis un centre de soins infirmiers trois jours après le début d'une gastroentérite. À son admission, elle est très déshydratée et reçoit des liquides en I.V. pendant deux jours, avec une surveillance étroite des mesures des ingesta/excreta. La culture de selles ne met en évidence aucun micro-organisme.

Code	BDCP	Description
A09.9	(M)	Gastroentérite et colite d'origine non précisée
E86.0	(1)	Déshydratation

Justification : La gastroentérite non précisée est classée à A09.9 *Gastroentérite et colite d'origine non précisée*.



Exemple : Un homme de 20 ans est admis en raison d'une gastroentérite.

Diagnostic final : Gastroentérite non infectieuse

Code	BDCP	SNISA	Description
K52.9	(M)	PP	Gastroentérite et colite non infectieuses, sans précision

Justification : La gastroentérite doit être documentée comme étant non infectieuse pour être classée à K52.9.

Varices œsophagiennes avec saignement

En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006, 2009

Directive pour la BDCP et le SNISA



Respectez la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque lorsque vous codifiez des varices œsophagiennes avec saignement associées à des troubles hépatiques classés au code K70.— *Maladie alcoolique du foie*, K71.— *Maladie toxique du foie* et K74.— *Fibrose et cirrhose du foie*.

B Exemple : Un patient présentant une cirrhose alcoolique du foie connue est admis en raison d'une hématomèse. L'endoscopie révèle des varices œsophagiennes avec saignement. Le patient reçoit un traitement de sclérothérapie.

Code	BDCP	Description
K70.3†	(M)	Cirrhose alcoolique du foie
I98.3*	(6)	Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs

1.NA.13.BA-X7 Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et agent chimique [p. ex. éthanolamine, morrhuate de sodium, polidocanol, sclérosants, sulfate de tétradécyl]

BS Exemple : Une patiente souffre d'une fibrose du foie résultant d'une hépatite chronique persistante. Elle présente un saignement gastro-intestinal supérieur. L'endoscopie révèle un saignement de varices œsophagiennes.

Code	BDCP	SNISA	Description
K74.0†	(M)	PP	Fibrose hépatique
I98.3*	(6)	AP	Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs
K73.0	(3)	AP	Hépatite chronique persistante, non classée ailleurs

Justification : Dans le cas présent, bien que l'hépatite chronique persistante (K73.0) ait entraîné une fibrose du foie (K74.0), causant ainsi des varices œsophagiennes avec saignement (I98.3*), seuls les codes des catégories K70, K71 et K74 sont accompagnés du symbole de la dague lorsqu'ils sont associés au code I98.3*. Par conséquent, la combinaison des codes K74.0† et I98.3* apparaît en premier et K73.0 est facultatif.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Sélectionnez le code à astérisque I98.3* *Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs* lorsque le médecin inscrit les varices œsophagiennes avec saignement comme diagnostic préopératoire et que l'endoscopie ne révèle aucune évidence de saignement actif.



Exemple : Un patient présentant une cirrhose alcoolique du foie connue se présente pour subir une endoscopie urgente et un cerclage de varices à la suite d'un saignement gastro-intestinal supérieur. Le médecin inscrit au dossier « varices œsophagiennes avec saignement ». L'endoscopie révèle des varices œsophagiennes, mais aucun saignement actif n'est noté. Plusieurs varices sont cerclées.

Code	BDCP	SNISA	Description
K70.3†	(M)	PP	Cirrhose alcoolique du foie
I98.3*	(6)	AP	Varices œsophagiennes avec saignement, au cours de maladies classées ailleurs

1.NA.13.BA-FA Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et cerclage (varices)

Interventions connexes

Dans le cadre d'une thérapie endoscopique, le dispensateur de soins peut injecter un agent de coagulation directement dans les varices ou placer une bande élastique autour des veines hémorragiques (cerclage). Cette intervention est utilisée lors d'épisodes de saignement aigu et en tant que traitement prophylactique (préventif).

La sclérothérapie endoscopique prophylactique (injection d'un produit sclérosant dans les varices) est administrée à intervalles réguliers, en général toutes les une à trois semaines, jusqu'à ce que les varices soient oblitérées, puis tous les trois à six mois dans le but de maintenir l'oblitération.

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-X7 *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et agent chimique [p. ex. éthanolamine, morrhuate de sodium, polidocanol, sclérosants, sulfate de tétradécyl].*

La sclérothérapie endoscopique (injection d'un produit sclérosant dans les varices) est également utilisée pour contrôler les hémorragies aiguës des varices œsophagiennes.

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-X7 *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et utilisation d'un agent chimique [p. ex. éthanolamine, morrhuate de sodium, polidocanol, sclérosants, sulfate de tétradécyl].*

Le cerclage (ligature par bandes élastiques) des varices œsophagiennes contrôle le saignement actif et élimine les varices de manière aussi efficace que le traitement sclérosant.

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-FA *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et cerclage (varices).*

Le tamponnement par sonde de Sengstaken-Blakemore à double ballonnet ou par sonde de Linton-Nachlas à ballonnet unique

La pose d'une sonde gastrique à ballonnet requiert une confirmation par radiographie. Les saignements aigus peuvent être traités par tamponnement par sonde à ballonnet (tube inséré via le nez dans l'estomac et gonflé à l'air pour appliquer une pression sur les veines qui saignent).

Sélectionnez le code 1.NA.13.BA-BD *Contrôle d'une hémorragie, œsophage, approche endoscopique par voie naturelle et tamponnement par sonde à ballonnet (ou sonde de Blakemore).*

Le shunt intrahépatique portosystémique par voie transjugulaire (TIPS) ou le shunt spléno-rénal distal consiste à insérer un cathéter dans une veine, qui est ensuite dirigé dans la veine hépatique jusqu'au foie où il relie le système veineux central au système veineux porte et diminue ainsi la pression veineuse à l'intérieur du système veineux porte.

Sélectionnez le code 1.KQ.76.^ *Pontage, veines abdominales NCA.*

Saignement digestif

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez à la cause sous-jacente l'un des codes ci-dessous comme code supplémentaire lorsque l'hémorragie ou le saignement n'est pas clairement désigné dans le titre du code :

- K92.0 *Hématémèse*
- K92.1 *Mélaena*
- K92.2 *Hémorragie gastro-intestinale, sans précision*



Exemple : Le diagnostic final inscrit au dossier du patient est « Gastrite aiguë avec hémorragie ».

Code	BDCP	SNISA	Description
K29.0	(M)	PP	Gastrite hémorragique aiguë

BS Exemple : Une patiente reçoit un diagnostic de mélaena causé par une diverticulite du gros intestin. Une coloscopie est pratiquée, et la patiente est traitée aux antibiotiques et au gluconate ferreux.

Code	BDCP	SNISA	Description
K57.3	(M)	PP	Diverticulose du côlon, sans perforation ni abcès
K92.1	(3)	AP	Mélaena

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient se présente pour des examens à la suite d'un saignement gastro-intestinal et que l'endoscopie ne révèle aucun saignement, sélectionnez un code de combinaison de la CIM-10-CA dont le titre contient les termes « avec saignement » ou « avec hémorragie ».

BS Toutefois, si un tel code de combinaison n'existe pas, codifiez l'affection sous-jacente et attribuez un code supplémentaire pour signaler la présence d'un saignement (K92.0, K92.1 ou K92.2).

BS Exemple : Une patiente se présente pour une coloscopie urgente à la suite d'un saignement gastro-intestinal inférieur. Le médecin inscrit au dossier « colite ulcéreuse ». Le rapport d'endoscopie ne signale pas de saignement, mais des lésions ulcéreuses sur des vaisseaux proéminents.

Code	BDCP	SNISA	Description
K51.9	(M)	PP	Rectocolite hémorragique [colite ulcéreuse], sans précision
K92.2	(3)	AP	Hémorragie gastro-intestinale, sans précision

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un patient est admis pour l'investigation ou le traitement d'une hémorragie et que, selon la documentation, il a eu d'autres épisodes d'hémorragies gastro-intestinales pendant son séjour à l'hôpital, n'attribuez pas le type de diagnostic (2) au code de la CIM-10-CA indiquant l'hémorragie gastro-intestinale.



Exemple : Un patient est admis par le service d'urgence à la suite d'une hématomèse. Sa femme affirme qu'il a vomi environ une demi-tasse de sang rouge vif. Au cours de son séjour, il a un autre épisode d'hématomèse. Plusieurs tests et examens diagnostiques sont effectués et le diagnostic final inscrit au dossier est « syndrome de Mallory Weiss ».

Code	BDCP	Description
K22.6	(M)	Syndrome de dilacération hémorragique gastroœsophagienne

Sélection des attributs pour les réparations de hernie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2005, 2006, 2008, 2012

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque le diagnostic ne représente pas une hernie pouvant être classée aux catégories K40 à K43 et K45 à K46, sélectionnez l'attribut « 0 » — **Non applicable** comme attribut de lieu obligatoire à 1.SY.80.^[^] *Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen.*

L'attribut de lieu à 1.SY.80.^[^] *Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen* est obligatoire, car il constitue le seul moyen de préciser que l'intervention est la réparation d'une hernie. L'attribut de lieu des hernies ventrales et incisionnelles varie en fonction de l'emplacement de la hernie.



Exemple : Un patient est admis par l'équipe de traumatologie. Il a subi une plaie pénétrante à la paroi abdominale au cours d'une bagarre dans une maison de jeunes. La victime a été attaquée avec un couteau. Les organes internes ne sont pas atteints. Le patient est conduit en salle d'opération où la blessure à la paroi abdominale est suturée.

Code	BDCP	Description
S31.190	(M)	Plaie ouverte d'une région non précisée de la paroi abdominale, sans complication
X99	(9)	Agression par objet tranchant
U98.28	(9)	Lieu de l'événement, école et autres institutions et lieux publics

1.SY.80.LA Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, approche ouverte, sans utilisation de tissu [p. ex. suture ou agrafes]

Situation : 0

Lieu : 0

Justification : Il ne s'agit pas de la réparation d'une hernie, car le diagnostic principal est un code de lésion traumatique. Par conséquent, l'attribut de lieu est « 0 ».



Exemple : Un patient est admis pour la réparation par suture d'une hernie incisionnelle au site de cholécystectomie antérieure.

Code	BDCP	SNISA	Description
K43.2	(M)	PP	Hernie incisionnelle, sans occlusion ni gangrène

1.SY.80.LA Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen, approche ouverte, sans utilisation de tissu [p. ex. suture ou agrafes]

Situation : 0

Lieu : UP

Justification : L'attribut de lieu est obligatoire avec un diagnostic de hernie pouvant être classé aux catégories K40 à K43 et K45 à K46. L'incision de cholécystectomie est située dans la partie supérieure de l'abdomen.

Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

Cellulite

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2006, 2018

Directives pour la BDCP et le SNISA

- BS** Classez une plaie ouverte avec cellulite associée comme étant une plaie ouverte avec « complication ».
- BS** Lorsque le traitement comprend l'administration d'**antibiotiques par voie intraveineuse**, la cellulite est considérée comme le diagnostic principal/problème principal et la lésion des tissus mous est enregistrée en tant que diagnostic secondaire/autre problème.
- BS** Lorsque le traitement comprend seulement la prise d'**antibiotiques oraux**, la lésion des tissus mous est considérée comme le diagnostic principal/problème principal, tandis que la cellulite est désignée comme une comorbidité/autre problème.
- BS** Attribuez un code supplémentaire des catégories B95 à B98 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres*, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsqu'un agent pathogène est précisé.

Exception

Attribuez un code des catégories B95 à B98 *Agents d'infections bactériennes, virales et autres*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsque l'agent pathogène est un micro-organisme résistant aux médicaments précis. Reportez-vous également à la norme de codification [Micro-organismes résistants aux médicaments](#).

Reportez-vous également à la norme de codification [Plaies ouvertes](#).

S Exemple : Une patiente s'est coupée à l'index gauche avec un couteau de cuisine à son domicile environ trois jours avant sa visite à l'hôpital. Elle se présente au service d'urgence avec une cellulite. On lui prescrit une antibiothérapie orale.

Code	SNISA	Description
S61.01	PP	Plaie ouverte de doigts sans lésion de l'ongle, avec complication
L03.00	AP	Cellulite des doigts
W26.0	AP	Contact avec un couteau, une épée ou un poignard
U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile

B Exemple : Environ 36 heures plus tôt, une femme s'est fait mordre à la main droite en tentant de mettre fin à une bagarre entre deux chiens. Elle présente maintenant une cellulite qui s'étend vers le haut du bras. Elle est admise à l'hôpital pour une antibiothérapie par voie intraveineuse.

Code	BDCP	Description
L03.10	(M)	Cellulite d'un membre supérieur
S61.91	(3)	Plaie ouverte du poignet et de la main, partie non précisée, avec complication
W54	(9)	Mordu ou heurté par un chien
U98.9	(9)	Lieu de l'événement, sans précision

S Exemple : Lors d'une randonnée dans les bois il y a deux jours, un jeune homme est tombé dans un ravin et a subi des lacérations mineures à la partie inférieure de la jambe. Il se présente au service d'urgence avec une cellulite et est traité par parage de la plaie, pose d'un pansement local et antibiothérapie par voie orale.

Code	SNISA	Description
S81.91	PP	Plaie ouverte de la jambe, partie non précisée, avec complication
L03.11	AP	Cellulite d'un membre inférieur
W17	AP	Autre chute d'un niveau à un autre
U98.8	AP	Autre lieu d'événement précisé

Ulcères de décubitus

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2022

Les ulcères de décubitus — également appelés « ulcères de pression », « plaies de pression », « plaies de lit », « plaies de décubitus » ou « escarre de décubitus » — constituent une affection évitable et une préoccupation nationale en matière de sécurité des patients. Les plaies chroniques comme les ulcères de décubitus peuvent être difficiles à traiter chez les patients atteints de multiples comorbidités, et augmentent la complexité des soins.

Des équipes multidisciplinaires de professionnels paramédicaux réglementés peuvent s'occuper de diagnostiquer et de gérer les ulcères de décubitus. En effet, en plus des médecins et des spécialistes (p. ex. chirurgiens plastiques), de nombreux professionnels paramédicaux réglementés peuvent participer au traitement des plaies lorsqu'un patient présente un ulcère de décubitus.

Un ulcère de décubitus peut être consigné au dossier par les professionnels paramédicaux réglementés suivants (liste non exhaustive) :

- Personnel responsable de la prévention des infections
- Ergothérapeutes
- Physiothérapeutes
- Personnel infirmier (p. ex. spécialistes cliniques du traitement des plaies, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées)
- Travailleurs sociaux

Directives pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de la catégorie L89 *Ulcère de décubitus [pression] et zone de pression*, **obligatoire**, chaque fois qu'un diagnostic d'ulcère de décubitus est consigné au dossier, peu importe la significativité.

- Attribuez le préfixe N, **obligatoire**, lorsque le diagnostic d'ulcère de décubitus est consigné par un professionnel paramédical réglementé.

Remarque

La consignation du diagnostic par **n'importe quel** professionnel paramédical réglementé est suffisante pour l'attribution d'un code d'ulcère de décubitus.

Remarque

L'attribution des types de diagnostics ainsi que du problème principal et des autres problèmes dépend de la documentation clinique et des circonstances de l'épisode de soins.

Remarque

L'objectif est d'attribuer un code pour l'ulcère de décubitus lorsque la consignation de cette affection est remarquée à l'examen de routine du dossier, et non de mener une recherche exhaustive de la documentation secondaire pour y trouver une référence à un ulcère de décubitus.

Remarque

Le préfixe N s'applique uniquement avec un code de la catégorie L89 *Ulcère de décubitus [pression] et zone de pression* lorsque le diagnostic d'ulcère de décubitus est **seulement** consigné par un professionnel paramédical réglementé.

N'attribuez pas le préfixe N lorsque le diagnostic d'ulcère de décubitus est inscrit au dossier par le médecin et que les notes d'un professionnel paramédical réglementé sont utilisées pour fournir des précisions (c.-à-d. le stade de l'ulcère de décubitus).

Pour plus de renseignements sur le préfixe N, reportez-vous au champ 01 du groupe 10 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et à l'élément de données 43 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.



Exemple : À son arrivée à l'hôpital, un patient présente une hypotension accompagnée de vomissements. Il est donc admis. Le diagnostic final consigné au dossier par le médecin est « sepsie due à un ulcère de décubitus infecté ». Le médecin indique que la sepsie est causée par la bactérie *Proteus mirabilis*. Le stade de l'ulcère n'est pas précisé par le médecin ni par un professionnel paramédical réglementé.

Code	BDCP	Description
A41.58	(M)	Sepsie à d'autres micro-organismes Gram négatif
B96.4	(3)	<i>Proteus</i> (<i>P. mirabilis</i>) (<i>P. morganii</i>), cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)
L89.9	(1)	Ulcère de décubitus et zone de pression, sans précision

Justification : Le médecin a consigné au dossier un diagnostic de sepsie due à un ulcère de décubitus. Le préfixe N ne s'applique **pas** à L89.9. L'ulcère de décubitus infecté constitue l'infection locale sous-jacente. Lorsque l'infection locale sous-jacente est consignée au dossier, il faut attribuer un code supplémentaire, **obligatoire**, comme type de diagnostic significatif. Reportez-vous également à la norme de codification [Septicémie/sepsie](#).

B Exemple : Un patient est hospitalisé en raison d'un ulcère de décubitus dans la région sacrée. Le diagnostic final consigné par le médecin est « escarre sacrée ». Le personnel infirmier indique au dossier qu'il s'agit d'un ulcère de stade IV.

Code	BDCP	Description
L89.3	(M)	Stade IV ulcère de décubitus [pression]

Justification : Le médecin a consigné un diagnostic final d'escarre sacrée. Il faut attribuer un code d'ulcère de décubitus comme diagnostic principal. Le préfixe N ne s'applique **pas**. Dans ce cas, les notes du personnel infirmier servent **uniquement** à préciser le diagnostic (c.-à-d. qu'il s'agit d'un ulcère de stade IV).

B Exemple : Un patient est hospitalisé en raison d'une pneumonie. Au quinzième jour, il est examiné par un spécialiste du traitement des plaies. Ce dernier inscrit au dossier que le patient présente un ulcère de décubitus coccygien de stade III. Le traitement consiste à nettoyer et à panser l'ulcère trois fois par jour.

Préfixe	Code	BDCP	Description
	J18.9	(M)	Pneumonie, sans précision
N	L89.2	(2)	Stade III ulcère de décubitus [pression]

Justification : Un ulcère de décubitus doit toujours être codifié lorsqu'il est consigné au dossier. Pour ce faire, il est acceptable d'utiliser les notes d'un professionnel paramédical réglementé. Le préfixe N est attribué, **obligatoire**, pour indiquer que le diagnostic a **seulement** été consigné par un professionnel paramédical réglementé. Le patient a été examiné par un spécialiste du traitement des plaies, et l'ulcère de décubitus satisfait aux critères de significativité. Comme l'affection s'est manifestée après l'admission, le type de diagnostic (2) s'applique.



Exemple : Un patient atteint de diabète sucré de type 2 non contrôlé se présente au service d'urgence. Le personnel infirmier au triage note que le patient présente un ulcère de décubitus chronique à la fesse gauche, près de la tubérosité ischiatique.

Préfixe	Code	SNISA	Description
	E11.64	PP	Diabète sucré de type 2 mal contrôlé, décrit ainsi
	E11.68	AP	Diabète sucré de type 2 avec autres complications précisées, non classées ailleurs
N	L89.9	AP	Ulcère de décubitus et zone de pression, sans précision

Justification : Un ulcère de décubitus doit toujours être codifié lorsqu'il est consigné au dossier. Pour ce faire, il est acceptable d'utiliser les notes d'un professionnel paramédical réglementé. Le préfixe N est attribué, **obligatoire**, pour indiquer que le diagnostic a **seulement** été consigné par un professionnel paramédical réglementé.

Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

Arthrose

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008, 2009

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS L'arthrose doit être classée comme « **primaire** » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal inscrit au dossier que l'arthrose

- est idiopathique;
- n'a aucune cause sous-jacente connue; ou
- est une maladie bilatérale au même site anatomique, si elle n'est pas identifiée comme secondaire ou post-traumatique.

BS L'arthrose doit être classée comme « **secondaire** » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal inscrit au dossier que l'arthrose

- est secondaire; ou
- elle est connue comme étant « causée par » une autre affection.

BS L'arthrose doit être classée comme « **post-traumatique** » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal documente un lien entre l'arthrose et une blessure précédente.

BS L'arthrose doit être classée comme « **sans précision** » lorsque le médecin ou le dispensateur de soins principal ne précise pas dans la documentation si l'affection est bilatérale, primaire, secondaire ou post-traumatique (p. ex. la documentation fait mention de l'arthrose, mais n'apporte aucune autre précision).

B Exemple : Un homme de 53 ans souffrant d'arthrose idiopathique au genou gauche est admis pour subir une arthroplastie totale du genou non urgente.

Code	BDCP	Description
M17.1	(M)	Autre gonarthrose primaire

B Exemple : Un homme de 22 ans est admis pour subir une arthroplastie totale du genou gauche en raison d'arthrose secondaire due au syndrome d'Ehlers-Danlos.

Code	BDCP	Description
M17.5	(M)	Autre gonarthrose secondaire
Q79.6	(3)	Syndrome d'Ehlers-Danlos

B Exemple : Un homme de 75 ans est admis pour subir une arthroplastie totale non urgente du genou gauche en raison d'arthrose secondaire dans le genou gauche, documentée comme étant due à une blessure sportive subie il y a longtemps.

Code	BDCP	Description
M17.3	(M)	Autre gonarthrose post-traumatique
T93.9	(3)	Séquelles de lésion traumatique du membre inférieur, sans précision (facultatif)
Y86	(9)	Séquelles d'autres accidents (facultatif)

B Exemple : Une femme de 75 ans est admise pour subir une arthroplastie totale du genou non urgente. Le diagnostic consigné au dossier est « arthrose dans le genou droit ».

Code	BDCP	Description
M17.9	(M)	Gonarthrose, sans précision

Justification : Il y a seulement « arthrose dans le genou droit » inscrit au dossier; ainsi, le code pour l'arthrose sans précision sera attribué. On ne peut présumer qu'il s'agit d'arthrose primaire uniquement parce qu'une cause connue n'a pas été consignée.

B Exemple : Une femme de 75 ans souffrant d'arthrose dans les deux hanches est admise afin de subir une arthroplastie de la hanche droite. La hanche gauche sera remplacée dans six mois.

Code	BDCP	Description
M16.0	(M)	Coxarthrose primaire, bilatérale

Justification : On présume que la maladie bilatérale est primaire lorsqu'aucune information dans le dossier n'indique qu'elle est attribuable à une autre cause.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient ayant subi une arthroplastie unilatérale dans le passé en raison d'un problème d'arthrose est admis pour le traitement d'une articulation contralatérale en raison d'arthrose du même type (primaire, secondaire, post-traumatique), sélectionnez le code approprié afin de préciser qu'il s'agit d'une maladie **bilatérale**.

La littérature clinique mentionne que même si une articulation a été remplacée, le patient n'est pas guéri et il est toujours considéré comme souffrant d'une maladie bilatérale lors des admissions ultérieures. Les maladies bilatérales qui ne sont pas spécifiées comme étant dues à une autre cause sont présumées être primaires.



Exemple : Un homme de 53 ans souffrant d'arthrose primaire dans les deux genoux est admis pour subir un parage (débridement) arthroscopique non urgent du genou gauche. L'arthrose dans le genou droit a été traitée il y a cinq ans grâce à une arthroplastie totale du genou.

Code	BDCP	Description
M17.0	(M)	Gonarthrose primaire, bilatérale
Z96.61	(3)	Présence d'une prothèse de genou (facultatif)



Exemple : Un homme de 64 ans souffrant d'arthrose primaire dans les deux hanches a eu un remplacement de la hanche gauche il y a un an. Il est maintenant admis pour une arthroplastie non urgente de la hanche droite.

Code	BDCP	Description
M16.0	(M)	Coxarthrose primaire, bilatérale
Z96.60	(3)	Présence d'une prothèse de hanche (facultatif)

Interventions connexes

Les **injections de cortisone**, un stéroïde, servent à soulager l'inflammation sévère et à réduire le gonflement.

Sélectionnez le code 1.^.^35.^.^ *Pharmacothérapie (locale)*.

La **viscosuppléance** est une intervention qui consiste à injecter un gel transparent dans le genou. Cette substance lubrifie le cartilage (un peu comme le fait l'huile dans un moteur), soulage la douleur et favorise une plus grande mobilité du genou.

Sélectionnez le code 1.^.^35.^.^ *Pharmacothérapie (locale)*.

Les **traitements chirurgicaux** de l'arthrose varient du parage (débridement) (sélectionnez le code 1.^.^87.^.^ *Excision partielle*) au remplacement d'une articulation par un composant de prothèse ou plus (sélectionnez le code 1.^.^53.^.^ *Implantation*).

Reportez-vous également aux normes de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#) et [Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés](#).

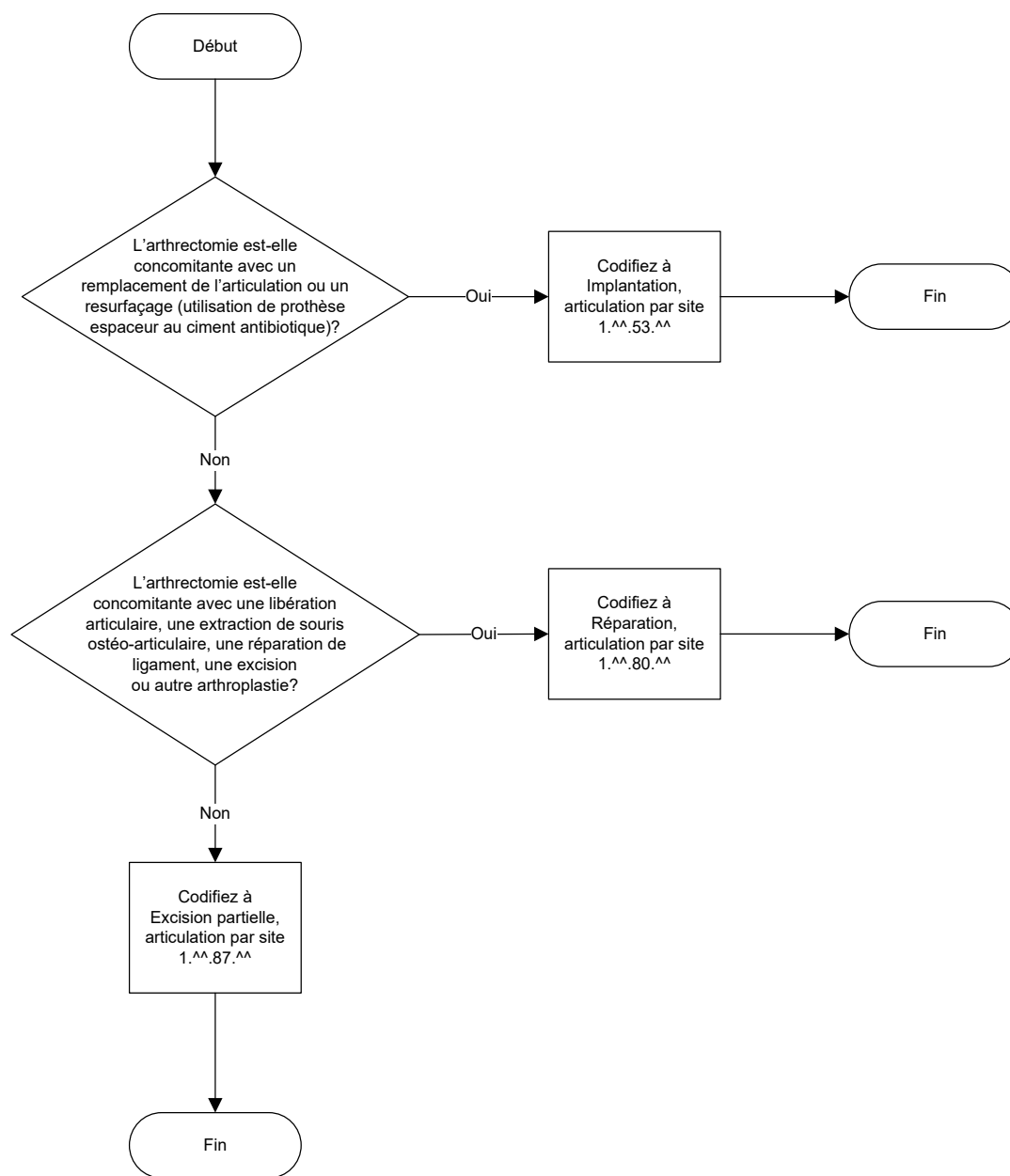
Arthrectomie et arthroplastie

En vigueur depuis 2001

Directive pour la BDCP et le SNISA



Codifiez l'arthrectomie comme une intervention distincte seulement lorsqu'elle ne fait pas partie d'une arthroplastie ou de la réparation d'une articulation.



Fractures

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2009, 2012

Fractures pathologiques

Les fractures pathologiques, également appelées « fractures par tassement » ou « fractures spontanées », touchent les os et les articulations affaiblis par une maladie préexistante.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'il n'existe pas de lésion traumatique connue permettant d'expliquer la fracture ou que le médecin établit clairement que la fracture est le résultat d'une maladie sous-jacente (comme une tumeur, l'ostéoporose, la maladie de Paget, un trouble endocrinien ou un trouble génétique, comme l'ostéogénèse imparfaite), classez la fracture comme pathologique.

BS Lorsqu'une catégorie combinée n'est pas disponible ou que la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique pas, attribuez un code pour la fracture pathologique et un autre pour la maladie sous-jacente à l'origine de la fracture.

- Attribuez d'abord le code correspondant à la fracture pathologique, ensuite le code de la maladie sous-jacente, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de fracture pathologique du fémur causée par la maladie de Paget.

Code	BDCP	SNISA	Description
M84.45	(M)	PP	Fracture pathologique, non classée ailleurs, région pelvienne et cuisse
M88.8	(3)	AP	Maladie de Paget d'autres os

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Appliquez la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque lorsque vous codifiez une fracture dans le cadre d'une maladie néoplasique.

Reportez-vous également à la norme de codification [Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque](#).

B **Exemple :** Un patient a reçu un diagnostic d'ostéosarcome à la jambe il y a deux ans. Il est maintenant admis pour une fracture pathologique du tibia gauche, que l'on traite par une fixation interne du tibia.

Code	BDCP	Description
C40.2†	(M)	Tumeur maligne des os longs du membre inférieur
M90.7*	(6)	Fracture osseuse au cours de maladie tumorale

BS **Exemple :** Une patiente est transportée à l'hôpital en détresse aiguë en raison d'un tassement vertébral. Elle présente des métastases osseuses. Elle a été atteinte d'un cancer au sein gauche, traité par mastectomie il y a trois ans.

Code	BDCP	SNISA	Description
C79.5†	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
M49.5*	(6)	AP	Tassement vertébral au cours de maladies classées ailleurs
Z85.31	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein gauche

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code de la catégorie combinée M80 *Ostéoporose avec fracture pathologique* pour les fractures attribuables à l'ostéoporose.

BS Lorsqu'une fracture est documentée comme étant traumatique chez un patient souffrant d'ostéoporose, attribuez un code du chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.

- Attribuez un code supplémentaire de la catégorie M81 *Ostéoporose sans fracture pathologique*, afin d'identifier l'ostéoporose existante.

La fracture pathologique ostéoporotique est désignée par un code unique de la catégorie M80 *Ostéoporose avec fracture pathologique*. Les codes de cette catégorie établissent clairement la relation de causalité entre la maladie et la fracture.

BS Exemple : Un homme de 80 ans se présente en raison d'une fracture à la hanche attribuable à l'ostéoporose. Il ne souffre d'aucun traumatisme significatif connu.

Code	BDCP	SNISA	Description
M80.95	(M)	PP	Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision, région pelvienne et cuisse

BS Exemple : Une femme de 70 ans souffrant d'ostéoporose glisse et fait une chute de plusieurs marches à son domicile. Les radiographies révèlent une fracture de la vertèbre lombaire L1.

Code	BDCP	SNISA	Description
S32.000	(M)	PP	Fracture d'une vertèbre lombaire, niveau L1, fermée
W10	(9)	AP	Chute dans et d'un escalier et de marches
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile
M81.9	(3)	AP	Ostéoporose, sans précision

Justification : Même si la patiente souffre d'ostéoporose, il y a eu un événement traumatique significatif qui a été documenté au dossier.

Fractures de stress

Les fractures de stress, également appelées fractures « de fatigue » ou « de marche », surviennent le plus souvent au niveau des métatarses, des hanches, des talons et du péroné ou du tibia. Les coureurs de fond, le personnel militaire, les personnes qui ont les pieds creux, ainsi que celles qui portent des chaussures sans semelles adéquates permettant d'absorber les chocs sont les plus exposées à ce type de fracture. Les fractures de stress sont dues à une sollicitation excessive qui provoque la fissure d'un os sain. Ce problème n'est souvent diagnostiqué qu'après la formation d'un cal osseux sur le site de la fracture.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une fracture de stress se produit au niveau des vertèbres, attribuez M48.4– *Fracture vertébrale de fatigue*. Pour tous les autres sites, attribuez M84.3– *Fracture par sollicitation excessive, non classée ailleurs*.

BS Exemple : Une patiente de 45 ans est admise. Une radiographie révèle une fracture de stress à une vertèbre de la région lombaire.

Code	BDCP	SNISA	Description
M48.46	(M)	PP	Fracture vertébrale de fatigue, région lombaire

BS Exemple : Un coureur de fond de 25 ans est admis. Une radiographie révèle une fracture de stress du péroné droit.

Code	BDCP	SNISA	Description
M84.36	(M)	PP	Fracture de fatigue ou de stress, non classée ailleurs, partie inférieure de la jambe

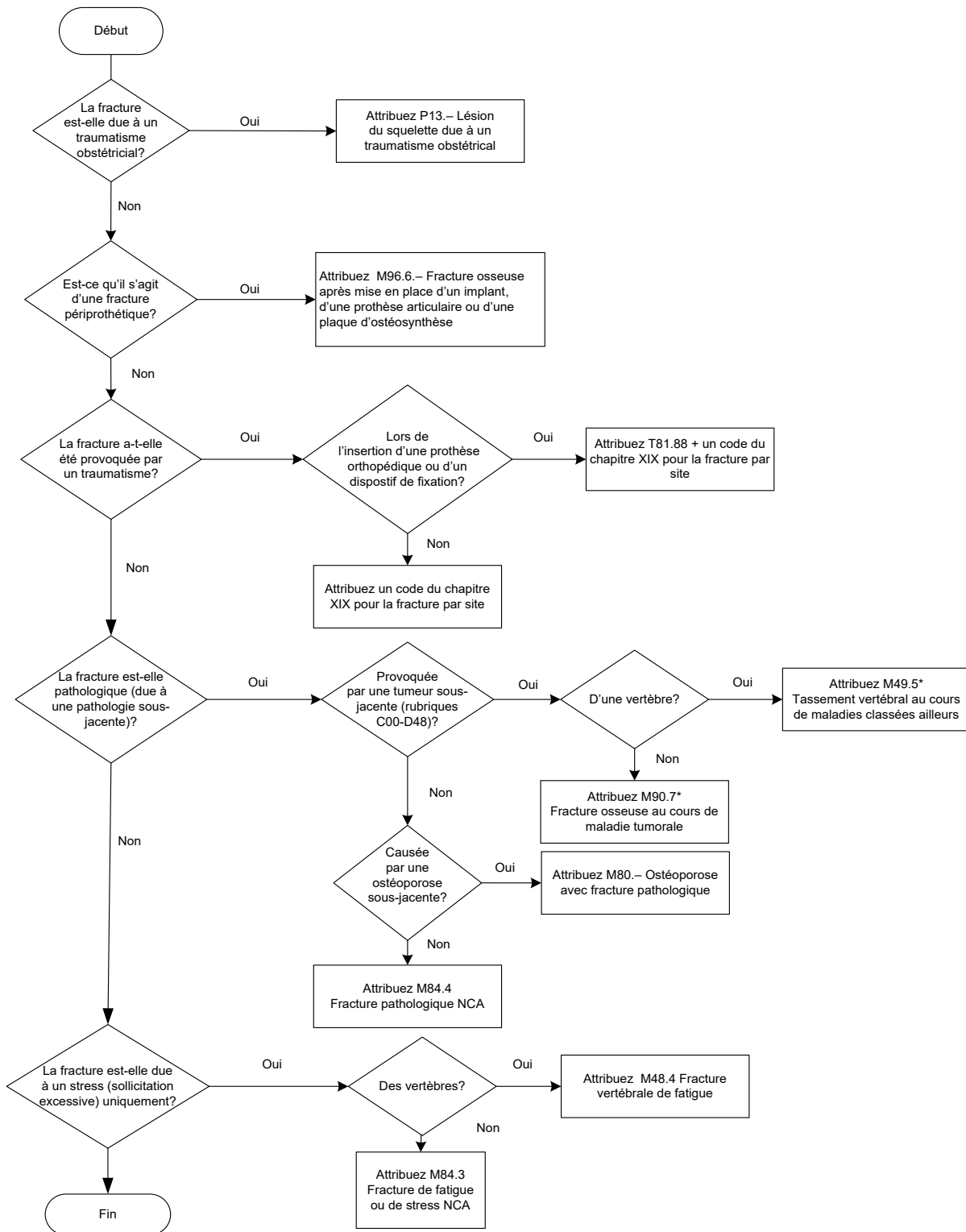
Directive pour la BDCP et le SNISA

ND Classez les fractures de stress ostéoporotiques à la catégorie M80 *Ostéoporose avec fracture pathologique* (n'attribuez pas M84.3– *Fracture par sollicitation excessive, non classée ailleurs*).

BS Exemple : Des fractures de stress des vertèbres D11 et D12 sont mises en évidence par radiographie chez une femme de 65 ans souffrant d'ostéoporose vertébrale.

Code	BDCP	SNISA	Description
M80.98	(M)	PP	Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision, autre site

Fractures



Remarque

* Codes de manifestation devant être associés à un code supplémentaire désignant la maladie sous-jacente (code à dague).

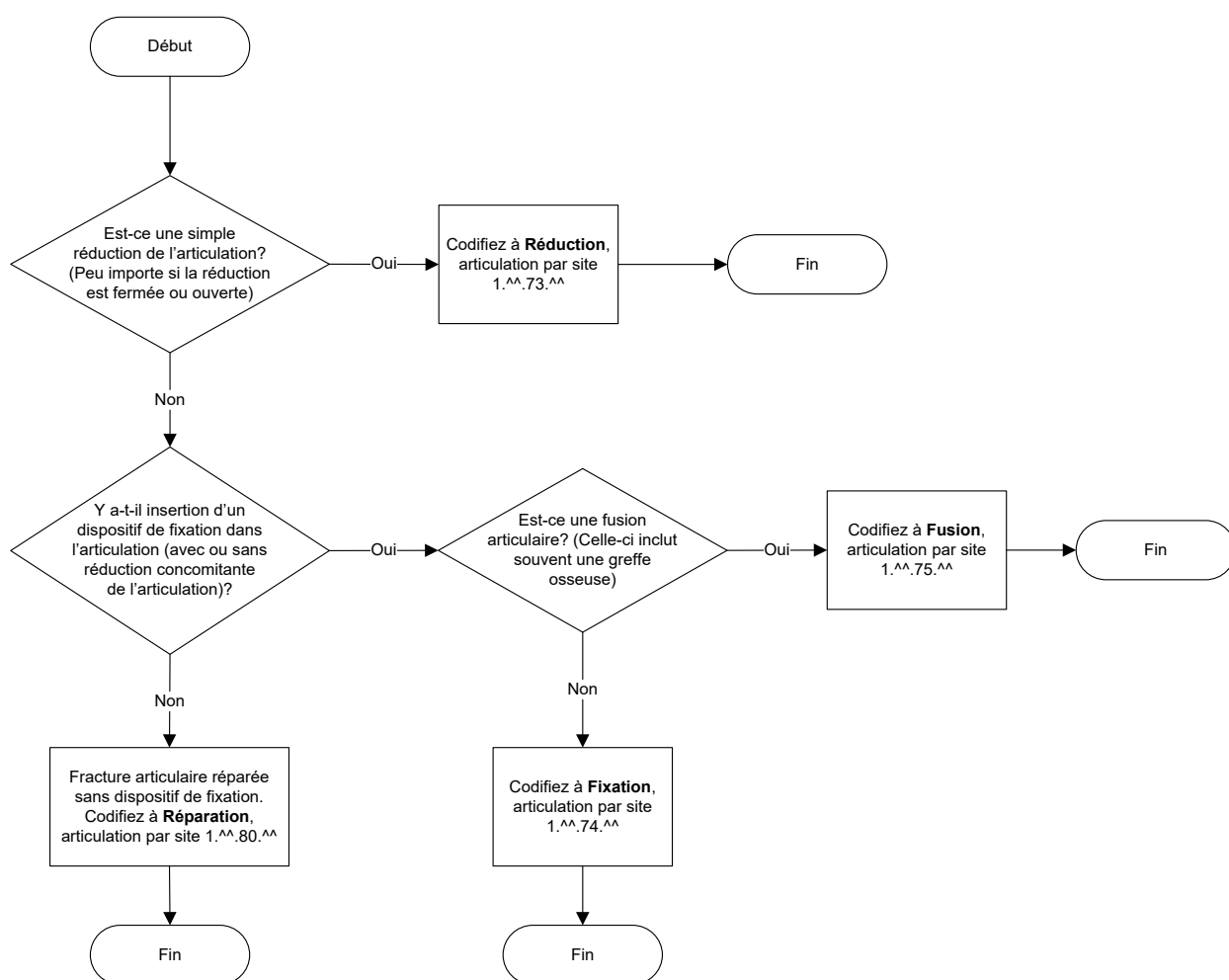
Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une intervention est pratiquée pour corriger une fracture et que celle-ci touche une partie de l'os qui forme l'articulation, attribuez un code de la CCI dans lequel le site anatomique fait référence à une articulation.



Remarque

La présente norme de codification s'applique à toutes les articulations, y compris les vertèbres.

Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau

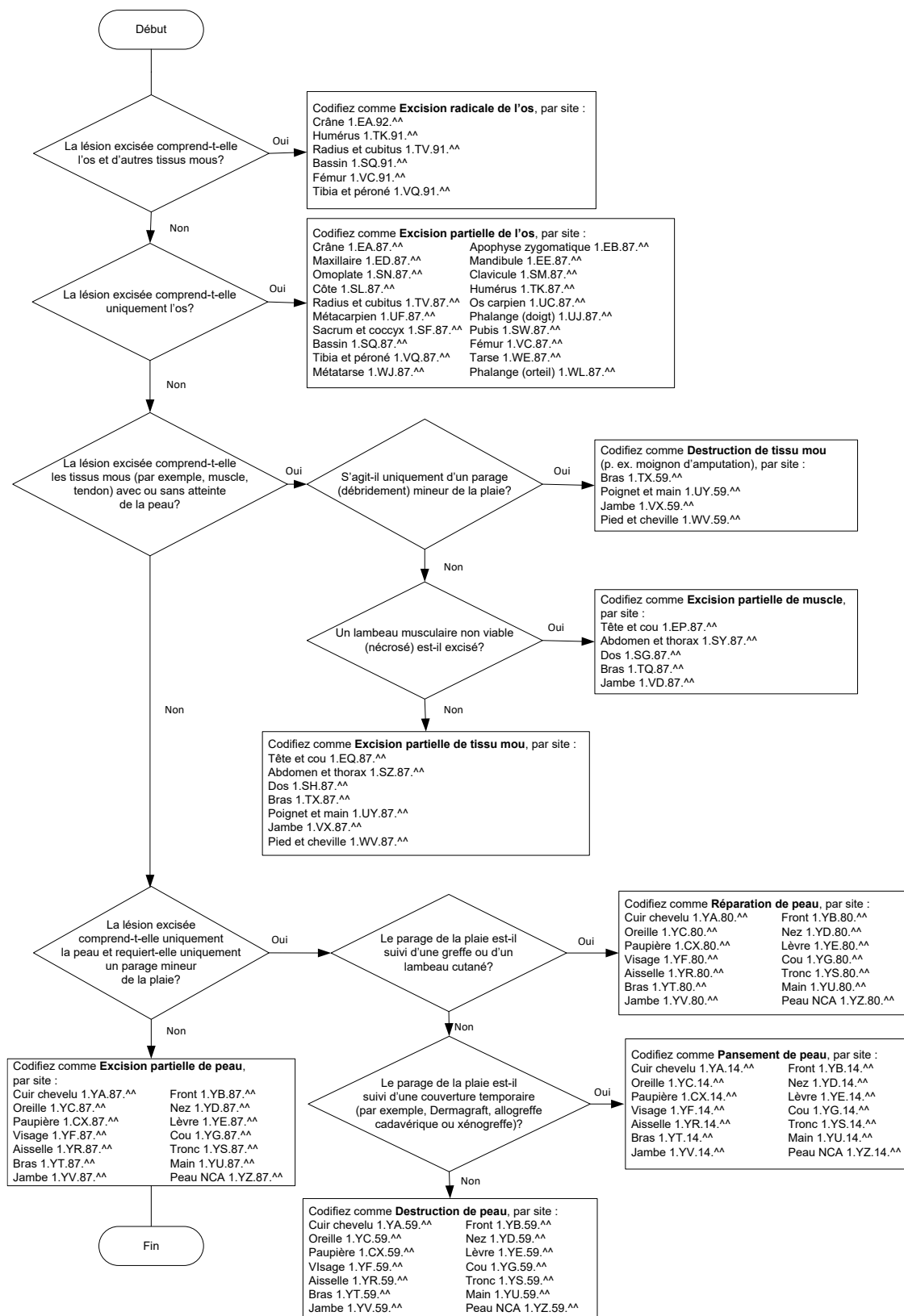
En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directives pour la BDCP et le SNISA

- BS** Lorsque l'excision d'une lésion comprend le retrait de tissus mous et d'os, attribuez un code de la CCI avec une intervention générique se rapportant à l'**excision radicale de l'os**.
- BS** Lorsqu'une intervention touche la peau et des tissus mous, attribuez un code de la CCI faisant référence au site anatomique des tissus mous.
- BS** Lorsque l'excision des tissus mous d'une lésion a pour objectif un parage (débridement) mineur seulement, attribuez un code de la CCI avec une intervention générique se rapportant à la **destruction des tissus mous**.
- BS** Lorsque l'excision des tissus mous vise à retirer une lésion, attribuez un code de la CCI avec une intervention générique faisant référence à l'**excision partielle des tissus mous**.

Dans la CCI, une excision limitée à un muscle est considérée comme le retrait d'un lambeau musculaire non viable placé auparavant, et elle est classée à « excision partielle d'un muscle, selon le site ». Tout autre type d'excision de lésion d'un muscle est présumé inclure d'autres tissus mous (comme la peau, le tissu sous-cutané, l'aponévrose et le tendon); ces excisions sont donc classées en conséquence.

Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau



Rétrécissement du canal médullaire

En vigueur depuis 2008

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le diagnostic inscrit au dossier est « rétrécissement du canal médullaire » ou « sténose foraminale » et que la cause sous-jacente est documentée, attribuez un code à la cause sous-jacente, mais n'attribuez pas M48.0– *Rétrécissement du canal médullaire*.

BS Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier est « rétrécissement du canal médullaire » ou « sténose foraminale » et que la cause sous-jacente n'est pas documentée, attribuez M48.0– *Rétrécissement du canal médullaire*.

BS Attribuez un code supplémentaire de la catégorie G55* *Compression des racines et des plexus nerveux au cours de maladies classées ailleurs* pour toute forme de radiculopathie documentée au dossier, ce qui comprend les termes suivants :

- névrite;
- radiculite;
- sciatique;
- compression des racines nerveuses.

BS Attribuez un code supplémentaire G99.2* *Myélopathies au cours de maladies classées ailleurs* pour toute forme de myélopathie documentée au dossier.

BS N'attribuez pas de codes de la catégorie M99 *Lésions biomécaniques, non classées ailleurs* sur les abrégés soumis à la BDCP ou au SNISA. Consultez la remarque sous la catégorie M99 *Lésions biomécaniques, non classées ailleurs* de la CIM-10-CA.



Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de rétrécissement du canal médullaire résultant d'une dégénérescence des facettes articulaires lombaires. Il démontre aussi des signes de radiculopathie dans ses membres inférieurs.

Code	BDCP	SNISA	Description
M47.26	(M)	PP	Autre spondylarthrose avec radiculopathie, région lombaire
G55.2*	(3)	AP	Compression des racines et des plexus nerveux au cours de spondylarthroses

Justification : La dégénérescence des facettes articulaires lombaires (spondylarthrose) est dite responsable du rétrécissement du canal médullaire. Comme la cause sous-jacente est précisée au dossier, M48.0– *Rétrécissement du canal médullaire* n'est pas requis.



Exemple : Un patient est admis pour subir une foraminotomie visant à décompresser un rétrécissement du canal médullaire dans la région lombo-sacrée. Selon son dossier, il souffre également de sciatique.

Diagnostic final : Sténose foraminale avec sciatique

Code	BDCP	Description
M48.07	(M)	Rétrécissement du canal médullaire, région lombo-sacrée
G55.3*	(3)	Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies

Justification : Le médecin n'a pas documenté la cause sous-jacente de la sténose foraminale. En présence de rétrécissement du canal médullaire, la sciatique est classée sous radiculopathie.

Remarque

Lorsqu'aucune cause sous-jacente n'est précisée au dossier concernant le rétrécissement du canal médullaire, il est recommandé de demander une clarification au médecin traitant.

Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire

Reportez-vous également à la norme de codification [Hypertension et affections associées](#).

Stades de la maladie rénale chronique

En vigueur depuis 2009

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un code de la catégorie N18 *Maladie rénale chronique* est attribué, sélectionnez le code de diagnostic en fonction de l'information clinique apparaissant au dossier et mentionnant le stade de la maladie, et non selon le taux de filtration glomérulaire (TFG).

- Lorsque le stade de la maladie rénale chronique ne figure pas dans le dossier, attribuez N18.9 *Maladie rénale chronique, sans précision*.

Remarque

Les stades de la maladie rénale chronique reposent sur un diagnostic clinique qui comprend la surveillance du taux de filtration glomérulaire (TFG) sur plusieurs mois. La classification de la maladie rénale chronique est donc effectuée en fonction du diagnostic clinique du stade de la maladie et non d'une valeur précise du TFG.



Exemple : Une patiente au stade 3 (avancé) d'une maladie rénale chronique est admise en raison d'une aggravation de ses symptômes. Son TFG est de 17 mL/min.

Code	BDCP	SNISA	Description
N18.3	(M)	AP	Maladie rénale chronique, stade 3

Justification : N18.3 est attribué en fonction du stade 3 consigné. Bien que le TFG de 17 mL/min fasse partie des valeurs comprises dans le code N18.4 *Maladie rénale chronique, stade 4*, on utilise le stade consigné (stade 3) pour l'attribution du code.

BS Exemple : Un patient est admis en raison de signes et de symptômes d'aggravation de l'insuffisance rénale. Le médecin consigne un diagnostic final d'insuffisance rénale chronique.

Code	BDCP	SNISA	Description
N18.9	(M)	PP	Maladie rénale chronique, sans précision



Épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2015, modifié en 2022

Lorsqu'une lésion rénale aiguë (c.-à-d. une insuffisance rénale aiguë plutôt qu'une lésion traumatique du rein) et une maladie rénale chronique (c.-à-d. une insuffisance rénale chronique plutôt qu'un état chronique précis affectant le rein) surviennent ensemble, elles peuvent être décrites en tant qu'épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique. Toutefois, la lésion rénale aiguë et la maladie rénale chronique sont deux pathologies distinctes qui sont classées séparément.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la lésion rénale aiguë (insuffisance rénale aiguë) et la maladie rénale chronique (insuffisance rénale chronique) sont documentées et qu'un code est attribué pour la lésion rénale aiguë, attribuez un code pour la maladie rénale chronique (N18.– ou N08.3–*), obligatoire, peu importe la significativité.

Remarque

Suivez les instructions d'utilisation d'un code supplémentaire dans les cas suivants :

- Catégorie N18 *Maladie rénale chronique* : « Utiliser un code supplémentaire pour identifier une maladie associée »;
- Les blocs *Glomérulopathies* (N00-N08) et *Maladies rénales tubulo-interstitielles* (N10-N16) : « Utiliser un code supplémentaire pour identifier une maladie rénale chronique associée (N18.–) ».

Reportez-vous également à la norme de codification [Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée](#).

Remarque

L'amélioration de la version canadienne apportée à N08.3—* *Glomérulopathie au cours du diabète sucré* (E10-E14†, dont le quatrième caractère est .2), répond à la nécessité d'attribuer un code pour l'insuffisance rénale chronique chez un patient présentant un épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique avec diabète sucré. Par conséquent, un code de la catégorie N18 **n'est pas** requis lorsque N08.3—* est attribué.



Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de nécrose tubulaire aiguë à la suite de la réparation d'un anévrisme aortique abdominal (pontage). Il est également sous hémodialyse en raison d'une insuffisance rénale terminale. Le patient est vu par un néphrologue, et les traitements par hémodialyse sont ajustés jusqu'à ce que le niveau de créatinine retourne à son niveau de base.

Préfixe	Code	BDCP	Série	Description
6	N99.0	(2)	A	Insuffisance rénale postintervention
	N17.0	(3)	A	Insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire
	Y83.2	(9)	A	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
	N18.5	(1)		Maladie rénale chronique, stade 5

Justification : L'insuffisance rénale aiguë (nécrose tubulaire aiguë) et l'insuffisance rénale terminale (insuffisance rénale chronique) sont documentées. Les codes liés à l'insuffisance rénale aiguë postintervention (N99.0, N17.0 et Y83.2) sont attribués; de plus, N18.5 est attribué pour l'insuffisance rénale chronique, obligatoire, peu importe la significativité.



Exemple : Une patiente se plaignant de malaise est admise par le service d'urgence. Elle souffre de diabète sucré 2 avec insuffisance rénale chronique et prend de la metformine. Son niveau de créatinine augmente soudainement. Son médicament antidiabétique est modifié et un traitement de dialyse débute. Le niveau de créatinine retourne à son niveau de base. La dialyse est arrêtée. La patiente obtient son congé. Le diagnostic final est un épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique, attribué à la prise de la metformine.

Code	BDCP	Série	Description
N17.9	(M)	A	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
N14.1	(1)	A	Néphropathie due à d'autres drogues, médicaments et substances biologiques
Y42.3	(9)	A	Insuline et hypoglycémifiants oraux [antidiabétiques] ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
E11.23†	(3)		Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
N08.39*	(3)		Glomérulopathies non précisées au cours du diabète sucré

Justification : L'insuffisance rénale aiguë et l'insuffisance rénale chronique sont documentées. Les codes liés à l'insuffisance rénale aiguë et à la néphrotoxicité associée à la prise de metformine en tant qu'effet indésirable au cours de l'usage thérapeutique (N17.9, N14.1 et Y42.3) sont attribués. Les codes liés à l'insuffisance rénale chronique avec diabète sucré (E11.23 et N08.39) sont attribués, obligatoire, peu importe la significativité.

N08.39 répond au critère d'attribuer un code pour l'insuffisance rénale chronique; par conséquent, un code de la catégorie N18 n'est pas requis.



Exemple : Une patiente atteinte de glomérulonéphrite sclérosante diffuse chronique et d'insuffisance rénale au stade 5 est admise pour la réparation d'un anévrisme aortique abdominal (pontage). Après l'intervention, le niveau de créatinine augmente au-dessus du niveau de base. Elle est vue en consultation par un néphrologue qui pose le diagnostic d'insuffisance rénale aiguë postintervention. Le néphrologue recommande un plan de traitement précis.

Préfixe	Code	BDCP	Série	Description
6	N99.0	(2)	A	Insuffisance rénale postintervention
	N17.9	(3)	A	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
	Y83.2	(9)	A	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
	N18.5	(3)		Maladie rénale chronique, stade 5

Justification : L'insuffisance rénale aiguë et l'insuffisance rénale au stade 5 (insuffisance rénale chronique) sont documentées. Les codes liés à l'insuffisance rénale aiguë postintervention (N99.0, N17.9 et Y83.2) sont attribués; de plus, N18.5 est attribué pour l'insuffisance rénale chronique, obligatoire, peu importe la significativité.



Exemple : Un patient atteint d'insuffisance rénale chronique à la suite d'une glomérulonéphrite membraneuse diffuse chronique se présente avec un œdème, une tension artérielle élevée et un niveau de créatinine bien au-dessus du niveau de base. À son admission, un traitement par diurétiques est commencé et on observe la quantité de liquide prise et évacuée.

Diagnostic final : Épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique

Code	BDCP	Description
N17.9	M	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
N18.9	3	Maladie rénale chronique, sans précision
N03.2	3	Syndrome néphritique [néphrétique] chronique, glomérulonéphrite membraneuse diffuse

Justification : L'insuffisance rénale aiguë et l'insuffisance rénale chronique (maladie rénale chronique) sont documentées. Le code lié à l'insuffisance rénale aiguë, N17.9, est attribué. N18.9 est attribué pour l'insuffisance rénale chronique, obligatoire, peu importe la significativité; de plus, N03.2 est attribué pour la cause sous-jacente, selon la directive « Utiliser un code supplémentaire pour identifier une maladie associée » à la catégorie N18.

Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2003, 2006, 2009

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsque la péritonite se produit suite à une dialyse, mais qu'elle n'est pas attribuable au cathéter de dialyse, classez l'infection à T80.2 *Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion*.



Lorsque le médecin documente un lien de causalité, indiquant la péritonite comme étant attribuable au **cathéter** de dialyse, classez la péritonite à T85.7 *Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes*.



Attribuez un code supplémentaire de la catégorie K65.— *Péritonite*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, afin de préciser l'infection.

Reportez-vous également aux normes de codification [Micro-organismes résistant aux médicaments](#), [Affections post-intervention](#) et [Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes](#).

Une infection du point d'émergence cutané d'un cathéter de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) ne peut être présumée être la cause d'une péritonite et ne résulte pas toujours en une péritonite. Le médecin doit avoir précisé au dossier qu'il existe une relation de cause à effet entre les deux affections pour que la codification des deux soit justifiée. La péritonite peut être causée par l'introduction de bactéries dans le péritoine au cours de la dialyse, mais elle n'est pas toujours associée à une infection du site d'emplacement du cathéter. Ce problème est généralement lié au non-respect de la méthode de stérilisation du patient. Cependant, si le patient souffre d'une infection chronique du point d'émergence, il est plus à risque de développer une péritonite causée par le même organisme. Les organismes infectieux les plus fréquents sont le pneumocoque et le staphylocoque.

BS Exemple : Un patient sous dialyse péritonéale présente une péritonite aiguë (péritonite de DPCA). Il n'y a aucune mention au dossier que l'infection pourrait être due au cathéter de dialyse.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T80.2	(M)	PP	A	Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion
K65.0	(3)	AP	A	Péritonite aiguë
Y84.1	(9)	AP	A	Dialyse rénale, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention



Exemple : Un patient souffre d'une péritonite due à une infection du point d'émergence cutané du cathéter de dialyse péritonéale. Le médecin demande le prélèvement de cultures de la peau et du liquide péritonéal (culture positive pour le staphylocoque) afin de confirmer l'agent pathogène de la péritonite.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T85.7	(M)	PP	A	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes
K65.9	(3)	AP	A	Péritonite, sans précision
B95.8	(3)	AP	A	Staphylocoque non précisé, cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)
Y84.1	(9)	AP	A	Dialyse rénale, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Ménorragie comme diagnostic principal

En vigueur depuis 2006

La ménorragie (saignement de l'utérus) peut être attribuable à une variété de causes (comme la cause hormonale) et, dans la grande majorité des cas, la cause est inconnue ou n'est pas complètement expliquée. La ménorragie pourrait être la principale raison pour laquelle une hystérectomie est pratiquée.

Même lorsqu'ils sont gros, les léiomyomes utérins (également nommés fibromes ou fibromyomes) peuvent être asymptomatiques. Les symptômes dépendent du nombre de léiomyomes, de leur taille, de leur emplacement dans l'utérus et de leur état (s'ils grossissent ou dégénèrent). Les symptômes possibles peuvent être des saignements menstruels importants ou prolongés ou des saignements entre les menstruations, de la douleur, de la pression ou un sentiment de lourdeur dans la région pelvienne pendant ou entre les menstruations, un besoin plus fréquent d'uriner et une tuméfaction dans l'abdomen.

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), les léiomyomes utérins en eux-mêmes ne sont pas une raison pour procéder à une hystérectomie ou à une embolisation. Le pourcentage de léiomyomes symptomatiques est très faible et les fibromes ne correspondent souvent qu'à des découvertes fortuites sur le rapport de pathologie. Lorsqu'il est documenté au dossier que le léiomyome est la cause de la douleur ou du saignement utérin excessif, il devient le diagnostic principal.

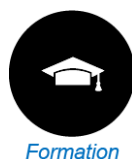
Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'une patiente se présente pour subir une hystérectomie en raison d'une ménorragie, sélectionnez le diagnostic principal en fonction du diagnostic final posé par le médecin traitant. Il ne faut pas supposer que les diagnostics figurant sur le rapport de pathologie sont la cause sous-jacente de la ménorragie, car ils peuvent simplement être des découvertes fortuites.

B Exemple : Une patiente présentant une ménorragie subit une hystérectomie. Le rapport de pathologie révèle des léiomyomes utérins. Le médecin inscrit un diagnostic final de ménorragie sur la feuille sommaire.

Code	BDCP	Description
N92.0	(M)	Menstruation trop abondante et trop fréquente avec cycle menstruel régulier
D25.9	(3)	Léiomyome de l'utérus, sans précision

Justification : Les léiomyomes sont signalés uniquement sur le rapport de pathologie et ne sont pas inclus dans le diagnostic final posé par le médecin. Il est facultatif de les codifier en tant que diagnostic de type (3).



Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité

Reportez-vous également à la norme de codification [Diabète sucré](#).

Comme les naissances ont habituellement lieu en milieu hospitalier, tous les énoncés et exemples se rapportent aux abrégés de la Base de données sur les congés des patients (BDCP). Les cas d'obstétrique se terminant par un avortement sont identifiés comme pouvant s'appliquer tant à la BDCP qu'au SNISA.

Sélection du sixième caractère pour la codification de l'obstétrique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

Le sixième caractère apparaissant dans tous les codes des catégories O10 à O99 permet de préciser la période (antepartum, intrapartum ou postpartum) au cours de laquelle la patiente reçoit des soins, et si l'accouchement a eu lieu ou non au cours de cet épisode de soins.

Directive pour la BDCP seulement



Sélectionnez le sixième caractère « 1 » — **Accouchement**, avec ou sans mention de troubles antepartum, lorsque l'accouchement se produit au cours de l'épisode de soins en question et que le trouble est survenu avant ou pendant l'accouchement.



Exemple : Une patiente atteinte de diabète gestationnel est admise à 38 semaines de gestation. Elle donne naissance à un garçon en santé et obtient son congé.

Code	BDCP	Description
O24.801	(M)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Directive pour la BDCP seulement

B Sélectionnez le sixième caractère « 2 » — **Accouchement**, avec mention de complications post-partum, lorsque l'accouchement se produit au cours de l'épisode de soins en question et que le trouble est survenu après l'accouchement.

B Exemple : Une patiente est admise à 39 semaines de gestation. Elle donne naissance à un garçon en santé par accouchement spontané par voie vaginale. Elle subit une hémorragie post-partum en raison d'une rétention du placenta. Elle obtient son congé quatre jours plus tard.

Code	BDCP	Description
O72.002	(M)	Hémorragie de la délivrance (troisième stade), accouchement, avec mention de complications post-partum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Directive pour la BDCP seulement

B Sélectionnez le sixième caractère « 3 » — Troubles ou complications **antepartum** lorsque la patiente est admise pour le traitement d'un trouble antepartum. La patiente n'accouche pas au cours de l'épisode de soins et est toujours enceinte au moment de sa sortie.

B Exemple : Une patiente qui en est à sa 14^e semaine de grossesse se présente à l'hôpital en raison d'une hyperémèse gravidique. Elle obtient son congé sans avoir accouché.

Code	BDCP	Description
O21.003	(M)	Hyperémèse gravidique bénigne, troubles ou complications antepartum

Directive pour la BDCP seulement

B Sélectionnez le sixième caractère « 4 » — Troubles ou complications **post-partum** lorsque la patiente est admise pour le traitement d'un trouble ou d'une complication post-partum survenu à la suite de l'accouchement. L'accouchement a eu lieu au cours d'un épisode antérieur ou à l'extérieur de l'hôpital et la mère est admise pour être mise en observation ou pour recevoir des soins.

La période post-partum s'étend sur six semaines après l'accouchement, à moins d'indication contraire dans la documentation. En d'autres mots, si le médecin qualifie un problème de « trouble post-partum », mais que la période post-partum est terminée, le problème doit tout de même être classé comme un trouble post-partum.

B Exemple : À 38 semaines de grossesse, une patiente donne naissance à un garçon en santé par accouchement spontané par voie vaginale, avec épisiotomie. Elle obtient son congé le deuxième jour de la période post-partum. Elle est maintenant réadmise en raison d'une déhiscence de plaie après épisiotomie.

Code	BDCP	Description
O90.104	(M)	Rupture d'une suture obstétricale du périnée, troubles ou complications post-partum

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Sélectionnez le sixième caractère « 9 » — Épisode de soins **non précisé** ou sans objet seulement lorsque la grossesse se termine par un avortement. Si tel est le cas, attribuez un code supplémentaire des catégories O10 à O99 pour décrire tout trouble obstétrical présent au moment de l'avortement.

B Exemple : Une patiente demande à subir un avortement médical en raison d'anomalies fœtales connues. Une échographie a permis de déterminer que le fœtus est atteint de spina bifida avec hydrocéphalie.

Code	BDCP	Description
O04.9	(M)	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
O35.039	(1)	Soins maternels pour spina bifida (présumé) du fœtus avec hydrocéphalie, épisode de soins non précisé ou sans objet

Combinaisons de sixièmes caractères permis

L'utilisation de plusieurs codes est fréquente en obstétrique, car une patiente présente souvent plus d'un trouble pouvant influencer sur l'épisode obstétrical. Des sixièmes caractères différents peuvent être utilisés dans les codes obstétricaux lorsqu'une patiente accouche et qu'elle présente des troubles à la fois prénataux ou périnataux *et* postnataux. Cependant, en toute logique, certaines combinaisons de sixièmes caractères ne sont pas possibles pour un même épisode de soins.

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez seulement les combinaisons de sixièmes caractères suivantes sur les abrégés.

Sixième caractère	Attribuer	Ne jamais attribuer
1	seul ou avec « 2 »	avec « 3 », « 4 » ou « 9 »
2	seul ou avec « 1 »	avec « 3 », « 4 » ou « 9 »
3	seul	avec tout autre sixième caractère
4	seul	avec tout autre sixième caractère
9	seul	avec tout autre sixième caractère

Remarque

Certaines affections obstétricales ne surviennent qu'à un seul moment au cours de la période obstétricale. Par exemple, le placenta prævia ne peut survenir qu'au cours de la période prénatale (seuls les sixièmes caractères 1, 3 et 9 s'appliquent). D'autres affections obstétricales, comme l'hypertension, peuvent par contre se déclarer à n'importe quel moment au cours de la grossesse et persister après l'accouchement (n'importe quel sixième caractère s'applique).

N'oubliez pas de lire attentivement toutes les inclusions et exclusions. Dans certaines circonstances, la CIM-10-CA offre des catégories distinctes pour des affections pouvant survenir avant ou après la naissance (p. ex. la phlébothrombose).

Les exemples qui suivent illustrent l'utilisation correcte des sixièmes caractères « 1 » et « 2 ».

B Exemple : Une patiente est admise en travail pour une naissance gémellaire. Le deuxième jour suivant l'accouchement, elle développe une hémorragie post-partum, suivie d'une phlébothrombose profonde.

Code	BDCP	Description
O30.001	(M)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O72.202	(2)	Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire, accouchement, avec mention de complications post-partum
O87.102	(2)	Phlébothrombose profonde au cours de la puerpéralité, accouchement, avec mention de complications post-partum
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

B Exemple : La patiente accouche par césarienne en raison d'une dystocie attribuable à une présentation du siège. Une déhiscence de la plaie de la césarienne est diagnostiquée avant le congé de la patiente.

Code	BDCP	Description
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O90.002	(2)	Rupture d'une suture de césarienne, accouchement, avec mention de complications post-partum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Le sixième caractère « 3 » — troubles ou complications antepartum — doit être utilisé seul.

B Exemple : Une patiente en est à sa 30^e semaine de grossesse. Elle est admise avec un diabète gestationnel. Son état est surveillé pendant trois jours; elle obtient son congé dans un état satisfaisant, sans toutefois avoir accouché.

Code	BDCP	Description
O24.803	(M)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), troubles ou complications antepartum

Le sixième caractère « 4 » — troubles ou complications post-partum — doit être utilisé seul.

B Exemple : Une patiente a donné naissance à un garçon en santé il y a deux semaines. Elle a obtenu son congé à sa deuxième journée post-partum. Elle allaite son bébé et se présente pour un abcès au sein droit.

Code	BDCP	Description
O91.104	(M)	Abcès du sein associé à l'accouchement, troubles ou complications post-partum

Le sixième caractère « 9 » — épisode de soins non précisé ou sans objet — doit être utilisé seul.

BS Exemple : Une patiente a reçu un diagnostic de cancer des ovaires lors de sa huitième semaine de grossesse. Elle a subi une série de séances de radiothérapie visant à réduire le volume de la tumeur. À la suite d'une discussion avec son radio-oncologue concernant les risques possibles de la radiothérapie pour le fœtus, la patiente décide d'interrompre sa grossesse. Elle se présente maintenant pour subir un avortement médical.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
O35.609	(1)	AP	Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à une irradiation, épisode de soins non précisé ou sans objet

Reportez-vous également à la norme de codification [Grossesse se terminant par un avortement](#).

Séquence des codes de diagnostic en obstétrique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007

Lorsque vous déterminez le diagnostic principal dans les cas de soins obstétricaux, la définition du typage de diagnostic s'applique (reportez-vous également à la norme de codification [Définition des types de diagnostic selon la BDCP](#)). Les directives ci-dessous aident à mettre en application la définition de diagnostic principal dans certains cas de soins obstétricaux.

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un épisode de soins inclut un accouchement vaginal spontané sans utilisation d'instruments, mais que la mère a été admise pour un trouble antepartum qui a nécessité un traitement d'au moins cinq jours avant la naissance, considérez ce trouble comme le diagnostic principal.

Un trouble antepartum qui prolonge la durée du séjour avant l'accouchement d'au moins cinq jours est considéré comme utilisant plus de ressources que l'accouchement lui-même, lorsqu'il s'agit d'un accouchement de routine par voie vaginale.

B Exemple : Une patiente admise avec de l'hypertension gestationnelle et traitée par repos complet au lit accouche d'un garçon au sixième jour suivant son admission, avec assistance manuelle et sans épisiotomie. La patiente a une déchirure obstétricale du périnée au premier degré, qui est réparée.

Code	BDCP	Description
O13.001	(M)	Hypertension gestationnelle [induite par la grossesse], accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
O70.001	(1)	Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.50.AA Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie

5.PC.80.JP Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, de la partie inférieure du vagin ou de la vulve

Justification : O13.001 est sélectionné comme diagnostic principal puisqu'il représente la plus grande partie du séjour de la patiente.



Exemple : Une patiente admise avec une grossesse à terme souffre d'hypertension gestationnelle. Le travail est déclenché au moyen d'une injection intraveineuse d'ocytocine. La patiente accouche d'un garçon avec assistance manuelle, sans épisiotomie. Une déchirure obstétricale du périnée au premier degré est réparée.

Code	BDCP	Description
O13.001	(M)	Hypertension gestationnelle [induite par la grossesse], accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
O70.001	(1)	Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

- 5.MD.50.AA Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie
- 5.PC.80.JP Réparation chirurgicale, postpartum, déchirure, lacération obstétricale récente du plancher pelvien, du périnée, de la partie inférieure du vagin ou de la vulve
- 5.AC.30.HA-I2 Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique

Justification : Même si le trouble antepartum n'a pas entraîné un séjour d'au moins cinq jours, il peut quand même être codifié comme le diagnostic principal. Dans ce cas, le travail a été déclenché pour le trouble antepartum. La déchirure du périnée était mineure et n'a exigé que peu de ressources.

Directives pour la BDCP seulement



Dans les cas d'hospitalisation où le séjour n'a pas dépassé la durée prévue, si l'accouchement a été effectué par césarienne ou à l'aide d'instruments (forceps ou ventouse), attribuez le diagnostic expliquant le motif de l'intervention comme diagnostic principal.



Dans les cas où l'échec des forceps ou de la ventouse mène à une césarienne, attribuez à titre de diagnostic principal le trouble sous-jacent lié à la mère ou au fœtus qui était l'indication pour utiliser les forceps ou la ventouse.

Lorsqu'un cas est à l'intérieur de la durée prévue du séjour pour un accouchement avec instrumentation, il est présumé qu'aucun autre trouble n'a contribué à une plus grande utilisation de ressources que celui qui a motivé le choix de la méthode d'accouchement.



Exemple : Une patiente primigeste est admise avec un diabète gestationnel. Le travail se déclenche pendant sa première journée d'admission. Après sept heures de travail, on détermine que la patiente ne peut pas accoucher par voie vaginale en raison d'une disproportion céphalopelvienne. Elle est amenée en salle d'opération et donne naissance à une fille en santé par césarienne.

Code	BDCP	Description
O65.401	(M)	Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O24.801	(1)	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : PB



Exemple : Une patiente primigeste souffrant d'hypertension gestationnelle est admise et traitée par repos complet au lit. Le septième jour, le travail s'est déclenché de façon spontanée. Après huit heures de travail, on constate que la patiente ne peut pas accoucher par voie vaginale en raison d'une disproportion céphalopelvienne. Des signes de détresse fœtale (anomalie du rythme cardiaque) sont observés et la tension artérielle de la mère continue de s'élever. Celle-ci est amenée en salle d'opération et donne naissance à une fille en santé par césarienne.

Code	BDCP	Description
O13.001		Hypertension gestationnelle [induite par la grossesse], accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
O65.401		Dystocie due à une disproportion fœto-pelvienne, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O68.001		Travail et accouchement compliqués d'une anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : PB

Justification : Comme dans de nombreux cas de soins obstétricaux, les circonstances entourant la situation de la patiente sont uniques et les directives mentionnées plus haut ne s'appliquent pas à son cas. La sélection du diagnostic principal est déterminée en fonction de la documentation.



Exemple : La mère est à dilatation complète et le fœtus se trouve en position occipito-iliaque transverse gauche et au niveau de présentation +1. On tente, à l'aide des forceps, de faire tourner la tête du fœtus et de la dégager. Après la troisième contraction, puisque la descente du fœtus ne s'est pas poursuivie, on décide d'abandonner les forceps et de procéder à une césarienne primaire, par incision transversale du segment inférieur.

Code	BDCP	Description
O64.001	(M)	Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O66.501	(1)	Échec de l'application d'une ventouse et d'un forceps, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.JW Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), avec forceps

Situation : PB

Justification : La césarienne est pratiquée à cause de la dystocie liée à une position anormale. Il convient donc de sélectionner O64.001 à titre de diagnostic principal. L'échec de l'application de la ventouse ou des forceps ne devient pas l'indication de la césarienne. L'accouchement par traction à l'aide de forceps n'est pas inscrit séparément, il est capturé dans le qualificateur de la césarienne.

Mort intra-utérine

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP seulement

B Classez la mort fœtale intra-utérine tardive, à **partir de** la 20^e semaine complète de grossesse, à O36.4–
Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez la mort fœtale intra-utérine précoce, **avant** la 20^e semaine complète de grossesse, avec rétention du fœtus, à O02.1 *Rétention d'un fœtus mort in utero.*

B Exemple : Une patiente a constaté une diminution des mouvements du fœtus à 23 semaines de gestation. À l'examen, aucune fréquence cardiaque fœtale n'a pu être détectée. La patiente est à 25 semaines de gestation lorsque le travail se déclenche. Elle accouche d'un fœtus mâle décédé.

Code	BDCP	Description
O36.421		Soins maternels pour mort intra-utérine du fœtus, deuxième trimestre, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.100	(3)	Naissance unique, enfant mort-né, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

B Exemple : Une échographie a permis de diagnostiquer le décès d'un fœtus à 19 semaines de gestation. La patiente est retournée chez elle en attendant le début du travail. Le travail a commencé 10 jours plus tard et la patiente accouche d'un fœtus mâle macéré pesant 150 grammes.

Code	Description
O02.1	Rétention d'un fœtus mort in utero

Justification : L'âge gestationnel du fœtus est déterminé au moment de son décès.

Grossesse se terminant par un avortement

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2004, 2006, 2009, 2012, 2022

Reportez-vous également à la norme de codification [Poursuite de la grossesse après avortement/réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples](#).

003-008 Grossesse se terminant par un avortement

La première partie du code indique le type d'avortement, tandis que le quatrième caractère indique la ou les complications connexes.

Remarque

Une naissance vivante résultant d'un avortement spontané ou médical **avant** la 20^e semaine de gestation est considérée prévisible aux fins de classification; un code de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* n'est donc pas attribué sur l'abrégié de la mère et un abrégié n'est pas créé pour le nouveau-né.

Les exigences prévues par la **Loi sur les statistiques de l'état civil** quant à l'enregistrement d'une naissance vivante diffèrent de celles relatives au classement d'un nouveau-né dans la BDCP. Par conséquent, les enregistrements de naissances vivantes soumis au Bureau de l'état civil ne correspondent pas toujours aux données sur les nouveau-nés soumises à la BDCP.

003 Avortement spontané

Cette catégorie comprend les fausses couches. Une expulsion spontanée du fœtus (fausse couche) avant la 20^e semaine de gestation est classée comme un avortement spontané. Une expulsion spontanée à au moins 20 semaines, mais avant la 37^e semaine entière de gestation est classée à l'aide d'un code de la catégorie O60.– *Travail avant terme et accouchement*.

Reportez-vous également à la norme de codification [Travail avant terme](#).



Exemple : Avortement spontané incomplet sans complication, traité au moyen d'une dilatation et curetage.

Code	BDCP	SNISA	Description
003.4	(M)	PP	Avortement spontané, incomplet, sans complication

5.PC.91.GA Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement), dilatation et curetage

BS Exemple : Une patiente se présente en travail à 17 semaines de gestation. Elle accouche de façon spontanée d'un fœtus vivant par voie vaginale. L'indice d'Apgar est de 1 à la première minute et de 1 à la cinquième minute. Aucune manœuvre de réanimation n'est effectuée.

Code	BDCP	SNISA	Description
O03.9	(M)	PP	Avortement spontané, complet ou sans précision, sans complication

Justification : Une naissance vivante résultant d'un avortement spontané avant la 20^e semaine de gestation est considérée comme prévisible aux fins de classification; un code de la catégorie Z37 n'est donc pas attribué sur l'abrégé de la mère et un abrégé n'est pas créé pour le nouveau-né.

O04 Avortement médical

Cette vaste catégorie couvre les codes de diagnostic des avortements chirurgicaux et ceux provoqués par des moyens pharmacologiques; le code de diagnostic n'indique pas la méthode utilisée pour interrompre la grossesse.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez tous les avortements médicaux (interruptions volontaires de grossesse) quel que soit l'âge gestationnel, le poids du fœtus ou le résultat pour le fœtus (c.-à-d. produits de la conception, mortinaissance ou naissance vivante) à la catégorie O04 *Avortement médical*.

- Lorsqu'il y a lieu, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic significatif de type (1)/autre problème
 - de la catégorie O35 *Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées*, afin d'identifier toute raison reliée au fœtus qui serait à l'origine de l'avortement médical (p. ex. anencéphalie fœtale); et/ou
 - du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O10-O99), afin d'identifier toute maladie de la mère qui serait à l'origine de l'avortement médical (p. ex. toxoplasmose chez la mère).

Remarque

Une visite en vue d'une extraction/expulsion à la suite du décès d'un fœtus à **moins de 20 semaines** de gestation est classée comme une rétention d'un fœtus, même si l'extraction/expulsion a lieu **après 20 semaines** de gestation.

Remarque

Lorsqu'une grossesse multiple se poursuit quand même à la suite d'un avortement médical, suivez la directive de la norme de codification [Poursuite de la grossesse après avortement/réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples](#).



Exemple : Avortement médical par curetage, par succion à 10 semaines de gestation pour une grossesse non désirée.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication

5.CA.89.GC Interruption de grossesse par chirurgie, approche par voie naturelle (vaginale), aspiration et curetage

Justification : Aucune raison n'a été inscrite au dossier pour l'avortement médical, que ce soit pour le fœtus ou la mère; par conséquent, seul O04.9 est attribué au cas.

Avortement médical pratiqué à 20 semaines de gestation ou plus et résultant en une mortinaissance

Les interruptions de grossesse réalisées plus tard durant la grossesse sont classées comme un avortement médical sur l'abrégé de la mère, tel que décrit ci-dessus. Un abrégé de mortinaissance est créé conformément à la directive provinciale ou territoriale.

Remarque

Reportez-vous à la section 3 Information supplémentaire sur la saisie de données : **Saisie de données sur les mortinaissances** du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* pour connaître les critères de création d'un abrégé de mortinaissance.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un avortement médical pratiqué à 20 semaines de gestation **ou plus** résulte en une mortinaissance, attribuez P96.4 *Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né* comme diagnostic principal/problème principal sur l'abrégé de mortinaissance.

- Si tel est le cas, attribuez un ou plusieurs codes supplémentaires, obligatoires, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de décrire toute anomalie congénitale connexe.

Remarque

Lorsque l'avortement médical a lieu à 20 semaines de gestation **ou plus**, n'attribuez pas de code de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* pour une mortinaissance figurant sur l'abrégé de la mère. La section Avortement médical résultant en une naissance vivante qui suit contient les directives pour le classement d'un avortement médical à 20 semaines de gestation **ou plus** qui résulte en une naissance vivante.

Abrégé de la mère

BS Exemple : Une femme enceinte se présente à l'hôpital à 26 semaines de gestation. Au cours de sa dernière visite prénatale, une échographie et une amniocentèse sont demandées. Les résultats de l'amniocentèse ont démontré que le fœtus souffrait de trisomie 21. La patiente décide de ne pas mener la grossesse à terme. Elle est admise pour subir un avortement médical par insertion vaginale de prostaglandine.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
O35.109	(1)	AP	Soins maternels pour anomalie chromosomique (présumée) du fœtus, épisode de soins non précisé ou sans objet

5.CA.88.CK-I2 Interruption pharmacologique de grossesse, approche par voie naturelle, agent utérotonique

Justification : Un avortement médical a été effectué et la raison de l'avortement médical a été documentée. Le cas est donc classé à O04.9 et un code signalant l'anomalie fœtale est attribué. Puisque l'intervention avait pour but l'interruption de la grossesse, un code d'accouchement de la rubrique 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ n'est pas attribué.

BS Abrégé de la mortinaissance

Code	BDCP	SNISA	Description
P96.4	(M)	PP	Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né
Q90.9	(3)	AP	Syndrome de Down, sans précision

Justification : Un avortement médical a été effectué et la raison de l'avortement médical a été documentée. Le cas est donc classé à P96.4 et un code signalant l'anomalie fœtale est attribué.

Abrégé de la mère

Exemple : Une patiente est admise à 21 semaines de gestation afin d'interrompre une grossesse non planifiée. Une dilatation et une évacuation sont pratiquées. Le diagnostic inscrit au dossier par le médecin est 'accouchement d'un fœtus mort-né'.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication

5.CA.89.GD Interruption de grossesse par chirurgie, approche par voie naturelle (vaginale), dilatation et évacuation [D & E]

Justification : Un avortement médical a été effectué. Le cas est donc classé à O04.9. Même si le médecin a inscrit au dossier « accouchement d'un fœtus mort-né », l'intervention avait pour but l'interruption de la grossesse. Un code d'accouchement de la rubrique 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ n'est donc pas attribué.

**Abrégé de la mortinaissance**

Code	BDCP	SNISA	Description
P96.4	(M)	PP	Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né

Justification : Un avortement médical a été effectué. Le cas est donc classé à P96.4.

Avortement médical résultant en une naissance vivante

Directive pour la BDGP seulement



Lorsqu'un avortement médical pratiqué à 20 semaines de gestation **ou plus** résulte en une naissance vivante, attribuez

- sur l'abrégié de la mère, un code
 - de la catégorie O04 *Avortement médical* comme diagnostic principal/problème principal; et
 - de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement* comme diagnostic de type (3)/autre problème pour indiquer que l'avortement s'est terminé par une naissance vivante; et
 - de la catégorie O35 *Soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées* afin d'identifier toute raison reliée au fœtus qui serait à l'origine de l'avortement médical (p. ex. anencéphalie fœtale); et/ou
 - du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O10-O99), afin d'identifier toute maladie provenant de la mère qui serait à l'origine de l'avortement médical (p. ex. toxoplasmose chez la mère).
- sur l'abrégié du nouveau-né
 - P96.4 *Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né* comme diagnostic principal/problème principal;
 - un code de la catégorie Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* comme diagnostic de type (0);
 - si tel est le cas, un code afin d'identifier toute anomalie congénitale connexe, obligatoire, comme diagnostic de type significatif (1)/autre problème.

Abrégé de la mère

Exemple : À 20 semaines de gestation, une patiente demande à subir un avortement thérapeutique. Elle reçoit donc du misoprostol par voie intraveineuse, intervention qui résulte en l'expulsion du fœtus. Le rythme cardiaque et la respiration du bébé sont détectés à sa naissance.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
Z37.000	(3)	AP	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.CA.88.HA-I2 Interruption pharmacologique de grossesse, approche percutanée [p. ex. voie intraveineuse, injection intraamniotique ou extraamniotique], agent utérotonique

Justification : L'avortement médical a abouti à une naissance vivante. Le cas est donc classé à O04.9 et Z37.000 est attribué afin de démontrer que le résultat est une naissance vivante. Puisque l'intervention avait pour but l'interruption de la grossesse, un code d'accouchement de la rubrique 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ n'est pas attribué.

Abrégé du nouveau-né

Le résultat de l'interruption volontaire d'une grossesse est un fœtus vivant.

Code	BDCP	SNISA	Description
P96.4	(M)	PP	Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né
Z38.000	(0)	AP	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : L'avortement médical a abouti à une naissance vivante. Le cas est donc classé à P96.4, et Z38.000 est attribué afin de démontrer que le résultat est une naissance vivante.

Abrégé de la mère

BS **Exemple :** Une patiente subit un avortement médical à 23 semaines de gestation pour anencéphalie fœtale. Le travail est déclenché par ocytocine en intraveineuse. Le fœtus naît vivant et survit pendant une heure.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication
O35.009	(1)	AP	Soins maternels pour anencéphalie fœtale (suspectée), épisode de soins non précisé ou sans objet
Z37.000	(3)	AP	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.CA.88.HA-I2 Interruption pharmacologique de grossesse, approche percutanée [p. ex. voie intraveineuse, injection intraamniotique ou extraamniotique], agent utérotonique

Justification : L'avortement médical a abouti à une naissance vivante. Le cas est donc classé à O04.9, et Z37.000 est attribué afin de démontrer que le résultat est une naissance vivante. La raison de l'avortement médical ayant été documentée, un code signalant l'anomalie fœtale est attribué. Puisque l'intervention avait pour but l'interruption de la grossesse, un code d'accouchement de la rubrique 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^ n'est pas attribué.

Abrégé du nouveau-né

BS Le résultat de l'interruption volontaire d'une grossesse est un fœtus mort-né atteint d'anencéphalie.

Code	BDCP	SNISA	Description
P96.4	(M)	PP	Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né
Q00.0	(1)	AP	Anencéphalie
Z38.000	(0)	AP	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : L'avortement médical a abouti à une naissance vivante. Le cas est donc classé à P96.4, et Z38.000 est attribué afin de démontrer que le résultat est une naissance vivante. La raison de l'avortement médical ayant été documentée, un code signalant l'anomalie fœtale est attribué

Abrégé de la mère

Exemple : Une patiente se présente à 19 semaines de gestation pour un avortement thérapeutique. Du misoprostol lui a été administré par voie intraveineuse. Le fœtus a été expulsé. Un poulx a été détecté. Le fœtus est décédé sept minutes plus tard.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication

5.CA.88.HA-I2 Interruption pharmacologique de grossesse, approche percutanée [p. ex. intraveineuse, injection intraamniotique ou extraamniotique], agent utérotonique

Justification : Une naissance vivante résultant d'un accouchement médical avant la 20^e semaine de gestation est considérée comme prévisible aux fins de classification; un code de la catégorie Z37 n'est donc pas attribué sur l'abrégé de la mère et un abrégé n'est pas créé pour le nouveau-né.

O05 Autres formes d'avortement**Directive pour la BDCP et le SNISA**

Attribuez O05.— *Autres formes d'avortement* aux auto-avortements ou aux avortements qui surviennent à la suite d'une amniocentèse ou d'un traumatisme.

BS Exemple : Une patiente en est à sa 18^e semaine de grossesse. Au volant de sa voiture, elle est frappée de plein fouet par un homme qui n’a pas respecté un panneau d’arrêt. Elle se fracture un os du bassin (l’ischion) et donne ensuite naissance spontanément à un fœtus mort-né.

Code	BDCP	SNISA	Description
S32.800	(M)	PP	Fracture fermée de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin
V43.5	(9)	AP	Occupant d’une automobile blessé dans une collision avec une automobile ou une camionnette, conducteur d’une automobile, accident de la circulation
O05.9	(1)	AP	Autres formes d’avortement complet ou sans précision, sans complication

007 Échec d’une tentative d’avortement

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu’une intervention visant à mettre fin à une grossesse ne produit pas les résultats voulus, attribuez **O07 Échec d’une tentative d’avortement**. Pour utiliser cette catégorie, il doit y avoir un fœtus vivant dans l’utérus au moment de la sortie.

- Attribuez **O07.4 Échec d’une tentative d’avortement**, sans complication lorsqu’aucune complication n’est survenue au cours du même épisode de soins que l’échec de l’avortement.
- Attribuez **O07.3 Échec d’une tentative d’avortement**, avec complications lorsqu’une complication est survenue au cours du même épisode de soins que l’échec de l’avortement.

Remarque

Lorsqu’une complication survient à la suite de l’échec de l’avortement, un code de la catégorie **O08 Complications consécutives à un avortement, une grossesse ectopique et molaire** n’est pas attribué. Puisque la patiente est enceinte au moment de sa sortie, les codes décrivant les complications consécutives à un avortement ne s’appliquent pas pour l’épisode de soins en question ou tout épisode subséquent.

Un cas de réadmission à la suite d’une complication consécutive à l’échec d’une tentative d’avortement est classé à un code des catégories **O10 à O99** parce que la patiente est enceinte.

Reportez-vous également à la norme de codification [Complications consécutives à un avortement et à une grossesse extra-utérine ou molaire](#).



Exemple : Une patiente est admise à 19 semaines de gestation en vue d'un avortement médical. Du gel Prostin est inséré pour déclencher le travail mais sans succès. La patiente refuse que toute autre intervention soit pratiquée et retourne chez elle.

Code	BDCP	Description
O07.4	(M)	Échec d'une tentative d'avortement, sans complication

5.CA.88.CK-I2 Interruption pharmacologique de grossesse, approche par voie naturelle, agent utérotonique



Exemple : Une patiente est admise à 19 semaines de gestation en vue d'un avortement médical. Du gel Prostin est inséré pour déclencher le travail, mais sans succès. Elle est conduite en salle d'opération où elle subit une dilatation et un curetage. Du sang est décelé sur le tampon dans la salle de réveil. Après examen, il est déterminé que la patiente est toujours enceinte et elle est conduite à la salle d'opération pour subir une nouvelle intervention de dilatation et curetage.

Code	BDCP	SNISA	Description
O04.9	(M)	PP	Avortement médical, complet ou sans précision, sans complication

5.CA.89.GA Interruption de grossesse par chirurgie, approche par voie naturelle (vaginale), dilatation et curetage [D & C]

5.CA.88.CK-I2 Interruption pharmacologique de grossesse, approche par voie naturelle, agent utérotonique

5.CA.89.GA Interruption de grossesse par chirurgie, approche par voie naturelle (vaginale), dilatation et curetage [D & C]

Justification : Ce cas n'est pas considéré comme un « échec d'avortement » parce que la patiente n'est pas enceinte au moment de la sortie. Aucune raison n'a été inscrite au dossier pour l'avortement médical, que ce soit pour le fœtus ou la mère; par conséquent, ceci est classé à O04.9 seulement. La première intervention de dilatation et curetage effectuée pendant l'épisode de soins n'a pas donné le résultat escompté; un échec d'intervention est toutefois classé de la même façon qu'une intervention réussie; par conséquent, un code d'intervention est attribué aux interventions de dilatation et curetage échouée et réussie. Reportez-vous également à la norme de codification [Échecs d'intervention](#). Un code de diagnostic n'est pas attribué pour démontrer que la première intervention de dilatation et curetage a été tentée sans succès.

Poursuite de la grossesse après avortement/ réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008, 2009

Lorsqu'il y a perte d'un ou plusieurs fœtus, qu'il s'agisse d'un avortement spontané ou résultant d'une intervention, le cas est classé à la catégorie O31 *Complications spécifiques à une grossesse multiple* et non aux catégories O00 à O08 *Grossesse se terminant par un avortement*.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une grossesse multiple se poursuit après l'avortement ou la réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus (tout état classé de O00 à O08), attribuez O31.11– *Poursuite de la grossesse après avortement d'un ou de plusieurs fœtus* ou O31.12– *Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus*.

BS Lorsqu'une réduction sélective est pratiquée en raison d'une anomalie fœtale ou d'un autre trouble, attribuez un code supplémentaire de comorbidité/autre problème à l'anomalie fœtale ou à l'autre trouble sur l'abrégié de la réduction sélective ainsi que sur l'abrégié de l'accouchement.

BS Attribuez un code supplémentaire de la catégorie O30 *Grossesse multiple*, obligatoire, comme comorbidité

- lors de la visite pour un avortement, pour préciser le nombre de fœtus présents avant l'avortement d'un ou de plusieurs fœtus;
- lors de la visite pour un accouchement, pour préciser le nombre de fœtus vivants présents au cours de la grossesse, s'il y a lieu (c.-à-d. lorsqu'il y a plus d'un fœtus vivant au moment de l'accouchement).

Reportez-vous également à la norme de codification [Grossesses multiples](#).

B Exemple : Une patiente, enceinte de jumeaux, s'est présentée à l'hôpital à sa 18^e semaine de grossesse en se plaignant de légères crampes et de saignements intermittents. Malgré un repos complet au lit, elle avorte spontanément l'un des deux fœtus.

Code	BDCP	Description
O31.113	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement spontané d'un ou de plusieurs fœtus, troubles ou complications antepartum
O30.003	(1)	Jumeaux, troubles ou complications antepartum

Justification : La poursuite d'une grossesse après l'avortement spontané d'un ou de plusieurs fœtus est classée à O31.1– et non O03 *Avortement spontané*. Comme la patiente est encore enceinte, il s'agit d'une complication antepartum et non d'un avortement.

B Exemple : La même patiente se présente en travail à 37 semaines et 2 jours de gestation; elle donne naissance à une petite fille en santé à 5 h 45.

Code	BDCP	Description
O31.111	(M)	Poursuite de la grossesse après avortement spontané d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : O30 *Grossesse multiple* n'est pas attribué parce que seul un fœtus a survécu.



Exemple : Une patiente, enceinte de quadruplets par fécondation in vitro, se présente à 12 semaines de gestation pour subir une réduction sélective de deux fœtus via la ligature des cordons ombilicaux. L'intervention se déroule bien et la patiente obtient son congé. Les fœtus réduits sont laissés dans l'utérus.

Code	BDCP	SNISA	Description
O31.123	(M)	PP	Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus, troubles ou complications antepartum
O30.203	(1)	AP	Quadruplés, troubles ou complications antepartum

5.CA.90.FM Réduction sélective de fœtus, par occlusion vasculaire

Étendue : 2

Justification : La réduction sélective des fœtus est classée à O31.12– et non O04 *Avortement médical*. Comme la patiente est enceinte de quadruplés, un code de la catégorie O30 *Grossesse multiple* doit être utilisé pour préciser le type de grossesse. Le quatrième caractère est sélectionné afin d'indiquer le nombre de fœtus présents avant la réduction sélective.



Exemple : La même patiente, qui a subi une réduction sélective de fœtus à 12 semaines de gestation, se présente à 38 semaines de gestation en raison d'une prééclampsie sévère nécessitant une césarienne d'urgence. Elle donne naissance à des jumeaux en santé. Elle accouche également des fœtus réduits et retenus *in utero*.

Code	BDCP	Description
O14.101	(M)	Prééclampsie sévère, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O31.121	(1)	Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.201	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant d'une technologie de procréation assistée (TPA)

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : PB

Justification : O31.121 *Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus* couvre l'avortement de ces deux fœtus. Lorsqu'un autre état correspond au diagnostic principal, O31.12–*Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus* n'est pas nécessairement attribué en tant que diagnostic principal.

B Exemple : Une patiente, enceinte de jumeaux, est admise à 19 semaines de gestation pour subir la réduction sélective d'un fœtus en raison d'un syndrome de transfusion de fœtus à fœtus. Pour ce faire, on procède à la ligature du cordon ombilical.

Code	BDCP	Description
O31.123	(M)	Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus, troubles ou complications antepartum
O43.013	(1)	Syndromes de transfusion de fœtus à fœtus, troubles ou complications ante partum
O30.003	(1)	Jumeaux, troubles ou complications antepartum

5.CA.90.FM Réduction sélective de fœtus, par occlusion vasculaire

Étendue : 1

Justification : La réduction sélective du fœtus est classée à O31.12– plutôt que O04 *Avortement médical*.

B Exemple : La même patiente, qui a subi la réduction sélective d'un fœtus à 19 semaines de gestation, est admise en travail à 38 semaines de gestation. Elle donne naissance à une petite fille en santé et à un fœtus décédé.

Code	BDCP	Description
O31.121	(M)	Poursuite de la grossesse après réduction sélective d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O43.011	(1)	Syndromes de transfusion de fœtus à fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : L'accouchement du fœtus décédé est considéré avec O31.121. Il ne s'agit ni d'une mortinaissance ni de produits de conception retenus.

Complications consécutives à un avortement et à une grossesse extra-utérine ou molaire

En vigueur depuis 2001, modifié en 2003, 2012

La CIM-10-CA fait une distinction entre un épisode de soins au cours duquel l'avortement ou la grossesse extra-utérine ou molaire ainsi que les complications qui en résultent sont **traités ensemble** (le code des catégories O00 à O05 correspond au diagnostic principal/problème principal) et un épisode de soins visant une complication d'un avortement ou d'une grossesse extra-utérine ou molaire **précédemment traitée** (la catégorie O08 sera le diagnostic principal/problème principal). Reportez-vous aux termes inclus aux sous-catégories O08 lorsque vous attribuez le quatrième caractère des sous-catégories O03 à O05.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque l'épisode de soins vise seulement à traiter une complication et que l'avortement lui-même a été pratiqué au cours d'un épisode antérieur, attribuez un code de la catégorie O08 *Complications consécutives à un avortement, une grossesse ectopique ou molaire* comme diagnostic principal/problème principal.



Exemple : À la suite d'un avortement spontané, une patiente a subi une D&C au cours du premier épisode de soins. Elle est amenée à l'urgence en raison de fièvre deux jours suivant sa sortie de l'hôpital. Elle est traitée avec des antibiotiques pour une endométrite.

Code	SNISA	Description
O08.02	PP	Infection de l'appareil génital et des organes pelviens consécutive à un avortement spontané

Justification : Aucun autre code n'est requis puisque l'avortement a été pratiqué au cours d'un épisode de soins antérieur.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un avortement et une complication se produisent au cours du même épisode de soins, sélectionnez un code des catégories O00 à O05 comme diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, de la catégorie O08.— *Complications consécutives à un avortement, une grossesse ectopique ou molaire* pour désigner les complications connexes (avec un code des catégories O00 à O02) ou pour fournir plus de détails (avec un code des catégories O03 à O05), conformément à la directive sur l'utilisation d'un code supplémentaire.



Exemple : Rupture de grossesse tubaire avec choc (épisode de soins initial).

Code	BDCP	SNISA	Description
O00.1	(M)	PP	Grossesse tubaire
O08.30	(1)	AP	Choc consécutif à une grossesse ectopique

Justification : La complication (choc) et la rupture de grossesse tubaire sont survenues au cours du même épisode de soins. O00.1 est attribué comme diagnostic principal/problème principal, et O08.30 est attribué pour démontrer la complication connexe, conformément à la directive sur l'utilisation d'un code supplémentaire.



Exemple : Avortement spontané incomplet avec perforation de l'utérus (épisode de soins initial).

Code	BDCP	SNISA	Description
O03.3	(M)	PP	Avortement spontané, incomplet, avec complications autres et non précisées
O08.62	(3)	AP	Lésions des organes et des tissus pelviens consécutives à un avortement spontané

Justification : La complication (perforation de l'utérus) et l'avortement spontané sont survenus au cours du même épisode de soins. O03.3 (complication autre et non précisée) est attribué comme diagnostic principal/problème principal et O08.62 est attribué pour démontrer la complication connexe, conformément à la directive sur l'utilisation d'un code supplémentaire.

Infection par les streptocoques du groupe B/sujet porteur au cours de la grossesse

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2008

Les infections dues aux streptocoques du groupe B (SGB) chez les femmes enceintes sont assez rares. Souvent, un prélèvement vaginal permet d'identifier le SGB, cependant, la femme ne présente aucun symptôme et est simplement porteuse de la bactérie. Un traitement antibiotique prophylactique peut être administré à la suite d'une rupture prématurée des membranes ou au cours du travail pour s'assurer que l'organisme n'est pas transmis au bébé lors de l'accouchement.

Directives pour la BDCP seulement

B Attribuez O23.90– *Infections de l'appareil génito-urinaire au cours de la grossesse, autres et sans précision* seulement lorsqu'il y a évidence d'une infection active documentée au dossier.

- Lorsqu'il y a une infection active, attribuez B95.1 *Streptocoques, groupe B, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*, facultatif, comme diagnostic de type (3), pour identifier l'organisme.

B Attribuez Z22.38 *Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées*, facultatif, comme diagnostic de type (3), afin d'indiquer que la patiente est porteuse de SGB.

B Lorsque des antibiotiques sont administrés de façon prophylactique chez une patiente porteuse du SGB, attribuez Z29.2 *Autre chimiothérapie prophylactique*, facultatif, comme diagnostic de type (3).

B Exemple : Une patiente subit un prélèvement vaginal qui révèle la présence de streptocoques du groupe B. Elle ne présente aucun symptôme. On décide qu'aucun traitement prophylactique n'est nécessaire.

Code	BDCP	Description
Z22.38	(3)	Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées (facultatif)

B Exemple : Un prélèvement vaginal révèle la présence de streptocoques du groupe B. Il n'y a aucune mention au dossier d'une infection active. La patiente reçoit une dose d'antibiotiques comme mesure prophylactique.

Code	BDCP	Description
Z22.38	(3)	Sujet porteur d'autres maladies bactériennes précisées (facultatif)
Z29.2	(3)	Autre chimiothérapie prophylactique (facultatif)

B Exemple : Une patiente se présente en raison d'une infection de l'appareil génito-urinaire causée par un streptocoque du groupe B. Elle donne naissance à une petite fille par césarienne. Le dossier ne fait mention d'aucune autre complication survenue lors de la grossesse ou de l'accouchement.

Code	BDCP	Description
O23.901	(M)	Infections de l'appareil génito-urinaire au cours de la grossesse, autres et sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
B95.1	(3)	Streptocoques, groupe B, cause de maladies classées dans d'autres chapitres (facultatif)
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Accouchement normal

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2012

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un code de la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement*, obligatoire, à tous les accouchements.

- Sélectionnez un code de la sous-catégorie Z37.0– *Naissance unique, enfant vivant* comme diagnostic principal lorsqu'il s'agit d'un accouchement spontané par voie vaginale d'un enfant unique et qu'aucun trouble n'est survenu compliquant la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité.
- Lorsque tout autre code du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité s'applique à la situation, attribuez le code approprié de la catégorie Z37, obligatoire, comme diagnostic de type (3).

Lorsque les termes ci-dessous sont utilisés, et qu'il n'y a aucune autre inscription au dossier suggérant le contraire, ils sont des indicateurs d'un accouchement spontané sans complication :

- Accouchement spontané par présentation du sommet
- Occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA)
- Occipito-iliaque droite antérieure (OIDA)
- Enfant vivant unique à terme
- Mère en bonne santé ayant accouché
- Position occipito-iliaque transverse au cours du travail qui se tourne spontanément en position occipito-antérieure à l'accouchement

- Position occipito-iliaque postérieure au cours du travail qui se tourne spontanément en position occipito-antérieure à l'accouchement
- Absence de manipulation fœtale ou d'utilisation d'instruments (p. ex. forceps)
- Déchirures périurétrales, du premier degré, ou déchirures du périnée non suturées du deuxième degré
- Chorioamnionite ou funisitis comme conclusion pathologique placentaire secondaire seulement sans documentation d'un diagnostic de fièvre ou d'autres symptômes d'infection
- Cordon enroulé autour du cou (lâche) ou autre forme d'enchevêtrement du cordon sans mention de compression ou d'intervention

Remarque

Aux fins de classification « faire glisser le cordon sur la tête ou le corps » du bébé ou une autre manipulation simple du cordon pendant l'accouchement n'est pas classé comme une intervention.

Les présentations/positions suivantes sont considérées comme anormales et ne sont pas considérées comme un accouchement normal. Codifiez le trouble énuméré lorsqu'il entraîne une prestation de soins au cours de la grossesse ou lorsqu'il se produit au cours du travail ou à l'accouchement :

- Présentation par le siège
- Présentation du front
- Présentation composée (main ou bras derrière la nuque)
- Présentation du cordon
- Arrêt en profondeur en position transverse
- Présentation de la face
- Présentation occipito-postérieure persistante (face vers le pubis, position occipitopostérieure directe)
- Présentation occipito-transverse persistante
- Procidence d'un bras
- Présentation transverse/oblique
- Position instable

Reportez-vous également aux normes de codification [Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement](#), [Dystocie](#) et [Interventions associées à l'accouchement](#).

B Exemple : Une patiente donne naissance à un petit garçon en santé par voie vaginale sans complication, par présentation occipito-iliaque gauche postérieure.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.50.AA Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle
(présentation par le sommet), sans épisiotomie

Justification : Le dossier ne présente aucune mention de la présentation occipito-postérieure persistante (face vers le pubis), de manipulation fœtale, ni d'utilisation d'instruments. Il convient alors de dire que la rotation spontanée de la tête du fœtus en position occipito-antérieure s'est produite avant l'accouchement.

B Exemple : Une patiente donne naissance à une petite fille en santé par voie vaginale. Le bébé se présente par le siège. Un obstétricien est présent à l'accouchement.

Code	BDCP	Description
O32.101	(M)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.56.AA Accouchement par le siège, sans épisiotomie, accouchement
par le siège spontané, avec dégagement spontané de la tête

Justification : La présentation par le siège est une position anormale et n'est jamais considérée comme un accouchement normal. Aucune mention de manœuvres particulières, ni d'utilisation d'instruments n'indique la présence de dystocie. Il convient donc de classer ce cas à O32.101.

Remarque

Certaines interventions obstétricales n'écartent pas la possibilité d'utiliser un code de la sous-catégorie Z37.0– *Naissance unique, enfant vivant* comme diagnostic principal (p. ex. déclenchement du travail pour raisons pratiques, rupture artificielle des membranes et/ou épisiotomie). Dans le cas où une césarienne est demandée par une mère n'ayant jamais subi de césarienne auparavant et qu'elle est pratiquée en l'absence de toute indication, un code de la sous-catégorie Z37.0– peut tout de même être utilisé comme diagnostic principal.



Exemple : Une patiente primigeste ne voulant pas accoucher par voie vaginale demande à subir une césarienne non urgente. Aucune complication n'est survenue au cours de la grossesse et de l'accouchement. L'obstétricien pratique une césarienne du segment inférieur sans forceps.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : PC



Exemple : Une patiente a donné naissance à son premier enfant par césarienne. L'obstétricien note que la patiente est une candidate pour un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC). Toutefois, la patiente ne souhaite pas accoucher par voie vaginale et demande à subir une césarienne non urgente. La grossesse et l'accouchement se déroulent sans complications. L'obstétricien pratique une césarienne du segment inférieur sans forceps.

Code	BDCP	Description
O34.201	(M)	Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : RC

Grossesse avec complication et grossesse sans complication

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur en 2015, modifié en 2018, 2022

La présente norme de codification a pour objectif de fournir des directives en vue de déterminer si un état observé durant la grossesse doit être classé ou non à titre de complication de la grossesse, lorsque la classification est ambiguë ou qu'aucune autre norme de codification ne fournit de directives en la matière.

Les codes du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00 à O99) sont attribués aux états liés à la grossesse ou aggravés par celle-ci, c'est-à-dire aux états qui « compliquent » la grossesse.

La norme de codification fournit également des directives sur l'attribution du code Z33 *État de grossesse*.

Remarque

La présente norme de codification ne s'applique pas aux affections qui surviennent au cours de la période post-partum.

Grossesse avec complication

Comme l'indique la directive de consensus d'antepartum et intrapartum publiée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), la technologie de procréation assistée et certaines affections, comme le diabète sucré (préexistant et gestationnel) et l'hypertension, sont associées à un risque accru d'évolution fœtale défavorable.

En soi, l'âge avancé de la mère n'est pas un état qui complique la grossesse. Il s'agit d'un facteur de risque, tant pour la mère que pour l'enfant, puisqu'il accroît la probabilité de complication de la grossesse et de l'accouchement, d'un besoin d'aide médicale ou chirurgicale durant le travail et l'accouchement, et de résultats défavorables à la naissance ou d'anomalies congénitales. L'âge de la mère est inscrit dans l'abrégié et les codes appropriés sont attribués aux affections qui compliquent la grossesse.

Une affection est classée à titre de complication de la grossesse si elle est associée à un risque accru d'évolution fœtale défavorable. Les affections ci-dessous sont toujours considérées comme des complications de la grossesse lorsqu'elles sont documentées comme étant présentes ou existantes durant l'épisode de soins antepartum ou de l'accouchement :

- Hypertension au cours de la grossesse (O10-O16)
- Diabète sucré préexistant ou diabète gestationnel (O24.–)
- Infection aiguë (confirmée ou suspectée) causée par le virus de la COVID-19 (SRAS-CoV-2) (O98.5–) et manifestations associées (p. ex. O99.–)
- Maladie à virus Zika (O98.5–)
- Anémie (O99.0–)
- Hyperthyroïdie (O99.2–)
- Maladie vasculaire, notamment accident vasculaire cérébral (AVC) ou maladie pouvant entraîner la formation de caillots (O22.– ou O88.– ou O99.4–)
- Néphropathie, notamment lésions rénales aiguës, maladie rénale chronique ou atteinte de la fonction rénale (O26.8– ou O99.8–)
- Obésité morbide, décrite ainsi (O99.2–)
- Cardiopathie, notamment infarctus aigu du myocarde, myocardiopathie et coronaropathie (O99.4–)
- Infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST (STEMI) (R94.30) et infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI) (R94.31) (O99.8–)

Remarque

En ce qui concerne les visites au service d'urgence, R94.30 et R94.31 peuvent être utilisés sans les codes de la catégorie I21 ou I22 ou sans le code I24.0. Cependant, ils doivent seulement servir à indiquer un diagnostic de sortie du service d'urgence attribué comme STEMI ou NSTEMI. En d'autres mots, lorsque seulement le diagnostic différentiel de STEMI ou NSTEMI est consigné dans le dossier du service d'urgence, O99.8– *Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* est attribué comme problème principal et R94.30 ou R94.31 est attribué comme autre problème.

Pour les abrégés de patientes hospitalisées et de chirurgies d'un jour, l'utilisation de R94.30 et R94.31 est restreinte aux fins d'ajout de renseignements sur le STEMI ou le NSTEMI dans le cas d'un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou d'un infarctus du myocarde évité. Ces codes ne doivent être utilisés que lorsqu'un code de la catégorie I21.– *Infarctus aigu du myocarde* ou I22.– *Infarctus du myocarde à répétition* ou le code I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde* est attribué. R94.30 et R94.31 ne sont utilisés avec aucun autre diagnostic.

Dans le cas des patientes hospitalisées et des chirurgies d'un jour, O99.4– *Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* est attribué comme diagnostic significatif, tandis que I21.– *Infarctus aigu du myocarde*, I22.– *Infarctus du myocarde à répétition* ou I24.0 *Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde* et R94.30 ou R94.31 sont attribués comme diagnostics de type (3). O99.8– *Autres maladies et affections précisées compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité* n'est pas attribué.

Reportez-vous également à la norme de codification [Syndrome coronarien aigu](#).

Une affection non obstétricale qui ne figure pas dans la liste ci-dessus est classée à titre de complication de la grossesse si elle est présente et significative (reportez-vous à la norme de codification [Définition des types de diagnostics selon la BDCP](#)) durant l'épisode de soins antepartum ou de l'accouchement, et si elle suscite de l'inquiétude concernant le bien-être de la mère ou du fœtus, en raison d'au moins un des critères suivants :

- Elle exige une admission dans une unité de soins obstétricaux.
- Elle exige la supervision d'un obstétricien ou d'un néonatalogiste.
- Elle exige une consultation ou une évaluation en obstétrique ou en néonatalogie, sauf si l'évaluation initiale permet de déterminer qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter au sujet de la grossesse ou d'effectuer un suivi en obstétrique.
- Elle exige une évaluation ou une surveillance constante du fœtus.
- Elle exige un transfert vers un autre établissement à des fins de soins obstétricaux ou néonataux.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une affection complique la grossesse, tel qu'il est décrit ci-dessus classez l'affection à un code du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00 à O99) et attribuez un type de diagnostic significatif/problème principal ou autre problème.



Exemple : Une patiente est admise en travail à 38 semaines de grossesse. Elle donne naissance à un petit garçon en santé par voie vaginale sans complication, par présentation occipito-iliaque gauche postérieure. Les notes d'évolution indiquent que la patiente est atteinte d'hypertension préexistante, maîtrisée par l'administration de labétalol.

Code	BDCP	Description
O10.001	(M)	Hypertension essentielle préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Comme il a été mentionné précédemment, l'hypertension figure parmi les affections qui sont toujours considérées comme compliquant la grossesse. Il convient donc de classer l'hypertension à un code du chapitre XV et de lui attribuer un type de diagnostic significatif. Dans cet exemple, l'hypertension est la seule affection significative. Elle satisfait donc aux critères de diagnostic principal.



Exemple : Une patiente âgée de 30 ans enceinte de jumeaux est admise à 37 semaines et 5 jours de grossesse en raison du possible début du travail. Le rapport d'examen physique et les antécédents personnels indiquent que la patiente est atteinte de diabète sucré de type 1 et qu'elle prend de l'insuline. Après 24 heures, aucun changement au col de l'utérus n'est observé, ni aucune autre contraction. Le diagnostic à la sortie est un faux travail.

Code	BDCP	Description
O47.103	(M)	Faux travail à ou après la 37e semaine entière de gestation, avec troubles ou complications antepartum
O24.503	(1)	Diabète sucré préexistant de type 1, troubles ou complications antepartum

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code pour le diabète lorsqu'il est indiqué dans le dossier. Comme il a été mentionné précédemment, le diabète sucré figure parmi les affections qui sont toujours considérées comme compliquant la grossesse. Il convient donc de classer le diabète sucré à un code du chapitre XV et de lui attribuer un type de diagnostic significatif.



Exemple : Une patiente est admise à 36 semaines de grossesse en raison d'une colique néphrétique. L'échographie révèle une hydronéphrose bilatérale et un calcul de 1,5 cm dans le pôle inférieur du rein gauche. Au deuxième jour de son séjour, elle évacue le calcul et reçoit son congé.

Code	BDCP	Description
O26.803	(M)	Autres affections précisées liées à la grossesse, troubles ou complications antepartum
N13.2	(3)	Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale (facultatif)

Justification : Comme il a été mentionné précédemment, une néphropathie figure parmi les affections qui sont toujours considérées comme compliquant la grossesse. Il convient donc de classer la néphropathie à un code du chapitre XV et de lui attribuer un type de diagnostic significatif. Un code supplémentaire pour préciser la néphropathie est attribué, facultatif.



Exemple : Une patiente primigeste est hospitalisée à 37 semaines de grossesse pour un déclenchement du travail par injection intraveineuse d'ocytocine en raison d'une hypertension gestationnelle. Après son admission, elle fait une crise convulsive. Un examen de tomodensitométrie (TDM) confirme un infarctus cérébral avec occlusion de l'artère cérébrale moyenne. La patiente est amenée en urgence en salle d'opération pour subir une césarienne. Elle donne naissance à une fille en santé.

Code	BDCP	Description
O13.001	(M)	Hypertension gestationnelle [induite par la grossesse], accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
O99.401	(2)	Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
I63.5	(3)	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : PB

5.AC.30.HA-I2 Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique

Justification : Un accident vasculaire cérébral (AVC) est l'une des affections qui compliquent toujours la grossesse, comme décrit ci-dessus. Ainsi, un AVC est classé à un code du chapitre XV et il est attribué comme diagnostic significatif. Un code supplémentaire identifiant le type d'AVC (c.-à-d. hémorragique, ischémique ou non précisé) est attribué, obligatoire, conformément à la directive indiquée à la catégorie O99 selon laquelle il faut « utiliser un code supplémentaire pour identifier l'affection spécifique ».

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une affection qui complique la grossesse est classée à un code de la catégorie O99 *Autres maladies de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour désigner l'affection particulière, conformément à la directive sur l'utilisation d'un code supplémentaire.

BS Lorsqu'au moins deux affections qui compliquent la grossesse sont classées à différentes sous-catégories de la catégorie O99 *Autres maladies de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*, attribuez un code de la sous-catégorie appropriée (O99.0 à O99.8) pour chaque complication, au degré le plus élevé de spécificité.

- N'attribuez pas O99.8– pour désigner les cas présentant diverses complications qui sont classés à O99.0 à O99.7.



Exemple : Une patiente de 38 ans à 11 semaines de grossesse se révèle être anémique. Elle est admise à des fins d'examen.

Diagnostic final : Anémie par carence en fer exigeant une transfusion

Code	BDCP	Description
O99.003	(M)	Anémie compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications antepartum
D50.9	(3)	Anémie par carence en fer, sans précision

Justification : Comme il a été mentionné précédemment, l'anémie figure parmi les affections qui sont toujours considérées comme compliquant la grossesse. Il convient donc de classer l'anémie à un code du chapitre XV et de lui attribuer un type de diagnostic significatif. Un code supplémentaire visant à préciser le type d'anémie est attribué, obligatoire, conformément à la directive indiquée à la catégorie O99 selon laquelle il faut « utiliser un code supplémentaire pour identifier l'affection spécifique ».



Exemple : Une patiente à 36 semaines de grossesse souffrant de gastroentérite infectieuse et de déshydratation est admise en vue d'une réhydratation par solution intraveineuse. Au cours de cet épisode de soins, une surveillance fœtale électronique est effectuée. Le résumé à la sortie indique que la patiente est avisée de consulter son obstétricien dans une semaine à des fins de suivi.

Code	BDCP	Description
O98.803	(M)	Autres maladies infectieuses et parasitaires de la mère compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications antepartum
A09.9	(3)	Gastroentérite et colite d'origine non précisée
O99.203	(1)	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, troubles ou complications antepartum
E86.0	(3)	Déshydratation

Justification : La gastroentérite et la déshydratation ne sont pas des affections associées à un risque accru d'évolution fœtale défavorable. Toutefois, le dossier fait état d'une surveillance fœtale et d'un suivi à effectuer auprès de l'obstétricien, ce qui témoigne d'une inquiétude concernant le bien-être de la mère et du fœtus. Pour ce motif, la gastroentérite et la déshydratation satisfont toutes deux aux critères de classification à un code du chapitre XV et se voient toutes deux attribuer un type de diagnostic significatif. Des codes supplémentaires visant à préciser l'affection sont attribués, obligatoire, conformément à la directive indiquée aux catégories O98 et O99 selon laquelle il faut « utiliser un code supplémentaire pour identifier l'affection spécifique ».

Grossesse sans complication

Une affection n'est pas classée comme compliquant la grossesse si elle n'est pas associée à un risque d'évolution fœtale défavorable ou si elle ne suscite pas d'inquiétude concernant le bien-être de la mère ou du fœtus, c'est-à-dire si elle ne répond à aucun des critères de complication décrits précédemment (consulter la section Grossesse avec complication).

Reportez-vous également à la norme de codification [Accouchement normal](#).

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une affection ne complique pas la grossesse, tel qu'il est décrit ci-dessus, classez l'affection à un code régulier.



Lorsqu'un code du chapitre XV n'est pas attribué, au cours d'un épisode de soins antepartum, attribuez Z33 *État de grossesse*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.



Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence à 26 semaines de grossesse en raison de rougeurs, de démangeaisons et d'écoulements mucopurulents à l'œil gauche. Elle est examinée par un ophtalmologiste. Le diagnostic final consigné est « conjonctivite ». La patiente reçoit son congé et une ordonnance pour des gouttes ophtalmiques antibiotiques.

Code	SNISA	Description
H10.9	PP	Conjonctivite, sans précision
Z33	AP	État de grossesse

Justification : La conjonctivite n'est pas associée à un risque accru d'évolution fœtale défavorable et aucun document ne fait état d'une inquiétude concernant le bien-être de la mère ou du fœtus. La conjonctivite est classée à un code régulier. Z33 est attribué, obligatoire, puisqu'aucun code du chapitre XV ne s'applique.



Exemple : Une patiente à 32 semaines de grossesse se présente avec une douleur abdominale localisée au quadrant inférieur droit. Elle est admise à des fins d'examen approfondi. La patiente subit une échographie et est examinée par un obstétricien. L'obstétricien inscrit au dossier que « la douleur n'est pas de nature obstétricale ». La patiente reçoit son congé sans rendez-vous de suivi et le diagnostic final consigné est « douleur abdominale ».

Code	BDCP	Description
R10.30	(M)	Douleur localisée au quadrant inférieur droit
Z33	(3)	État de grossesse

Justification : Un obstétricien a examiné la patiente. Toutefois, la documentation appuie l'évaluation initiale qui ne révélait aucune inquiétude au sujet de la grossesse et qu'aucun suivi en obstétrique n'était requis. La douleur abdominale est classée à un code régulier. Z33 est attribué, obligatoire, puisqu'aucun code du chapitre XV ne s'applique.



Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence à 34 semaines de grossesse en raison d'un mal de gorge. Son dossier fait état de diabète sucré gestationnel. Elle est examinée par un otorhinolaryngologiste. Le diagnostic final consigné est « pharyngite aiguë ». La patiente reçoit son congé et une ordonnance prescrivant des antibiotiques.

Code	SNISA	Description
J02.9	PP	Pharyngite aiguë, sans précision
O24.803	AP	Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), troubles ou complications antepartum

Justification : La pharyngite n'est pas associée à un risque accru d'évolution fœtale défavorable et aucun document ne fait état d'une inquiétude concernant le bien-être de la mère ou du fœtus. Par conséquent, la pharyngite aiguë est classée à un code régulier. La patiente est également atteinte de diabète gestationnel. Il est obligatoire d'attribuer un code pour le diabète sucré lorsqu'il est mentionné dans le dossier. Comme il a été mentionné précédemment, le diabète sucré figure parmi les affections qui sont toujours considérées comme compliquant la grossesse. Celui-ci doit donc être classé à un code du chapitre XV.

B Exemple : Une patiente à 28 semaines de grossesse fait une chute dans l'escalier, à son domicile, et subit une fracture de Pouteau-Colles au bras droit. Elle est admise en vue d'une réduction ouverte et d'une fixation interne de la fracture.

Code	BDCP	Description
S52.500	(M)	Fracture de Pouteau-Colles, fermée
W10	(9)	Chute dans et d'un escalier et de marches
U98.0	(9)	Lieu de l'événement, domicile
Z33	(3)	État de grossesse

Justification : Un traumatisme non obstétrical doit être classé à un code du chapitre XIX, conformément à la remarque relative aux exclusions indiquée au début du chapitre XV. Z33 est attribué, obligatoire, puisqu'aucun code du chapitre XV ne s'applique.

Accouchement avec antécédent de césarienne

En vigueur depuis 2003, modifié en 2005, 2006, 2012, 2015

Directives pour la BDCP seulement

B Lorsque l'accouchement a lieu au cours d'un épisode de soins et que la patiente a un antécédent de césarienne, attribuez l'un des codes ci-dessous, obligatoire :

- O75.701 *Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*
- O66.401 *Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*
- O34.201 *Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*

B Assurez-vous que les codes ci-dessus n'apparaissent jamais ensemble sur le même abrégé, car ils sont mutuellement exclusifs.

Exception

En cas de grossesse multiple, O75.701 et O66.401 peuvent figurer sur le même abrégé si un bébé est né par voie vaginale et un autre par césarienne en raison d'une complication non prévue.

Directive pour la BDCP seulement



Lorsqu'une patiente devant subir une césarienne itérative est admise en début de travail et que l'on procède immédiatement à la césarienne, attribuez O34.201 *Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum*.



Exemple : La patiente a déjà subi une césarienne. Au cours de la présente grossesse, le fœtus est en présentation par le siège. La mère obtient donc un rendez-vous en prévision d'une césarienne itérative. Elle se présente en travail à l'hôpital avant la date prévue et subit immédiatement la césarienne.

Code	BDCP	Description
O34.201	(M)	Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O32.101	(1)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La cicatrice utérine et la présentation par le siège sont deux indications pour la césarienne itérative planifiée. Elles peuvent donc toutes deux être inscrites à titre de diagnostic principal.

Grossesses multiples

En vigueur depuis 2008

Directive pour la BDCP seulement



En cas de grossesse multiple, même en l'absence de problème lié à la grossesse ou à l'accouchement, attribuez un code de la catégorie O30 *Grossesse multiple*, obligatoire.

Exception

Un code de la catégorie O30 *Grossesse multiple* est facultatif pour les cas pouvant être classés aux catégories O00 à O08 *Grossesse se terminant par un avortement*.

B Exemple : Accouchement spontané normal par voie vaginale de jumeaux à 38 semaines de gestation.

Code	BDCP	Description
O30.001	(M)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Les grossesses multiples sont toujours considérées comme des grossesses à risque élevé ou ayant le potentiel de compliquer la grossesse ou l'accouchement. Les accouchements multiples ne sont donc pas considérés normaux.

B Exemple : Une primigeste de 19 ans présentant une grossesse gémellaire connue est admise pour une césarienne planifiée en raison de la présentation par le siège décomplété de l'un des jumeaux.

Code	BDCP	Description
O32.501	(M)	Soins maternels pour grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O32.101	(1)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Même lorsque la complication d'une grossesse multiple a été codifiée, un code supplémentaire de la catégorie O30 est attribué.

Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2007

Directives pour la BDCP seulement



Sélectionnez un code des catégories O32 à O34 lorsque

- l'état est documenté avant le début du travail, puis une césarienne planifiée est réalisée;
- les interventions visant à régler un problème potentiel de dystocie (rotation, version) sont réalisées avant le début du travail; ou
- l'accouchement **spontané** d'une présentation ou d'une position anormale par voie vaginale se produit (p. ex. sans manipulation du fœtus, ni utilisation d'instruments), même si la présentation ou la position anormale n'est remarquée qu'après le début du travail.



Lorsque le travail a commencé, mais qu'une intervention médicale est nécessaire en raison d'une position ou d'une présentation anormale, d'une disproportion ou d'une anomalie fœto-pelvienne, attribuez un code des catégories O64 à O66 pour classer la dystocie.

Reportez-vous également aux normes de codification [Accouchement normal](#) et [Dystocie](#).



Exemple : Une primigeste de 26 ans présentant une grossesse gémellaire connue est admise pour une césarienne en raison d'une présentation par le siège de l'un des jumeaux. La patiente subit une césarienne du segment inférieur et les jumeaux sont nés sans problème.

Code	BDCP	Description
O32.501	(M)	Soins maternels pour grossesse multiple avec présentation anormale d'un ou de plusieurs fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O32.101	(1)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La mère est admise en vue d'une césarienne planifiée et elle n'a pas été en travail; donc, il faut sélectionner un code des catégories O32-O34, et non de O64-O66.

B Exemple : Une primigeste de 26 ans présentant une grossesse gémellaire connue est admise en début de travail. Le travail évolue favorablement, le col étant presque complètement dilaté, jusqu'à ce qu'il devienne apparent que le jumeau A se présente par le siège. La patiente subit une césarienne du segment inférieur et les jumeaux sont nés sans problème.

Code	BDCP	Description
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

B Exemple : Une multigeste de 27 ans est admise pour une césarienne en raison d'antécédents de deux césariennes. Elle donne naissance à un garçon.

Code	BDCP	Description
O34.201	(M)	Cicatrice utérine due à une césarienne antérieure, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

B Exemple : Une femme de 27 ans (para 1, gravida 2) est admise en travail actif avec une dilatation du col de 6 cm. Cette patiente a des antécédents de césarienne, mais elle souhaite une épreuve de travail dans l'espoir d'un accouchement par voie vaginale. Après plusieurs heures de travail, elle reçoit un diagnostic de présentation occipito-postérieure persistante et une césarienne est pratiquée.

Code	BDCP	Description
O64.001	(M)	Dystocie due à une rotation incomplète de la tête du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O66.401	(1)	Échec de l'épreuve de travail après une césarienne, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées



Exemple : Une multigeste de 27 ans est admise en phase de travail actif avec une dilatation du col de 6 cm. Cette patiente a des antécédents de césarienne, mais elle souhaite une épreuve de travail. Après deux autres heures de travail, elle accouche par voie vaginale d'une fille.

Code	BDCP	Description
O75.701	(M)	Accouchement par voie vaginale après une césarienne SAI, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées



Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital en début de travail. Le fœtus est en position occipito-postérieure droite. Au moment où la dilatation est complète, le fœtus est en position occipito-postérieure directe. Les jambes de la mère sont placées dans les étriers en position de lithotomie. On l'encourage à pousser. L'accouchement spontané par voie vaginale se produit à partir de la position occipito-postérieure directe.

Diagnostic final : Position occipito-postérieure persistante, prolongation des premier et deuxième stades du travail

Code	BDCP	Description
O32.801	(M)	Soins maternels pour d'autres présentations anormales du fœtus, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O63.001	(1)	Prolongation du premier stade (du travail), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O63.101	(1)	Prolongation du deuxième stade (du travail), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Il est possible qu'un accouchement spontané par voie vaginale se produise à partir de la position occipito-postérieure directe. Toutefois, il ne s'agit pas d'un accouchement normal. Aucune manipulation du fœtus ni utilisation d'instruments n'indique la dystocie; donc le code à attribuer est O32.801.

Grossesse prolongée/naissance après terme

En vigueur depuis 2012

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsque la patiente a atteint 42 semaines complètes de gestation (42 + 0), attribuez un code de la catégorie O48 *Grossesse prolongée*.

B Exemple : Une patiente donne naissance à un bébé en santé. L'âge gestationnel consigné dans le dossier de l'accouchement est 42 semaines complètes.

Code	BDCP	Description
O48.001	(M)	Grossesse prolongée, accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Une gestation de 42 semaines complètes documentée est une indication de « grossesse prolongée »; par conséquent, le code O48.001 est attribué.

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsque la patiente a atteint 41 semaines complètes de gestation (41 + 0) et que le terme « date après-terme » ou « après terme » est inscrit au dossier comme indication pour le déclenchement du travail, attribuez un code de la catégorie O48 *Grossesse prolongée*.

Remarque

Selon la définition, une grossesse qui n'atteint pas 41 semaines complètes n'est pas considérée comme après terme; par conséquent, si un diagnostic « date après terme » ou « après terme » est indiqué et que la gestation n'a pas atteint 41 semaines complètes, le dossier doit être retourné au médecin pour vérification du diagnostic. Si cela n'est pas possible, le cas doit être classé comme il est documenté.

B Exemple : Une patiente est admise pour un déclenchement. Le dossier de l'accouchement indique un âge gestationnel de 41 + 2 et la raison du déclenchement est consignée comme « après terme ».

Code	BDCP	Description
O48.001	(M)	Grossesse prolongée, accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La gestation est de plus de 41 semaines complètes et elle est inscrite comme la raison du déclenchement; par conséquent, O48.001 est attribué.

B Exemple : Une patiente est admise à 41 + 2 semaines de gestation et accouche spontanément d'un bébé en santé, sans complications.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Même si la gestation dépasse 41 semaines complètes, cela n'est pas une indication d'intervention.

B Exemple : Une patiente est admise pour un déclenchement. Le dossier de l'accouchement indique un âge gestationnel de 40 + 2 et « après terme » comme raison du déclenchement.

Code	BDCP	Description
O48.001	(M)	Grossesse prolongée, accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Ce cas doit être soumis au médecin pour clarification du diagnostic. Si cela n'est pas possible, le cas doit être classé comme il est documenté.

Rupture prématurée des membranes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2009, 2012

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un code de la catégorie O42 *Rupture prématurée des membranes* lorsqu'il y a rupture **spontanée** du sac amniotique plus d'une heure avant le début du travail. Sélectionnez le code de la catégorie O42 en fonction de l'intervalle entre la rupture des membranes et le début du travail, avec un deuxième axe pour l'âge gestationnel (à terme ou avant terme) au moment de la rupture.

Remarque

Pour déterminer le début du travail, utilisez l'heure qui est consignée dans le dossier de l'accouchement.

Reportez-vous également à la norme de codification [Interventions associées à l'accouchement](#).

B Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital à 35 semaines de gestation avec une rupture spontanée des membranes. Elle ne ressent aucune contraction. Le travail commence six heures après la rupture prématurée des membranes. La patiente donne naissance à un garçon en santé deux heures après le début du travail.

Code	BDCP	Description
O42.011	(M)	Rupture prématurée des membranes avant terme, avec début du travail dans les 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O60.101	(1)	Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum
O62.301	(1)	Travail trop rapide, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsque l'accouchement se produit plus de 24 heures après la rupture prématurée des membranes, attribuez le code supplémentaire O75.601 *Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum.*

B Exemple : Une primigeste de 24 ans, à 39 semaines de gestation, est admise à 2 h du matin en raison d'une rupture des membranes survenue à 19 h au cours de la soirée précédant son admission. La patiente est mise en observation pendant plusieurs heures et en raison d'un manque de personnel disponible, une induction du travail ne peut être effectuée avant 18 h. Il est consigné que le travail a commencé à 19 h 30, et un garçon en bonne santé est né à 22 h. Les membranes ont été rupturées pendant 24,5 heures avant le déclenchement du travail.

Code	BDCP	Description
O42.121	(M)	Rupture prématurée des membranes à terme, avec début du travail au-delà de 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O75.601	(1)	Accouchement retardé après rupture spontanée ou non précisée des membranes, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O62.301	(1)	Travail trop rapide, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum,
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Travail avant terme

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsque le travail débute **avant** la fin de la 37^e semaine de grossesse, attribuez un code de la catégorie O60 *Travail avant terme et accouchement*. Le travail peut être spontané ou déclenché et être suivi d'un accouchement par voie vaginale ou par intervention chirurgicale.

Reportez-vous également aux normes de codification [Grossesse se terminant par un avortement](#) et [Rupture prématurée des membranes](#).

B Exemple : Une patiente se présente en travail spontané. Elle donne naissance à une fille en santé à 36 semaines de grossesse.

Code	BDCP	Description
O60.101	(M)	Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Travail prolongé

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2009

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code de la catégorie O63 *Travail prolongé* lorsque la durée des stades de travail répond aux critères ci-dessous :

O63.0— *Prolongation du premier stade (du travail)*

- Plus de 18 heures pour une primipare
- Plus de 12 heures pour une multipare

O63.1— *Prolongation du deuxième stade (du travail)*

- Plus de 2 heures pour une primipare
- Plus de 3 heures pour une primipare sous épidurale
- Plus d'une heure pour une multipare
- Plus de 2 heures pour une multipare sous épidurale

O63.2— *Accouchement retardé du deuxième jumeau, triplé, etc.*

- Plus de 15 minutes entre chaque naissance

Remarque

Pour calculer la durée du travail, utilisez les heures consignées dans le dossier de l'accouchement.

B Exemple : Une patiente primipare se présente à l'hôpital en travail. Après 20 heures de travail, son obstétricien recommande une césarienne, car son col demeure à 6 cm de dilatation. La patiente donne naissance à une fille en santé par césarienne.

Code	BDCP	Description
O63.001	(M)	Prolongation du premier stade (du travail), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O62.101	(1)	Inertie utérine secondaire, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La phase active du travail s'est interrompue (c.-à-d. que la dilatation a atteint 6 cm, puis elle s'est arrêtée). Il convient donc de classer le cas comme inertie utérine secondaire. Les deux états étant présents, les deux codes sont attribués. La séquence des codes n'a pas d'importance dans ce cas-ci; les deux peuvent être considérés comme le diagnostic principal.

B Exemple : Une patiente multipare se présente à l'hôpital en travail actif; on lui administre une anesthésie épidurale. Un examen du col révèle que celui-ci est dilaté à 10 cm et qu'il est complètement effacé. La patiente pousse pendant deux heures et cinq minutes. Son obstétricien décide d'utiliser une ventouse. La mère accouche d'une fille en santé, née par voie vaginale assistée avec extraction basse par ventouse.

Code	BDCP	Description
O63.101	(M)	Prolongation du deuxième stade (du travail), accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Une fois le col de la patiente dilaté à 10 cm, le travail entre dans la deuxième phase.

B Exemple : Une patiente primipare se présente en travail à 38 semaines de gestation; elle est enceinte de jumeaux. Après avoir poussé pendant une heure, elle donne naissance à un garçon en santé (jumeau A). Elle continue de pousser et, 18 minutes plus tard, son obstétricien utilise une ventouse pour faciliter l'extraction du deuxième bébé, une fille également en santé (jumeau B).

Code	BDCP	Description
O63.201	(M)	Accouchement retardé du deuxième jumeau, triplé, etc., accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O30.001	(1)	Jumeaux, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.200	(3)	Naissance gémellaire, jumeaux nés vivants, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Travail trop rapide

En vigueur depuis 2007, modifié en 2009

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez O62.3– *Travail trop rapide* lorsque la durée totale du travail est inférieure ou égale à 3 heures ou lorsque le médecin inscrit au dossier que l'accouchement ou le deuxième stade étaient rapides.

Remarque

Pour calculer la durée du travail, utilisez les heures consignées dans le dossier de l'accouchement.

B Exemple : Puisque son travail ne s'est pas déclenché naturellement, une femme de 26 ans (G 4) dont la grossesse a atteint 41 semaines + 2 jours est admise à l'hôpital pour un déclenchement. Le jour de l'admission, à 13 h 15, on lui administre une dose de syntocinon en IV. Le travail est déclenché à 14 heures. À 15 h 32, le col est complètement dilaté. Elle commence à pousser à 15 h 39, et accouche d'un garçon vivant à 16 h 13.

Code	BDCP	Description
O48.001	(M)	Grossesse prolongée, accouchement avec ou sans mention de trouble antepartum
O62.301	(1)	Travail trop rapide, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Dystocie

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2007, 2018

Directive pour la BDCP seulement



Classez le travail à un code de dystocie lorsque des anomalies font obstacle à un accouchement spontané par voie vaginale.

- Assurez-vous que la documentation démontre que la patiente était en travail avant d'attribuer un code des catégories O64 à O66.
- Utilisez un code de dystocie si le médecin fait état d'une dystocie ou si l'index alphabétique conduit à un code de dystocie (p. ex. dystocie des épaules, position occipito-transverse persistante).
- Recherchez des observations indiquant une dystocie dans la documentation lorsqu'une césarienne non-planifiée est pratiquée en raison de risques pour la mère.

Remarque

La notion de travail difficile SAI n'est pas nécessairement une indication de dystocie. Il s'agit d'un terme inclus à O62.2– *Anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col, autres formes d'inertie utérine.*

Reportez-vous également aux normes de codification [Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement](#) et [Accouchement normal](#).



Exemple : Grossesse à terme, accouchement, avec dystocie due à une présentation transverse.

Code	BDCP	Description
O64.801	(M)	Dystocie due à d'autres positions et présentations anormales, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

B Exemple : Une mère accouche d'une petite fille par voie vaginale avec dystocie des épaules de plus d'une minute. L'indice d'Apgar était de 7 et de 9.

Code	BDCP	Description
O66.001	(M)	Dystocie due à une dystocie des épaules, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Dans le cas de la dystocie des épaules, la recherche dans l'index alphabétique mène à un code de dystocie. O66.001 est attribué.

B Exemple : Grossesse à terme, accouchement avec dystocie due à une présentation du siège. Une césarienne non prévue est pratiquée.

Code	BDCP	Description
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

B Exemple : La patiente a un rendez-vous pour une césarienne en raison d'une présentation par le siège. Elle se présente à l'hôpital avant la date prévue car son travail s'est déclenché de façon spontanée. Elle subit immédiatement la césarienne.

Code	BDCP	Description
O32.101	(M)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles ante partum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La césarienne était prévue avant le commencement du travail. Ainsi, il convient de sélectionner le code des soins maternels pour la présentation par le siège connue ou présumée.

B Exemple : La patiente est admise pour un déclenchement en raison d'une grossesse prolongée. On lui administre de l'ocytocine en IV, puis le travail commence. Peu après le commencement du travail, on remarque que le fœtus se présente par le siège. Le médecin donne à la mère le choix de poursuivre le travail ou de subir une césarienne. La mère opte pour la césarienne.

Code	BDCP	Description
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O48.001	(1)	Grossesse prolongée, accouchement, avec ou sans mention de trouble antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La présentation par le siège n'était pas connue avant le début du travail et la césarienne n'était pas prévue. Il convient donc de sélectionner la dystocie en raison de la présentation par le siège.

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsque des soins maternels sont prodigués avant le début du travail en raison de la possibilité d'un facteur obstructif, attribuez un code des catégories O31 à O34.

B Exemple : Une présentation du siège est diagnostiquée lors de l'échographie d'une patiente. Cette dernière est admise en vue d'une césarienne (planifiée). Elle n'a jamais été en travail.

Code	BDCP	Description
O32.101	(M)	Soins maternels pour présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Remarque

Une dystocie peut parfois se terminer par un accouchement par voie vaginale.

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsque le facteur obstructif est éliminé par version et/ou par rotation au moment de l'accouchement ou par certaines autres manœuvres (p. ex. Rubin, Wood), et que le résultat est un accouchement par voie vaginale, attribuez un code

- des catégories O64 à O66; et
- pour l'intervention qui a mené à la résolution de la dystocie.

Remarque

La position de la mère classée à la rubrique 5.MD.16.^^ *Positions de la mère pour l'accouchement (aide)* (p. ex. manœuvre de McRoberts) peut dégager certaines obstructions; cependant, il n'est pas obligatoire d'attribuer un code pour ces interventions. Reportez-vous également à la norme de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#).

B Exemple : Une patiente est admise en travail actif à 37 semaines de gestation. Le travail est compliqué par une dystocie due à une présentation du siège. Le médecin effectue avec succès une version céphalique externe et l'enfant naît par voie vaginale avec une présentation céphalique.

Code	BDCP	Description
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.50.AA Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle
(présentation par le sommet), sans épisiotomie

5.LD.40.JA Version au cours du travail, par version céphalique externe



Exemple : Une dystocie des épaules est constatée pendant l'accouchement. On procède à la manœuvre de McRoberts avec pression sus-pubienne, puis à une manœuvre de renversement (rotation interne des épaules), ce qui permet de dégager le bras postérieur. Le reste du corps suit.

Code	BDCP	Description
O66.001	(M)	Dystocie due à une dystocie des épaules, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.50.AA Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle
(présentation par le sommet), sans épisiotomie

5.MD.40.LH Version et/ou rotation lors de l'accouchement, par manœuvre
de renversement

Justification : O66.001 est attribué parce que l'index alphabétique pour la dystocie des épaules mène à un code de dystocie. 5.MD.40.LH est attribué pour la manœuvre de renversement, car il est obligatoire conformément à la norme de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#). Même si la manœuvre de McRoberts (avec pression sus-pubienne) est également utilisée pour dégager l'obstruction, cette manœuvre (avec ou sans pression sus-pubienne) est classée à 5.MD.16.LL, et ce code est facultatif.

Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2012, 2015

Les codes de la catégorie O68 *Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale* permettent de signaler la présence de risques pour le fœtus de souffrir d'asphyxie ou d'acidémie. Les interventions lors de l'accouchement peuvent trouver leur sens dans la présence de ces indicateurs. Heureusement, malgré les préoccupations précédant l'accouchement, les patientes donnent le plus souvent naissance à un enfant parfaitement normal. Les codes des sous-catégories O68.0– à O68.2– peuvent être attribués sur l'abrégé de la mère même si le fœtus naît sans évidence d'asphyxie ou d'acidémie. Toutefois, il n'est pas possible d'attribuer O68.3– *Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine* sans résultats de laboratoire confirmant la présence de cet état.

Directive pour la BDCP seulement



Lorsqu'un diagnostic d'acidémie fœtale ou d'asphyxie fœtale a été confirmé par la documentation d'un équilibre acido-basique anormal (valeur du pH pour l'acidémie fœtale indiquée à la catégorie P20.– *Acidémie fœtale*), attribuez O68.3– *Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine*.

Remarque

Lorsque des signes d'asphyxie fœtale sont présents avant le début du travail, attribuez un code de la sous-catégorie O36.3– *Soins maternels pour signes de mort apparente du fœtus* (hypoxie fœtale).

Reportez-vous également à la norme de codification [Acidémie fœtale](#).



Exemple : Une patiente est admise en travail actif à 37 semaines de gestation. Au cours du travail, le rythme cardiaque du fœtus est inquiétant. Un prélèvement du cuir chevelu du fœtus révèle un pH artériel de 6,7. L'obstétricien recommande de procéder à une césarienne d'urgence en raison d'une détresse fœtale.

Code	BDCP	Description
O68.301	(M)	Travail et accouchement compliqués de signes d'asphyxie intra-utérine, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Hémorragie du post-partum

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2012, 2018

Une « **hémorragie post-partum** » décrit un événement plutôt qu'un diagnostic et, si elle survient, son étiologie doit être déterminée¹. Dans la CIM-10-CA, l'hémorragie post-partum est classée selon son étiologie (cause). La perte de sang due à l'atonie utérine ou à la rétention de produits pendant ou après l'accouchement est classée à la catégorie O72 *Hémorragie post-partum*.

La perte de sang survenue pendant la période post-partum pour des raisons autres que celles susmentionnées, comme une blessure (p. ex. une déchirure de l'artère utérine pendant une césarienne ou une déchirure du sillon (sulcus) vaginal pendant un accouchement par voie vaginale), n'est pas classée à la catégorie O72 *Hémorragie post-partum*.

Les mesures préventives (pour éviter la perte de sang excessive postpartum) font partie de la gestion systématique du troisième stade du travail et **ne sont pas** une indication qu'une hémorragie post-partum s'est produite. Ces mesures comprennent l'administration d'ocytocine et/ou le massage utérin afin de faciliter les contractions utérines.

Les mesures thérapeutiques (pour contrôler la perte de sang excessive) **sont** une indication d'hémorragie post-partum. Ces mesures comprennent l'examen vaginal au spéculum, le retrait des caillots, l'introduction d'un cathéter intra-utérin de Foley, l'exploration manuelle de l'utérus et l'administration d'Hemabate.

Si des mesures thérapeutiques sont prises et qu'aucun diagnostic d'hémorragie post-partum n'est posé, le dossier doit être retourné au médecin pour documentation.

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un code de la catégorie *O72 Hémorragie post-partum* lorsqu'au moins un des critères suivants est satisfait :

- La perte de sang est excessive :
 - un accouchement par voie vaginale avec perte de sang > 500 cc/ml au cours du troisième stade du travail, dans le post-partum immédiat ou après les 24 premières heures;
 - une césarienne avec perte de sang > 1 000 cc/ml.
- La documentation indique une atonie utérine après l'accouchement, peu importe la quantité consignée de sang perdu.
- Le médecin indique une hémorragie post-partum, peu importe les mesures prises et la quantité consignée de sang perdu.

La sélection du code de la catégorie *O72 Hémorragie post-partum* dépend de l'étiologie et de la période durant laquelle l'hémorragie se produit :

Étiologie	Période	Code
Rétention, incarceration ou adhérence du placenta avec saignement excessif	Pendant le troisième stade du travail	<i>O72.0– Hémorragie de la délivrance (troisième stade)</i>
	N'importe quand, sauf pendant le troisième stade du travail (peu importe le moment)	<i>O72.2– Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire</i>
Atonie utérine ou inconnue ou non documentée (c.-à-d. hémorragie post-partum SAI), peu importe la quantité consignée de sang perdu	Pendant les 24 premières heures suivant l'accouchement	<i>O72.1– Autres hémorragies immédiates du post-partum</i>
	Entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement	<i>O72.2– Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire</i>

Remarque

La rétention, l'incarcération ou l'adhérence du placenta sans saignement excessif, ou la documentation par le médecin d'une hémorragie qui peut survenir n'importe quand pendant ou après le troisième stade de travail, est classée à *O73.– Rétention du placenta et des membranes, sans hémorragie*.

Remarque

L'hémorragie ou la perte de sang excessive au cours d'un accouchement ou immédiatement après un accouchement en raison d'une blessure, y compris des déchirures du périnée, est classée comme une hémorragie intrapartum, puisque la blessure a eu lieu avant l'accouchement ou au cours de celui-ci.

L'hémorragie est classée à O67.8– *Autres hémorragies pendant l'accouchement*.



Exemple : Une hémorragie se déclenche chez une patiente pendant le troisième stade du travail à la suite de la rétention du placenta. La patiente est conduite en salle d'opération où une extraction manuelle du placenta est effectuée sous anesthésie générale.

Code	Description
O72.002	Hémorragie de la délivrance (troisième stade), accouchement, avec mention de complications post-partum

Justification : Une hémorragie post-partum documenté comme étant causée par une rétention du placenta est survenue pendant le troisième stade du travail. En conséquence, O72.002 est attribué.



Exemple : Une patiente donne naissance par césarienne à un garçon en santé. L'obstétricien inscrit au dossier que la patiente a saigné abondamment et que l'utérus semble atonique. Le médecin pratique une compression bimanuelle, puis la patiente reçoit deux doses de 40 unités de syntocinon dans 1 litre de soluté lactate Ringer ainsi qu'une dose intramusculaire d'Hemabate. La perte de sang est estimée à 900 cc.

Code	Description
O72.102	Autres hémorragies immédiates du post-partum, accouchement, avec mention de complications post-partum

Justification : L'atonie utérine étant documentée, O72.102 est attribué peu importe la quantité de sang perdue.

B Exemple : Environ quatre heures après un accouchement par voie vaginale, une patiente commence à saigner abondamment par le vagin. Elle est transportée en salle d'opération pour une exploration manuelle de l'utérus. Des parties du placenta et des membranes déciduales sont trouvées et retirées. La quantité de sang perdue est estimée à 600 cc.

Code	Description
O72.202	Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire, accouchement, avec mention de complications post-partum

Justification : Le saignement excessif en raison de la rétention de parties du placenta qui n'a pas eu lieu pendant le troisième stade du travail est classé en tant qu'hémorragie tardive ou secondaire.

B Exemple : Une patiente a donné naissance à un garçon en santé il y a deux semaines. Elle se présente aujourd'hui à l'hôpital en raison d'un saignement vaginal. Elle est conduite en salle d'opération où elle subit une dilatation et curetage. Des produits de conception retenus dans l'utérus sont retirés.

Code	BDCP	Description
O73.104	(M)	Rétention partielle du placenta et des membranes, sans hémorragie, troubles ou complications post-partum

Justification : La rétention de produits de conception sans saignement excessif ou la documentation par le médecin d'une hémorragie est classée à O73.1–
Rétention partielle du placenta ou des membranes, sans hémorragie.

B Exemple : Une patiente donne naissance à un bébé en santé lors d'un accouchement par voie vaginale. L'obstétricien consigne une perte de sang estimée à « environ 500 cc ». L'accouchement s'est déroulé sans complications.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : La perte de sang n'est pas supérieure à 500 cc; il ne s'agit donc pas d'une hémorragie post-partum. Un code de la catégorie O72 *Hémorragie post-partum* n'est pas attribué.

B Exemple : La patiente accouche par forceps d'une fille après l'arrêt du deuxième stade du travail. Une épisiotomie médiolatérale droite est effectuée pendant l'accouchement. Le médecin inscrit que d'importantes déchirures vaginales au deuxième degré ont compliqué l'accouchement. La réparation subséquente était compliquée. La perte de sang estimée est de 1 000 cc, en grande partie due aux déchirures vaginales compliquées.

Code	BDCP	Description
O70.101	(1)	Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O67.801	(1)	Autres hémorragies pendant l'accouchement, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum

Justification : La quantité de sang inscrite est 1 000 cc, ce qui justifie la classification de cette perte en tant qu'hémorragie. Le médecin a inscrit que la perte de sang était due à la blessure (déchirures vaginales au deuxième degré); par conséquent, un code de la catégorie *O72 Hémorragie post-partum* n'est pas attribué. L'hémorragie est classée à O67.801 selon l'entrée suivante de l'index alphabétique : hémorragie, compliquant, accouchement, due à, traumatisme.

Complications de l'anesthésie au cours du travail et de l'accouchement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez un code pour classer les complications maternelles dues à l'administration d'un anesthésique général ou local, d'un analgésique ou d'un autre sédatif au cours de la grossesse ou de la puerpéralité en fonction du stade de la grossesse au moment de l'administration de l'agent.

B Exemple : Une patiente reçoit une anesthésie épidurale pendant le travail et l'accouchement. Dans les 24 heures suivant l'accouchement, elle se plaint de maux de tête. Un diagnostic de céphalée après épidurale est posé.

Code	Description
O74.502	Céphalée provoquée par une rachianesthésie et une anesthésie épidurale au cours du travail et de l'accouchement, accouchement, avec mention de complications post-partum

Interventions associées à l'accouchement

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007, 2009, 2012, 2018, 2022

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code d'intervention des rubriques 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^, inclusivement, pour tout accouchement, incluant chaque accouchement d'une grossesse multiple.

Exception

Lorsque, dans le cas d'une grossesse multiple, les accouchements nécessitent l'utilisation du même code de la CCI, attribuez ce code une seule fois.



Exemple : Une patiente accouche de façon spontanée d'une fille en santé à 4 h 15. Le médecin n'est pas encore arrivé, cependant, le personnel infirmier est présent.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.50.AA Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle
(présentation par le sommet), sans épisiotomie

Exemple : Une mère de 24 ans accouche avant terme d'un fœtus de très petite taille dans son lit en l'absence de tout personnel soignant.

5.MD.51.ZZ Accouchement spontané, par voie vaginale et sans
assistance, approche/technique SAI

Exemple : Grossesse gémellaire à 36 semaines de gestation, accouchement par césarienne itérative planifiée du segment inférieur.

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du
segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : RA

Exemple : Grossesse gémellaire, mère admise avec dilatation complète. Accouchement réussi du premier jumeau en présentation du sommet, avec utilisation de forceps inférieur associé à une épisiotomie médiolatérale. Le deuxième jumeau en présentation par le siège nécessite une extraction partielle par le siège.

5.MD.53.KL	Accouchement par forceps, rotation et traction, forceps inférieur (bas) (p. ex. manœuvre de Pajot), avec épisiotomie (médiane ou médiolatérale)
5.MD.56.PA	Accouchement par le siège, avec épisiotomie, extraction partielle par le siège [accouchement par le siège assisté], avec dégagement spontané de la tête

Justification : L'épisiotomie n'est pratiquée qu'une seule fois. Cependant, étant donné qu'elle a été effectuée avant la naissance du premier jumeau, les deux codes d'intervention sélectionnés doivent inclure l'épisiotomie. Ce principe permet de prendre en compte tous les accouchements avec épisiotomie, qu'ils concernent ou non des naissances multiples.

Déclenchement et stimulation du travail

Directives pour la BDCP seulement

- B** En cas de maturation cervicale par sonde à ballonnet ou par l'insertion d'une tige laminaire, attribuez, obligatoire,
 - 5.AC.24.CK-BD *Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une sonde à ballonnet par voie naturelle (mûrissement, maturation); et/ou*
 - 5.AC.24.CK-W6 *Préparation par dilatation du col (pour), travail, insertion d'une tige laminaire par voie naturelle.*
- B** Lorsque le travail actif ne commence pas de façon spontanée et doit être déclenché à l'aide de méthodes artificielles, attribuez un code, obligatoire, de la rubrique 5.AC.30.^*Déclenchement du travail*. Codifiez toutes les méthodes utilisées, incluant celles qui ont été amorcées ou pratiquées avant l'admission.
- B** Lorsque le travail actif débute de façon spontanée ou qu'il a été déclenché, et qu'une intervention est nécessaire pour s'assurer que le travail continue de progresser, attribuez un code, obligatoire, de la rubrique 5.LD.31.^*Stimulation du travail*. Codifiez toutes les méthodes qui s'appliquent.

Exception

Lorsqu'un agent ocytocique par voie intraveineuse est utilisé pour déclencher le travail, toute administration subséquente d'agent ocytocique par voie intraveineuse doit être considérée comme une continuité du déclenchement et non comme une stimulation. Cette directive s'applique peu importe si l'administration de l'agent ocytocique par voie intraveineuse a été faite de façon continue, ou a été interrompue puis recommencée après le début du travail.

Remarque

Pour déterminer le début du travail, utilisez l'heure consignée dans le dossier de l'accouchement. Cette heure désigne le début du travail actif; la patiente peut avoir des contractions avant cette heure (phase latente du travail).

Remarque

Utilisez l'Indicateur d'intervention avant l'admission pour signaler que le déclenchement du travail (5.AC.30.^^), la maturation cervicale par sonde à ballonnet (5.AC.24.CK-BD) et/ou la maturation cervicale par l'insertion d'une tige laminaire (5.AC.24.CK-W6) a été effectué avant l'admission. Pour obtenir des instructions précises sur l'application de l'indicateur pour les interventions effectuées avant l'admission, consultez le champ 20 du groupe 11 dans le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*.

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital à 42 semaines de gestation mais ne montre aucun signe de travail. On décide de déclencher le travail par rupture artificielle des membranes. Le travail commence et la patiente donne naissance à une fille en santé.

5.AC.30.AP Déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes

Exemple : Une patiente se présente en consultation externe pour une évaluation antepartum à 40 semaines de grossesse. La grossesse a été compliquée par une hypertension gestationnelle légère et le médecin décide de procéder au déclenchement du travail. Le col utérin n'est pas favorable, alors du gel Prepidil endocervical est utilisé et la patiente est retournée chez elle. Elle revient à l'hôpital plus tard dans la journée avec un travail déjà amorcé et a un accouchement vaginal spontané.

5.AC.30.CK-I2 Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale, vaginale) d'un agent utérotonique

Remarque : Appliquez l'Indicateur d'intervention avant l'admission

Justification : Il est obligatoire de consigner un déclenchement du travail qui a été amorcé ou pratiqué avant l'admission. L'utilisation de l'Indicateur d'intervention avant l'admission permet de préciser que le déclenchement du travail a été fait avant l'admission.

Exemple : Une patiente est vue en consultation externe pour une grossesse prolongée. Du gel Prepidil endocervical est utilisé afin de déclencher le travail. La patiente est retournée chez elle et doit revenir lorsque le travail aura débuté ou dans 12 heures s'il n'y a pas de travail. Puisque la patiente n'est toujours pas en travail, elle est admise à l'hôpital pour recevoir une injection intraveineuse d'ocytocine. Le travail commence et elle donne naissance à un garçon en santé.

5.AC.30.HA-I2	Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique
5.AC.30.CK-I2	Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale, vaginale) d'un agent utérotonique

Remarque : Appliquez l'Indicateur d'intervention avant l'admission

Justification : Les méthodes de déclenchement du travail sont quelquefois commencées en consultation externe. Il est obligatoire de codifier toutes les méthodes utilisées pour le déclenchement du travail, y compris celles qui ont été amorcées avant l'admission. Dans ce cas, une méthode de déclenchement du travail a été utilisée avant l'admission et une autre après l'admission; chaque méthode est codifiée séparément. L'utilisation de l'Indicateur d'intervention avant l'admission permet de préciser qu'une méthode a été utilisée avant l'admission. **Remarque :** Il ne s'agit pas d'un échec du déclenchement du travail.

Exemple : Le 13 mai, une patiente se présente à l'hôpital en travail spontané et elle donne naissance à une fille en santé. La note d'admission indique que la patiente a déjà été hospitalisée pour l'administration d'ocytocine en raison d'une protéinurie et d'un œdème, mais qu'elle a pu retourner chez elle à la suite du diagnostic d'échec du déclenchement du travail.

Remarque : Le déclenchement du travail avant l'admission **n'est pas** codifié à l'admission ultérieure pour la naissance.

Justification : Le déclenchement du travail avant l'admission a été documenté comme un échec, c'est pourquoi le travail de la patiente était spontané et non déclenché. La codification du déclenchement du travail avant l'admission permet de faire la distinction entre le travail déclenché et le travail spontané. La codification du déclenchement du travail avant l'admission au moment de l'admission pour la naissance indiquerait un travail déclenché pour cette patiente, ce qui serait inexact.

Exemple : Une patiente se présente à 37 + 3 semaines pour un déclenchement du travail prévu en raison d'une hypertension essentielle. Conformément au protocole, une forte dose d'ocytocine par voie intraveineuse lui est administrée. La patiente répond bien à l'ocytocine, qui est arrêtée une fois le travail actif atteint. Le col de la patiente est dilaté à 6 cm, mais les contractions deviennent irrégulières. L'ocytocine est administrée de nouveau. Les contractions sont toujours irrégulières. Une rupture artificielle des membranes est alors effectuée. Le col est maintenant dilaté à 9 cm et la patiente donne naissance à un garçon en santé après des poussées involontaires.

5.AC.30.HA-I2 Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique

5.LD.31.AP Stimulation du travail, par rupture artificielle des membranes

Justification : L'ocytocine par voie intraveineuse est administrée pour déclencher le travail. Le travail commence, mais ne progresse pas; l'ocytocine est donc administrée de nouveau. L'administration d'ocytocine est considérée comme une continuité du déclenchement et non une stimulation. Par conséquent, 5.AC.30.HA-I2 est attribué pour l'ocytocine administrée au cours de cet épisode de soins. 5.LD.31.AP est également attribué pour la stimulation par rupture artificielle des membranes.

Directives pour la BDCP seulement

-  Lorsqu'un déclenchement est effectué sans mener au travail actif et que la patiente obtient son congé ou subit une césarienne, attribuez un code de la catégorie O61 *Échec du déclenchement du travail*.
-  Lorsqu'il y a échec du déclenchement du travail et que la patiente subit une césarienne, le code de l'indication pour le déclenchement du travail est séquencé avant O61 *Échec du déclenchement du travail*.

Plusieurs tentatives de déclenchement au cours d'une même admission, qui résultent en un déclenchement du travail suivi d'un accouchement par voie vaginale, ne sont pas classées comme un échec du déclenchement du travail.



Exemple : Une patiente primigeste souffrant de pré-éclampsie est admise pour le déclenchement du travail. Un gel de prostaglandine est inséré par voie intravaginale et la patiente reçoit une injection intraveineuse d'ocytocine. Cinq heures plus tard, le travail actif n'a toujours pas commencé et, en raison de l'inquiétude causée par l'augmentation de sa tension artérielle, la mère est conduite en salle d'opération pour subir une césarienne. La patiente n'a pas d'antécédents d'hypertension.

Code	BDCP	Description
O14.901	(M)	Prééclampsie, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O61.001	(1)	Échec du déclenchement médical du travail, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, incision transversale du segment inférieur (transversale basse), sans instrumentation

Situation : PB

5.AC.30.CK-I2 Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale, vaginale) d'un agent utérotonique

5.AC.30.HA-I2 Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique

Justification : Une césarienne est pratiquée, car l'hypertension de la patiente est de plus en plus inquiétante. Ainsi, la pré-éclampsie est sélectionnée comme diagnostic principal. L'échec du déclenchement du travail n'est pas l'indication de la césarienne.



Exemple : Une patiente primigeste souffrant de pré-éclampsie est admise pour un déclenchement du travail. Un gel de prostaglandine est inséré par voie intravaginale et la patiente reçoit une injection intraveineuse d'ocytocine. Le travail actif commence mais, huit heures plus tard, le col n'est toujours pas complètement dilaté et sa tension artérielle continue de s'élever. La patiente est conduite en salle d'opération pour subir une césarienne d'urgence. La patiente n'a pas d'antécédents d'hypertension.

Code	BDCP	Description
O14.901	(M)	Prééclampsie, sans précision, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

5.MD.60.AA Accouchement par césarienne, sans instrumentation, incision transversale du segment inférieur (transversale basse)

Situation : PB

5.AC.30.CK-I2 Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale, vaginale), d'un agent utérotonique

5.AC.30.HA-I2 Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique

Justification : Même si la patiente a accouché par césarienne, la tentative de déclenchement a mené au travail actif et ne peut donc être considérée comme un échec.

Un travail déclenché à l'aide de médicaments ou d'instruments peut parfois nécessiter une plus grande stimulation — ceci est aussi valable dans les cas de déclenchement spontané du travail. Dans ce cas, les codes de déclenchement et de stimulation du travail peuvent être attribués sur le même abrégé.

Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital à 42 semaines de gestation sans signe de travail. On décide de déclencher le travail par rupture artificielle des membranes. Lorsque son col est dilaté à 5 cm, les contractions ralentissent. La patiente reçoit alors de l'ocytocine par intraveineuse.

5.AC.30.AP Déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes

5.LD.31.HA-I2 Stimulation du travail, par infusion d'un agent utérotonique

Interventions post-partum

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code du bloc 5.PB.^ à 5.PD.^ *Interventions post-partum* lorsqu'une intervention propre à l'obstétrique est pratiquée au cours du troisième stade du travail et jusqu'à 42 jours après l'accouchement.

Le troisième stade du travail comprend l'intervalle entre l'expulsion du fœtus et celle du placenta. La période post-partum s'étend du troisième stade du travail jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Les réparations de déchirures obstétricales sont incluses dans les interventions post-partum, tout comme les procédures de dilatation et curetage.

Exemple : Au cours de l'accouchement d'un garçon en santé, une patiente subit une déchirure périnéale au troisième degré. Le médecin responsable répare la déchirure dans la salle de travail et d'accouchement avant le transfert de la patiente à l'unité de soins obstétricaux.

5.PC.80.JQ

Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure, lacération obstétricale récente du rectum et du sphincter externe de l'anus

Dilatation et curetage

En vigueur depuis 2001

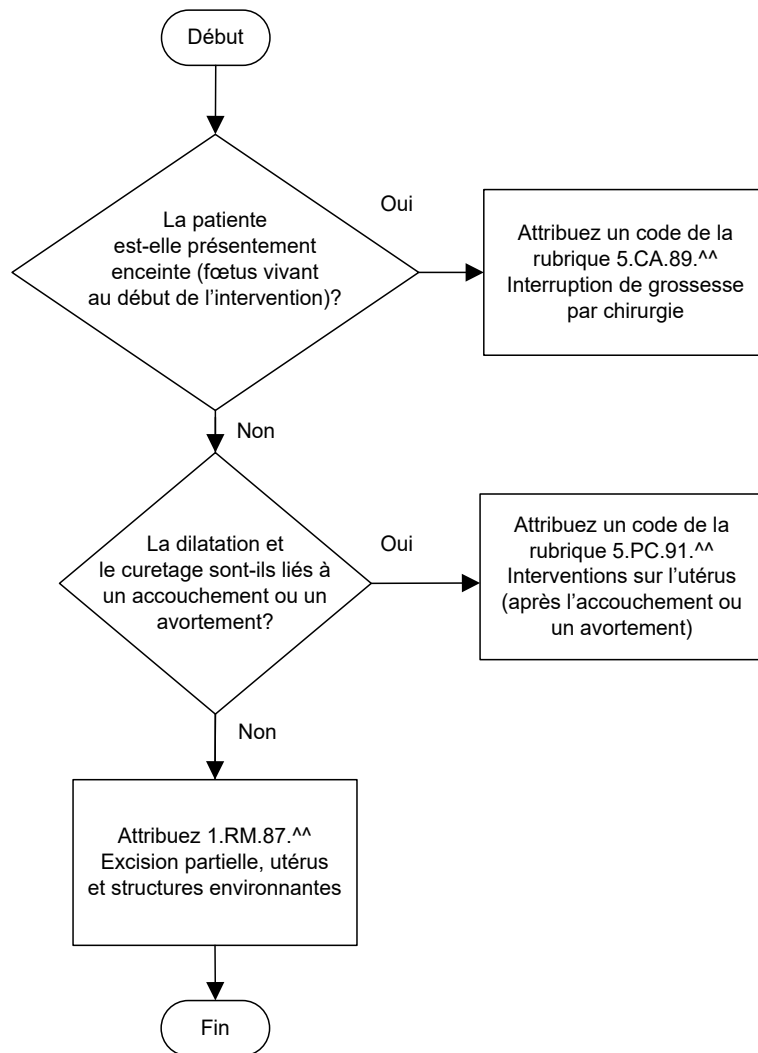
La procédure de dilatation et curetage est la seule intervention de la CCI à être présente dans plusieurs sections et dans plusieurs rubriques de la section 5.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez le code de la CCI pour la dilatation et curetage de l'utérus en fonction de l'état gravide de l'utérus.

Reportez-vous également à la section sur les interventions post-partum de la norme de codification [Interventions associées à l'accouchement](#).



Référence

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Chapitre 35 — Obstetrical hemorrhage. In : [Williams Obstetrics](#). 23^e édition. 2010.

Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

Aux fins de l'attribution de codes de la CIM-10-CA, la période périnatale commence à la 20^e semaine complète de gestation et se termine 28 jours après l'accouchement.

Les affections qui ont lieu au cours de la période périnatale ou qui sont documentées comme ayant leur origine dans la période périnatale (même si un décès ou une morbidité survient plus tard) devraient être classées au chapitre XVI. Les codes de ce chapitre ont priorité sur les codes des autres chapitres, peu importe l'âge du patient. Toutefois, il existe certaines exceptions, comme celles-ci :

- Certaines maladies infectieuses contractées *in utero* ou pendant la naissance **ne sont pas** classées au bloc P35-P39 *Infections spécifiques de la période périnatale*. Elles comprennent ce qui suit :
 - Infection gonococcique congénitale (A54.–);
 - Syphilis congénitale (A50.–);
 - Immunodéficience humaine virale (VIH) (B24);
 - Mise en évidence par des examens de laboratoire du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (R75).
- Certaines maladies infectieuses contractées **après** la naissance ou au cours de la période périnatale ne sont pas classées au bloc P35-P39 *Infections spécifiques de la période périnatale*. Elles comprennent ce qui suit :
 - Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99) (p. ex. la sepsie néonatale à début tardif; reportez-vous également à la norme de codification [Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né](#));
 - Grippe (J09 à J11).

- Certaines affections qui peuvent être diagnostiquées au cours de la période périnatale sont classées ailleurs. Elles comprennent ce qui suit :
 - Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques (Q00-Q99);
 - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90);
 - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98);
 - Tumeurs (C00-D48);
 - Tétanos néonatal (A33);
 - Coqueluche (A37.-).

Remarque

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive. Les codificateurs doivent lire et suivre toutes les remarques sur l'attribution de codes qui accompagnent les codes, les catégories, les titres de chapitres et les blocs.

Faible poids à la naissance et/ou enfant né avant terme

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2012, 2015, 2018

Un faible poids à la naissance peut être le résultat d'une naissance prématurée (moins de 37 semaines de grossesse) ou peut se produire lors d'une naissance à terme. Un faible poids à la naissance augmente les risques de mortalité infantile et d'incapacités cognitives et physiques, et il peut être également la cause de problèmes de santé chronique dans le futur.

De la même façon, une naissance avant terme, peu importe le poids à la naissance, est un déterminant majeur de la morbidité et de la mortalité infantile et, à long terme, a des conséquences néfastes sur la santé. Les enfants nés prématurément affichent des taux plus élevés de paralysie cérébrale, de déficits sensoriels, de difficultés d'apprentissage et de maladies respiratoires que les enfants nés à terme. La morbidité associée aux naissances avant terme s'échelonne souvent sur une plus longue période et a des conséquences énormes tant au niveau physique et psychologique qu'au niveau économique¹.

Reportez-vous également à la section [Diagnostic de type \(0\) — Nouveau-né](#) de la norme de codification [Définition des types de diagnostics selon la BDCP](#).

Directives pour la BDCP seulement

- B** Lorsque le poids à la naissance est inférieur à 2 500 g, attribuez, obligatoire, l'un des codes suivants comme diagnostic de type significatif :
- P07.0 *Poids extrêmement faible à la naissance*, pour un poids à la naissance de 999 g ou moins; ou
 - P07.1 *Autres poids faibles à la naissance*, pour un poids à la naissance de 1 000 à 2 499 g.
- B** Lorsque la documentation fait état d'une malnutrition fœtale, attribuez P05.2 *Malnutrition du fœtus, sans mention de léger ou petit pour l'âge gestationnel*, obligatoire, à titre de diagnostic de type significatif.
- B** Lorsque la documentation fait état d'un retard de croissance intra-utérine (c.-à-d. léger ou petit pour l'âge gestationnel), attribuez un code de la catégorie P05.9– *Croissance lente du fœtus, sans précision*, obligatoire, à titre de diagnostic de type significatif.
- B** Lorsque l'âge gestationnel du nouveau-né est moins de 37 semaines complètes, attribuez, obligatoire, à titre de diagnostic de type significatif, soit
- P07.2 *Immaturité extrême*; ou
 - P07.3 *Autres enfants nés avant terme*.

Remarque

Cette norme ne signifie pas que le faible poids à la naissance ou la prématurité doit être sélectionnée en tant que diagnostic principal. Lorsqu'une affection grave autre qu'un faible poids à la naissance ou une naissance prématurée réunit les conditions prescrites du diagnostic principal, elle devrait être désignée ainsi sur l'abrégié.

Remarques

- L'âge gestationnel apparaissant sur le rapport d'examen physique du nouveau-né doit être utilisé à titre de première source de documentation. Lorsque l'âge gestationnel selon l'évaluation physique n'est pas inscrit sur le rapport d'examen physique à la naissance ou sur le résumé à la sortie, utilisez l'âge gestationnel calculé par dates, tel qu'indiqué dans le rapport du travail et de l'accouchement.
- L'attribution de P07.2 *Immaturité extrême* et P07.3 *Autres enfants nés avant terme* doit concorder avec l'élément de données sur l'âge gestationnel de l'abrégé de la BDCP. Selon le *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*, l'âge gestationnel d'un nouveau-né ou d'un nourrisson fait est basé sur l'évaluation physique au moment de la naissance selon un algorithme établi par le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) « *Algorithm for the Estimation of Gestational Age, Canadian Perinatal Surveillance System, 2010* ». Reportez-vous au champ 06 du groupe 18 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP*.
- L'âge gestationnel inscrit sur l'abrégé d'un nouveau-né peut-être différent de celui qui est indiqué sur le dossier de la mère au moment de l'accouchement, car le premier désigne une évaluation physique du nouveau-né alors que le dernier représente le nombre de semaines de grossesse de la mère.
- Assurez-vous que P07.2 *Immaturité extrême* est inscrit dans l'abrégé d'un nouveau-né lorsque la valeur indiquée dans le champ sur l'âge gestationnel est inférieure à 28.
- Assurez-vous que P07.3 *Autres enfants nés avant terme* est inscrit dans l'abrégé d'un nouveau-né lorsque la valeur indiquée dans le champ sur l'âge gestationnel est située entre 28 et 37.

Séquence des codes de faible poids à la naissance, de malnutrition fœtale, de retard de croissance intra-utérine et/ou de prématurité

Utilisez le tableau suivant pour déterminer le séquençement des codes pour le faible poids à la naissance, la malnutrition fœtale, le retard de croissance intra-utérine et/ou la prématurité.

Troubles connexes	Poids ≤ 999 grammes	Poids compris entre 1 000 et 2 499 grammes	Poids ≥ 2 500 grammes
Enfant né à terme ≥ 37 semaines de gestation complétées			
Malnutrition du fœtus	s.o.	P07.1 P05.2	P05.2
Retard de croissance intra-utérine	s.o.	P07.1 P05.9–	P05.9–
Nil	s.o.	P07.1	s.o.

Troubles connexes	Poids ≤ 999 grammes	Poids compris entre 1 000 et 2 499 grammes	Poids ≥ 2 500 grammes
Enfant né avant terme ≥ 28 semaines complétées mais < 37 semaines de gestation complétées			
Malnutrition du fœtus	P07.0 P05.2 P07.3	P07.1 P05.2 P07.3	P05.2 P07.3
Retard de croissance intra-utérine	P07.0 P05.9– P07.3	P07.1 P05.9– P07.3	P05.9– P07.3
Nil	P07.0 P07.3	P07.1 P07.3	P07.3
Prématurité extrême < 28 semaines de gestation complétées			
Malnutrition du fœtus	P07.0 P05.2 P07.2	P07.1 P05.2 P07.2	P05.2 P07.2
Retard de croissance intra-utérine	P07.0 P05.9– P07.2	P07.1 P05.9– P07.2	P05.9– P07.2
Nil	P07.0 P07.2	P07.1 P07.2	P07.2



Exemple : Un bébé pesant 1 710 grammes naît par césarienne à 33 semaines de gestation. Il nécessite une intubation endotrachéale après laquelle il est transféré à l'unité de soins intensifs. Le résumé à la sortie indique que le nouveau-né présente une insuffisance respiratoire attribuée au syndrome de détresse respiratoire.

Code	BDCP	Description
P22.0	(M)	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né (SDR)
P07.1	(1)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Un faible poids à la naissance doit être séquencé avant le code pour la prématurité. Puisqu'il y a une autre affection pouvant se qualifier comme diagnostic principal, un type (1) est attribué au diagnostic de faible poids à la naissance et à la prématurité.

B Exemple : Un enfant naît par voie vaginale à 38 semaines de gestation. Le nouveau-né présente des signes évidents de retard de croissance symétrique. Il pèse 2 400 grammes.

Code	BDCP	Description
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P05.90	(1)	Retard de croissance symétrique intra-utérine [RCIU]
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

B Exemple : Un enfant de 950 grammes naît par césarienne à 28 semaines de gestation. Outre la prématurité, l'enfant présente des signes de retard de croissance fœtale.

Code	BDCP	Description
P07.0	(M)	Poids extrêmement faible à la naissance
P05.99	(1)	Retard de croissance intra-utérine [RCIU], sans précision
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

B Exemple : Un enfant de 1 700 grammes naît par césarienne à 28 semaines de gestation.

Code	BDCP	Description
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Un faible poids à la naissance doit être séquencé avant le code pour la prématurité. Puisqu'il n'y a aucune autre affection pouvant se qualifier comme diagnostic principal, le faible poids à la naissance devient le diagnostic principal.

Abrégé de la mère

B Exemple : Une patiente est admise en travail actif à 37 semaines de gestation. Elle donne naissance par voie vaginale à un nouveau-né en santé qui pèse 3 110 grammes. Le résumé à la sortie mentionne que le nouveau-né a été évalué et que son examen physique démontre un âge gestationnel de près de 36 semaines.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Le dossier de la mère démontre un accouchement à terme. Quoique l'âge gestationnel du nouveau-né indiqué dans la documentation correspond à la prématurité, n'attribuez pas O60.101 *Travail avant terme spontané avec un accouchement avant terme, avec ou sans mention de troubles antepartum.*

Abrégé du nouveau-né

B Exemple : Le résumé à la sortie d'un nouveau-né mentionne que celui-ci avait un poids de naissance de 3 110 grammes et qu'il est né d'une mère primipare à 37 semaines de gestation. L'âge gestationnel inscrit sur le formulaire d'examen physique du nouveau-né indique 36 semaines.

Code	BDCP	Description
P07.3	(M)	Autres enfants nés avant terme
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Un âge gestationnel de 36 semaines a été documenté lors de l'examen physique du nouveau-né. Le code P07.3 doit être attribué, obligatoire, comme diagnostic de type significatif. Utilisez l'âge gestationnel, tel qu'il apparaît sur le formulaire d'examen physique du nouveau-né comme valeur de référence lors de la sélection des codes. Dans certaines circonstances, le dossier de la mère sera codifié comme un accouchement à terme et le dossier du nouveau-né sera codifié comme une naissance avant terme.

Acidémie fœtale

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2012, 2015

Un pH artériel inférieur ou égal à 7 et/ou un déficit basal artériel supérieur ou égal à 12 mmol/L indiquent la présence d'une acidémie fœtale.

Directives pour la BDCP seulement

- B** Lorsqu'un pH artériel et/ou un déficit basal artériel indiquant la présence d'une acidémie fœtale (acidose) sont documentés au dossier, attribuez un code de la catégorie P20.— *Acidémie fœtale*.
- B** Lorsqu'un diagnostic documenté d'asphyxie fœtale est confirmé par la valeur du pH et/ou du déficit basal artériel, attribuez un code de la catégorie P20.— *Acidémie fœtale*.
- B** Lorsqu'il y a documentation de troubles néonataux indiquant la présence d'un préjudice au nouveau-né (comme une encéphalopathie ischémique hypoxique et/ou une insuffisance organique), la priorité de séquençement est accordée à l'affection avant le code pour l'acidémie.
- B** Lorsqu'un diagnostic d'asphyxie fœtale documenté **n'est pas** confirmé par la valeur du pH et/ou du déficit basal artériel, attribuez P96.9 *Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, sans précision*.

B Exemple : La surveillance cardiaque fœtale électronique au cours du travail actif montre des décélérations tardives. Une césarienne est donc pratiquée d'urgence à cause des décélérations tardives. La gazométrie artérielle du cordon ombilical démontre un pH de 6,5. Un diagnostic d'asphyxie est documenté.

Code	BDCP	Description
P20.2	(M)	Acidémie fœtale constatée pour la première fois à la naissance
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : La valeur du pH du sang du cordon ombilical répond au critère d'acidémie fœtale; par conséquent, P20.2 est attribué.



Exemple : Une mère se présente en travail et le rythme cardiaque du fœtus est rassurant à ce moment. Toutefois, plusieurs heures après le début du travail, on note une instabilité et des décélérations. Une césarienne est alors pratiquée d'urgence. Dès sa naissance, le nouveau-né a de la difficulté à respirer et doit être réanimé par l'équipe de néonatalogie. L'Apgar enregistré est de 2 et 5 à une et cinq minutes, respectivement. Le pH artériel du cordon ombilical est de 7,15. Le diagnostic final documenté : asphyxie périnatale.

Code	BDCP	Description
P96.9	(M)	Affection dont l'origine se situe dans la période périnatale, sans précision
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Le diagnostic d'asphyxie n'est pas confirmé par un pH artériel du sang du cordon inférieur ou égal à 7. Par conséquent, P96.9 est attribué.



Exemple : Un bébé de sexe masculin naît par voie vaginale sans rythme cardiaque. L'indice d'Apgar à une minute et à cinq minutes est 0. Le tracé cardiaque du fœtus est demeuré rassurant pendant toute la durée du travail. Une longue réanimation de 40 minutes est nécessaire pour ramener le bébé à la vie. Une gazométrie sanguine du cordon ombilical révèle un pH de 5,0 et une base excédentaire de -21. Tout au long de la journée, l'état neurologique du bébé demeure inquiétant, et le bébé souffre de convulsions. La fonction rénale n'est également pas rassurante. Une sonde de Foley est placée et seulement 1 cc d'urine est recueillie au cours de la journée. Le diagnostic final documenté est « encéphalopathie ischémique hypoxique et anurie ».

Code	BDCP	Description
P91.6	(M)	Encéphalopathie ischémique hypoxique du nouveau-né
P20.2	(1)	Acidémie fœtale constatée pour la première fois à la naissance
P96.0	(1)	Insuffisance rénale congénitale
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : L'encéphalopathie ischémique hypoxique indique la présence d'un préjudice au nouveau-né et est considérée comme diagnostic principal. L'encéphalopathie ischémique hypoxique s'est manifestée par des convulsions; par conséquent, ces dernières ne sont pas codifiées séparément. L'acidémie fœtale est confirmée par les valeurs du pH du sang du cordon ombilical, par conséquent P20.2 est attribué.

Ictère néonatal

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006

Directive pour la BDCP seulement

B Classez l'ictère néonatal comme le diagnostic principal ou un diagnostic de type significatif uniquement lorsque le dossier du nouveau-né indique clairement cette affection et/ou un taux élevé de bilirubine avec association d'un traitement par photothérapie ou exsanguinotransfusion.

B Exemple : Un enfant naît à terme par voie vaginale. Le médecin documente un « ictère » au dossier et une photothérapie est administrée.

Code	BDCP	Description
P59.9	(M)	Ictère néonatal, sans précision
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

B Exemple : Un enfant naît par césarienne avant terme à 35 semaines de gestation. Il pèse 2 000 grammes à sa naissance et développe une hyperbilirubinémie qui est traitée par photothérapie.

Code	BDCP	Description
P07.1	(M)	Autres poids faibles à la naissance
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
P59.0	(1)	Ictère néonatal associé à un accouchement avant terme
Z38.010	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par césarienne, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)



Exemple : Un enfant naît à terme par voie vaginale. Le médecin inscrit « léger ictère » au dossier. Aucune autre anomalie n'est notée. Pas de photothérapie.

Code	BDCP	Description
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)
P59.9	(0)	Ictère néonatal, sans précision (facultatif)

Justification : Un ictère enregistré dans le dossier sans toutefois faire l'objet d'un traitement (aucune photothérapie n'a été administrée) est codifié seulement comme diagnostic de type (0). Dans le cas présent, la codification de l'ictère est facultative.

Sepsie confirmée et risque de sepsie chez le nouveau-né

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2007, 2008, 2018

La période néonatale couvre les premiers 28 jours à partir de la naissance. La sepsie néonatale est une infection bactérienne invasive qui a lieu au cours de la période néonatale. Elle est divisée en 2 groupes : sepsie néonatale à début précoce et sepsie néonatale à début tardif.

- La sepsie néonatale à début précoce (sepsie du nouveau-né) est contractée *in utero* ou au cours de l'accouchement. Les signes cliniques de la sepsie du nouveau-né se manifestent dans les 6 heures suivant la naissance dans plus de 50 % des cas; la majorité se déclare dans les 72 heures suivant la naissance. La sepsie du nouveau-né est classée à P36.—
Sepsie bactérienne du nouveau-né.
- La sepsie néonatale à début tardif survient après les 72 heures suivant la naissance et comprend les infections nosocomiales. Elle est classée sous un code du chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires, sauf s'il est consigné que la sepsie a été contractée *in utero* ou au cours de l'accouchement.

Les facteurs de risque d'une infection néonatale invasive comprennent

- le travail prématuré;
- la rupture prématurée des membranes;
- les signes d'infection chez la mère;
- les naissances multiples avec retard de la naissance du ou des autres bébés;
- la rupture prolongée des membranes;

- la présence d'une infection due aux streptocoques du groupe B chez la mère;
- une grossesse antérieure avec histoire d'infection due aux streptocoques du groupe B chez l'enfant.

Les nouveau-nés exposés à un ou à plusieurs de ces facteurs de risque peuvent avoir besoin de ressources supplémentaires. Ils pourraient être gardés en observation dans une pouponnière de soins spéciaux ou suivre un traitement antibiotique prophylactique (généralement d'une durée de deux à trois jours) jusqu'à ce que le risque de sepsie soit complètement éliminé.

Reportez-vous également à la norme de codification [Micro-organismes résistants aux médicaments](#).

Sepsie confirmée

Directives pour la BDCP seulement



Lorsqu'un diagnostic de sepsie est confirmé chez le nouveau-né, attribuez

- un code de la catégorie P36.— *Sepsie bactérienne du nouveau-né*, si la sepsie est survenue dans les 72 heures suivant la naissance; ou
- un code du chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires, si la sepsie est survenue **après les 72 heures** suivant la naissance, sauf s'il est consigné par le médecin que la sepsie a été contractée *in utero* ou au cours de l'accouchement.



Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (0), du bloc P00 à P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* si l'infection résulte d'une affection dont souffre la mère.



Lorsque le diagnostic inscrit par le médecin au moment de la sortie du patient est « sepsie probable », « sepsie suspectée », « sepsie clinique » ou « sepsie à hémoculture négative », codifiez l'affection comme une sepsie confirmée.

Remarque

Retournez le dossier au médecin ou au dispensateur de soins responsable pour clarification avant d'attribuer un code si l'un des termes suivants est inscrit dans le dossier d'un nouveau-né pour décrire un cas de sepsie (ces termes ne doivent pas être codifiés comme une sepsie) — « ? sepsie », « sepsie contestable », « sepsie discutable », « sepsie possible » ou « sepsie à éliminer ».

L'exigence de retourner le dossier au médecin ou au dispensateur de soins principal à des fins de clarification est une exception à la norme de codification [Diagnostic non confirmé](#). Dans les cas de sepsie néonatale, demandez des explications afin de déterminer si le cas doit être codifié comme une sepsie confirmée ou probable ou un cas de mise en observation pour affection suspectée.

B Exemple : Une mère ayant eu une rupture prolongée des membranes présente une chorio-amnionite. Le nouveau-né naît à terme par voie vaginale, et il est admis à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) pour observation. Une hémoculture est effectuée et un traitement antibiotique est amorcé. Les résultats de l'hémoculture révèlent la présence de streptocoques. Un diagnostic de septicémie à streptocoques est documenté.

Code	BDCP	Description
P36.1	(M)	Sepsie du nouveau-né à streptocoques, autre et sans précision
P02.7	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par une chorio-amnionite
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : La septicémie à streptocoques est diagnostiquée dans les 72 heures suivant la naissance. Par conséquent, il convient d'attribuer P36.1 comme diagnostic principal.

B Exemple : Un bébé de 20 jours est hospitalisé en raison d'une sepsie et d'une pyélonéphrite aiguë dues à la bactérie *E. coli*. Le patient est placé sous antibiotiques par voie intraveineuse avant d'être admis à l'USIN.

Code	BDCP	Description
A41.50	(M)	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>)
N10	(1)	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë
B96.2	(3)	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>], cause de maladies classées dans d'autres chapitres

Justification : La sepsie néonatale est survenue plus de 72 heures après la naissance, et aucune documentation du médecin ou du dispensateur de soins principal n'indique la survenue de la sepsie *in utero* ou au cours de l'accouchement. Par conséquent, A41.50 est attribué.

B Exemple : Une patiente accouche par voie vaginale à 37 semaines de grossesse suite à une rupture prolongée des membranes qui s'est produite plus de 24 heures avant l'accouchement. Le bébé, fébrile, est admis à l'USIN pour deux jours en raison d'une sepsie probable. Il commence un traitement antibiotique d'une durée de sept jours. Les résultats de l'hémoculture sont négatifs.

Diagnostic à la sortie : Sepsie probable

Code	BDCP	Description
P36.9	(M)	Sepsie bactérienne du nouveau-né, sans précision
P01.1	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par la rupture prématurée des membranes
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Il ne faut pas utiliser le préfixe « Q » devant le code de la sepsie dans ce cas, car le diagnostic de sepsie néonatale « probable » signifie que le diagnostic a été posé par le médecin ou le dispensateur de soins principal selon les résultats cliniques uniquement. Un diagnostic de sepsie probable est classé comme un diagnostic de sepsie confirmée. Les résultats de laboratoires ne sont utilisés ni pour confirmer ni pour écarter une sepsie néonatale.

Sepsie à éliminer

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'une sepsie néonatale est soupçonnée puis écartée, il faut classer ce cas de la façon suivante :

- Si le nouveau-né est mis en observation **uniquement** et qu'aucun traitement antibiotique prophylactique n'est administré, attribuez Z03.8 *Mise en observation pour suspicion d'autres maladies et affections* comme diagnostic de type significatif (M, 1, 2, W, X ou Y);
- Si le nouveau-né suit un traitement antibiotique prophylactique, attribuez Z29.2 *Autre chimiothérapie prophylactique* comme diagnostic de type significatif (M, 1, 2, W, X ou Y).

Remarque

Z03.8 *Mise en observation pour suspicion d'autres maladies et affections* ne doit être utilisé que dans des circonstances limitées, c'est-à-dire dans le cas de nouveau-nés qui ne présentent aucun problème de santé mais qui sont à risque de présenter une affection anormale, comme la sepsie, mais qu'après observation et examen, il est établi qu'aucun autre traitement ou soins médicaux ne sont nécessaires.



Exemple : Un bébé est né par voie vaginale à 38 semaines de grossesse. La mère est porteuse de streptocoques du groupe B. Le bébé est examiné à l'USIN et le néonatalogiste diagnostique une sepsie possible. Les résultats de l'hémoculture sont négatifs, et le bébé obtient son congé en même temps que sa mère.

Code	BDCP	Description
Z03.8	(M)	Mise en observation pour suspicion d'autres maladies et affections
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)



Exemple : Un bébé est né par voie vaginale à 37 semaines de grossesse. La mère avait une rupture prématurée des membranes. Le médecin inscrit au dossier la note « mettre en observation — sepsie ». Une prise de sang est effectuée en vue d'une hémoculture, et le bébé reçoit des antibiotiques en prophylaxie. Les résultats de l'hémoculture sont négatifs, et le bébé obtient son congé en même temps que sa mère.

Code	BDCP	Description
Z29.2	(M)	Autre mesure de chimiothérapie prophylactique
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Lorsque des antibiotiques sont administrés, attribuez Z29.2.



Exemple : Un bébé est né par voie vaginale à 39 semaines de grossesse après une rupture prolongée des membranes. Le bébé est transféré à la pouponnière; il ne reçoit pas de traitement antibiotique. Le dossier ne comporte aucune note de suspicion de sepsie et le bébé obtient son congé le deuxième jour.

Code	BDCP	Description
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Z03.8 n'est pas attribué sur la base des facteurs de risque présents. Dans cet exemple, aucune ressource supplémentaire n'a été utilisée pour confirmer ou éliminer le diagnostic de sepsie.

Traumatisme à la naissance

En vigueur depuis 2007

Le processus d'accouchement est un mélange de compressions, de contractions, de forces et de traction. Lorsque la taille du fœtus, sa présentation ou son immaturité neurologique compliquent l'accouchement, les forces naturelles exercées pendant l'accouchement peuvent causer des dommages, de l'œdème, des hémorragies ou des fractures chez le nouveau-né. L'utilisation des instruments obstétricaux pourrait amplifier davantage les effets de telles forces ou même causer des blessures².

La plupart des traumatismes à la naissance sont auto-limitatifs et ont un dénouement favorable. Les facteurs de risque comprennent

- les enfants gros pour l'âge gestationnel, précisément les bébés de plus de 4 500 grammes;
- les accouchements à l'aide d'instruments, plus particulièrement l'utilisation de forceps ou d'une ventouse à la partie moyenne;
- l'accouchement par le siège par voie vaginale;
- la traction anormale ou excessive au cours de l'accouchement.

Directives pour la BDCP seulement

B Lorsque les traumatismes suivants se produisent à la naissance, attribuez le code approprié parmi ceux du bloc P10-P15 *Traumatismes obstétricaux* à titre de diagnostic principal ou de diagnostic de type (1) :

- Déchirure et hémorragie intracrânienne
- Œdème cérébral
- Lésion des nerfs rachidiens et crâniens
- Lésion des nerfs périphériques
- Céphalhématome infecté ou assez grave pour entraîner l'anémie, un choc, un ictère hémolytique exigeant une photothérapie, une méningite ou une ostéomyélite
- Hématome sous-galéal (hémorragie épicroânienne sous-aponévrotique)
- Lacération et abrasion superficielle exigeant des points de suture ou qui s'infectent
- Fracture du crâne, des os longs ou de la clavicule
- Luxation
- Blessure intraabdominale
- Blessure sterno-cléido-mastoïdienne

B Attribuez un code supplémentaire, facultatif, à titre de diagnostic de type (0), du bloc P00-P04 *Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement* afin de décrire le facteur maternel ou l'intervention ayant causé le traumatisme à la naissance.

Remarque

Les traumatismes à la naissance suivants ne sont pas considérés comme des comorbidités significatives et, s'ils sont codifiés, le type (0) sera attribué au diagnostic à moins que la documentation ne précise qu'il s'agisse d'états qui se sont aggravés ou de cas qui doivent être mis en observation à l'unité de soins spéciaux :

- Céphalhématome SAI — rarement sujet aux complications;
- Hématome en chignon (bosse artificielle) causé par la ventouse — sans conséquence et se résorbe d'elle-même en quelques heures;
- Bosse sérosanguine — habituellement pas sujet aux complications et se résorbe d'elle-même au cours des premiers jours;
- Lacérations et abrasions superficielles — habituellement sans conséquence;
- Lésion liée à une surveillance électronique — faible incidence d'hémorragie, d'infection ou d'abcès;
- Adiponécrose sous-cutanée — sans conséquence et n'exige pas de traitement;
- Hémorragie sous-conjonctivale — sans conséquence et n'exige pas de traitement.

B Exemple : Bébé garçon à terme né par voie vaginale. Présence de dystocie importante des épaules qui cause une fracture de la clavicule durant l'accouchement.

Code	BDCP	Description
P13.4	(M)	Fracture de la clavicule due à un traumatisme obstétrical
P03.1	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres présentations et positions vicieuses du fœtus et disproportions fœto-pelviennes au cours du travail et de l'accouchement
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Une fracture est toujours considérée comme un traumatisme significatif à la naissance. Il convient donc de sélectionner la fracture de la clavicule à titre de diagnostic principal.

B Exemple : Un bébé né à terme par voie vaginale à l'aide de forceps. Le médecin note un céphalématome dans le rapport d'examen physique du nouveau-né.

Code	BDCP	Description
Z38.000	(M)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)
P12.0	(0)	Céphalématome dû à un traumatisme obstétrical
P03.2	(0)	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps

Justification : Aucune note ne fait état de complications liées au céphalématome. Par conséquent, si ce trouble est codifié, il sera considéré comme un diagnostic de type (0).

Accident vasculaire cérébral (AVC) périnatal

En vigueur en 2018

La présente norme de codification fournit des directives sur la classification d'un diagnostic d'AVC dans la période périnatale.

Dans le contexte de l'attribution de codes de la CIM-10-CA, la période périnatale commence à la 20^e semaine complète de gestation et se termine 28 jours complets après l'accouchement. Voyez l'introduction au début du chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.

Le terme « AVC périnatal » désigne collectivement un AVC non traumatique survenu avant la naissance (fœtal ou prénatal), au moment de la naissance ou dans les 28 jours suivant la naissance. L'AVC périnatal doit être confirmé au moyen d'un examen de tomodensitométrie (TDM) ou d'imagerie par résonnance magnétique (IRM).

Voici les types d'AVC périnatal les plus courants :

1. AVC hémorragique néonatal;
2. AVC ischémique artériel néonatal;
3. Thrombose sino-veineuse cérébrale néonatale (c.-à-d. AVC ischémique).

Du point de vue de la classification dans la CIM-10-CA, l'AVC périnatal équivaut à un AVC non traumatique dont l'**origine** se situe dans la période périnatale et qui est classé au chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96).

Directives pour la BDCP et le SNISA



Classez un AVC hémorragique dont l'origine se situe dans la période périnatale à un code de la catégorie P52.— *Hémorragie intracrânienne non traumatique du fœtus et du nouveau-né.*



Classez un AVC ischémique dont l'origine se situe dans la période périnatale à P91.0 *Ischémie cérébrale néonatale.*

Remarque

Un diagnostic d'AVC ayant lieu durant l'enfance (c.-à-d. un AVC dont l'origine ne se situe pas dans la période périnatale) est classé selon les directives de la norme de codification [Accidents vasculaires cérébraux \(AVC\) hémorragiques, ischémiques et non précisés.](#)

B Exemple : Un bébé d'un jour né à terme par voie vaginale présente des symptômes d'AVC. L'examen par TDM confirme des hémorragies des noyaux gris centraux du côté gauche. Diagnostic final : AVC périnatal.

Code	BDCP	Description
P52.4	(M)	Hémorragie intracérébrale (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : L'AVC périnatal est confirmé et les précisions supplémentaires apportées par l'examen de TDM permettent de déterminer que l'AVC est hémorragique; P52.4 est donc attribué.

B Exemple : Un bébé né à terme par voie vaginale subit des convulsions généralisées. L'image intracrânienne, obtenue grâce à un examen de la tête par TDM, révèle un infarctus du lobe temporopariétal gauche. Le médecin inscrit au dossier un diagnostic final d'infarctus cérébral.

Code	BDCP	Description
P91.0	(M)	Ischémie cérébrale néonatale
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : La documentation du médecin confirme que l'origine de l'infarctus cérébral se situe dans la période périnatale; P91.0 est donc attribué.

Références

1. Beck S, Wojdyla D, Say L, et al. [The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity](#). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 2010.
2. Medscape. [Birth trauma](#). 2015.

Chapitre XVII — Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques

Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques

En vigueur depuis 2009

Les anomalies congénitales peuvent être d'origine

- chromosomique (comme le syndrome de Down);
- héréditaire (comme la fibrose kystique);
- environnementale ou exogène (comme le syndrome d'alcoolisation fœtale);
- multifactorielle;
- inconnue.

Pour les besoins de la classification dans la CIM-10-CA, les anomalies sont généralement classées en fonction de leurs manifestations sur l'anatomie, le fonctionnement ou le métabolisme de l'organisme. Cependant, à moins qu'un code précis figure ailleurs, il existe des catégories distinctes pour les anomalies d'origine chromosomique (Q99) ou exogène (Q86). Les codes pour les anomalies congénitales se trouvent dans le chapitre XVII — Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques (Q00-Q99), les catégories du chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90) et les catégories du chapitre III — Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)¹.

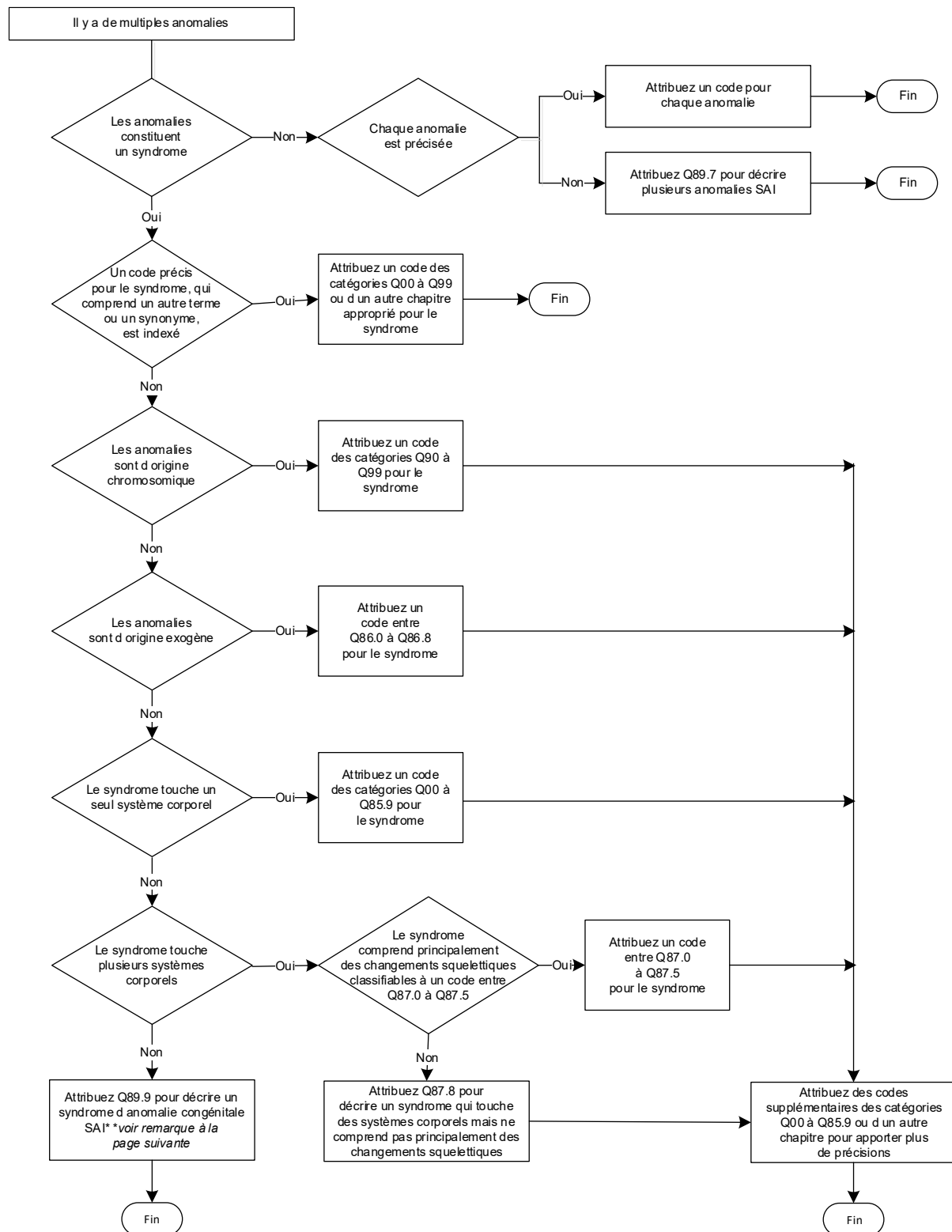
Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient est diagnostiqué avec de multiples anomalies congénitales et que celles-ci sont décrites comme un syndrome qui ne peut pas être classé à un code plus précis (voir diagramme ci-dessous), attribuez Q87.8 *Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs*.

- Attribuez des codes supplémentaires des catégories Q00-Q85.9, ou d'un autre chapitre approprié, pour apporter plus de précisions :
 - obligatoire, lorsque les anomalies répondent aux critères de significativité; ou
 - facultatif, lorsque les anomalies ne répondent pas aux critères de significativité.

Sélection des codes principaux pour les anomalies congénitales multiples dans la classification CIM-10-CA



Remarque

Un syndrome d'anomalie congénitale SAI sera rarement vu dans les dossiers hospitaliers.



Exemple : Le diagnostic à la sortie est le syndrome de Costello. Selon la description du médecin, le patient possède des traits distinctifs typiques : oreilles basses, lobes d'oreille épais, lèvres charnues, et « cutis laxa » des mains et des pieds. Le patient souffre également de cardiopathie congénitale.

Code	BDCP	SNISA	Description
Q87.8	(M)	PP	Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs
Q24.9	(3)	AP	Malformation cardiaque congénitale, sans précision
Q17.4	(3)	AP	Anomalie de position de l'oreille
Q18.6	(3)	AP	Macrochéilie
Q17.8	(3)	AP	Autres malformations congénitales précisées de l'oreille
Q82.8	(3)	AP	Autres malformations congénitales précisées de la peau

Justification : Les recherches indiquent que ce syndrome est un trouble génétique qui touche plusieurs systèmes. Étant donné qu'il n'y a pas de code plus précis pour le syndrome, il est classé à Q87.8. Dans cet exemple, des codes supplémentaires sont ajoutés, à titre facultatif, pour apporter plus de précisions sur les manifestations.



Exemple : Le diagnostic final d'un nouveau-né, lors de son congé, est disomie uniparentale 16. Ce bébé présente un certain nombre de manifestations congénitales : communication interventriculaire, micrognathie, coude anormal, camptodactylie, micropénis, cryptorchidisme droit et hypospadias. Il est né à la 34^e semaine. Il affiche également un retard de croissance intra-utérin (RCIU), et pesait 1 200 grammes à l'admission. Le bébé obtient son congé après un séjour de plusieurs semaines.

Code	BDCP	Description
Q99.8	(M)	Autres anomalies précisées des chromosomes
P07.1	(1)	Autres poids faibles à la naissance
P05.99	(1)	Retard de croissance intra-utérine [RCIU], sans précision
P07.3	(1)	Autres enfants nés avant terme
Q21.0	(0)	Communication interventriculaire
K07.09	(0)	Anomalie de dimension des mâchoires, sans précision
Q68.8	(0)	Autres anomalies morphologiques congénitales ostéo-articulaires et des muscles précisées
Q68.1	(0)	Anomalie morphologique congénitale de la main
Q55.60	(0)	Hypoplasie du pénis
Q53.1	(0)	Cryptorchidie unilatérale
Q54.9	(0)	Hypospadias, sans précision
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Selon la description, ces anomalies multiples sont attribuables à une anomalie chromosomique qui peut être classée à Q99.—. Q87.8 n'est pas attribué dans ce cas.

BS Exemple : Le diagnostic est le syndrome KBG (Hermann-Pallister). Le médecin consigne qu'il s'agit d'un trouble génétique rare. L'enfant présente des traits typiques : dysmorphie faciale, macrodontie des incisives centrales supérieures et anomalies squelettiques (costo-vertébrales).

Code	BDCP	SNISA	Description
Q87.0	(M)	PP	Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face
K00.2	(3)	AP	Anomalies du volume et de la forme des dents
Q76.4	(3)	AP	Autres malformations congénitales du rachis,

Justification : Selon la littérature sur le sujet, cette affection atteint principalement l'aspect du visage. Elle peut donc être classée à un code plus précis. On peut codifier les autres manifestations séparément et leur attribuer un diagnostic de type (3)/autre problème.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient se présente uniquement pour le traitement d'une manifestation précise d'un syndrome d'anomalie congénitale, codifiez la manifestation en tant que diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour décrire le syndrome.

B Exemple : Un jeune patient qui a le syndrome de Goldenhar et une fente palatine est admis pour une reprise de la réparation de la fente palatine.

Code	BDCP	Description
Q35.9	(M)	Fente du palais, sans précision
Q87.0	(3)	Syndromes congénitaux malformatifs atteignant principalement l'aspect de la face

Justification : Dans la classification, il y a un code précis pour désigner le syndrome de Goldenhar. Cependant, la fente palatine est l'affection décrite comme étant responsable du séjour du patient à l'hôpital et elle constitue le diagnostic principal.

Référence

1. Santé Canada. [Les anomalies congénitales au Canada — rapport sur la santé périnatale, 2002](#). 2002.

Chapitre XVIII — Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou syndrome d'inflammation systémique

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008, 2009, 2015

La CIM-10-CA comporte une catégorie distincte, R65 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SRIS]*, pour classer le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS).

Parmi les causes sous-jacentes de ce syndrome, on retrouve les infections, les traumatismes (comme les brûlures) et d'autres types d'atteintes à l'organisme (p. ex. pancréatite, ischémie).

Un SRIS d'origine infectieuse évolue en six stades de gravité : infection → SRIS → sepsie → sepsie sévère → syndrome de défaillance multiviscérale (SDMV) → choc septique.

Le terme « sepsie » signifie SRIS attribué à une origine infectieuse; par conséquent, SRIS est inhérent au terme « sepsie » et il n'est pas nécessaire d'attribuer séparément le code R65.0 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique*.

Le terme « sepsie sévère » décrit un patient dont l'état a progressé à au moins une insuffisance organique aiguë en raison de la réponse inflammatoire systémique à l'infection. Dans un cas pareil, des codes supplémentaires doivent être attribués pour décrire chaque insuffisance organique aiguë consignée et attribuable à la sepsie plutôt que le code R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë*. Cependant, un patient atteint de « sepsie sévère » peut se retrouver très rapidement en choc septique et décéder. Dans ces cas, il se peut que la documentation nécessaire ne soit pas disponible pour attribuer des codes distincts à chaque insuffisance organique aiguë. Un diagnostic de « sepsie sévère » sans autre précision est classé à R65.1, et un code est également attribué pour définir le type de sepsie.

Reportez-vous également à la norme de codification [Septicémie/sepsie](#).

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsque le SRIS est d'**origine infectieuse** et sans insuffisance organique, attribuez

- un code pour définir le type de sepsie;
- R65.0 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique*, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème.



Lorsque le diagnostic inscrit est « sepsie sévère » et qu'il n'y a pas de précision sur l'insuffisance organique aiguë, attribuez

- un code pour définir le type de sepsie;
- R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë*, obligatoire, comme diagnostic de type (1) ou (2)/autre problème.



Lorsqu'un choc septique est documenté, attribuez R57.2 *Choc septique*, obligatoire, comme code supplémentaire.

Remarque

Lorsque l'insuffisance organique aiguë est précisée dans un diagnostic de « sepsie sévère », le code de combinaison attribué (un code pour la sepsie et un code pour l'insuffisance organique aiguë connexe) équivaut à R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë*.

Remarques

- Les codes de la catégorie R65 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique [SRIS]* ne sont jamais attribués comme diagnostic principal/problème principal.
- R65.0 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique* peut être attribué uniquement comme diagnostic de type (3)/autre problème étant donné que le SRIS est inhérent à un diagnostic de sepsie.
- R65.1 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë* est attribué comme diagnostic de type (1), (2), ou (3)/autre problème, selon les circonstances du cas.
- R65.2 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse sans défaillance organique* et R65.3 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance organique aiguë* sont attribués comme diagnostic de type (1) ou (2)/autre problème étant donné qu'un SRIS d'**origine non infectieuse** est considéré comme une condition distincte dans ces cas.
- R65.9 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique, non spécifié* ne devrait pas figurer dans l'abrégé d'un patient hospitalisé ou d'un cas de soins ambulatoires étant donné que la cause sous-jacente (origine infectieuse ou origine non infectieuse) devrait être documentée.

BS Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de SRIS en raison d'une sepsie à staphylocoques dorés et E. coli.

Code	BDCP	SNISA	Description
A41.50	(M)	PP	Sepsie due à Escherichia coli (E. coli)
A41.0	(1)	AP	Sepsie à staphylocoques dorés
R65.0	(3)	AP	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse sans défaillance organique (facultatif)

Justification : R65.0 est facultatif parce qu'un diagnostic de sepsie (sans insuffisance organique) comprend le SRIS.

BS Exemple : Un patient se présente à l'hôpital en raison d'une forte fièvre et d'une hypoxie.

Diagnostic final : Sepsie sévère

Code	BDCP	SNISA	Description
A41.9	(M)	PP	Sepsie, sans précision
R65.1	(1)	AP	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë

Justification : R65.1 est attribué comme diagnostic de type (1) car une « sepsie sévère » est documentée et qu'il n'y a pas de précision concernant l'insuffisance organique aiguë. Si les insuffisances organiques avaient été connues, des codes pour désigner chacune d'elles auraient été attribués comme comorbidités et R65.1 aurait été attribué, à titre facultatif, comme diagnostic de type (3). A41.9 est attribué dans ce cas, car le type de sepsie n'est pas précisé dans la documentation.

B Exemple : Une femme de 85 ans se présente au service d'urgence en raison d'une dyspnée de plus en plus marquée, d'une toux productive et d'une faiblesse progressive. Son état se détériore de façon aiguë au service d'urgence et elle est admise rapidement à l'unité de soins intensifs avec un diagnostic de sepsie en raison d'une pneumonie due à *Haemophilus influenzae* et d'une insuffisance respiratoire. À l'unité de soins intensifs, elle est intubée et placée sous ventilation artificielle; un traitement d'antibiotiques à large spectre est entrepris.

Code	BDCP	Description
A41.3	(M)	Sepsie à <i>Haemophilus influenzae</i>
J14	(1)	Pneumonie due à <i>Haemophilus influenzae</i>
J96.09	(1)	Insuffisance respiratoire aiguë, type non précisé
R65.1	(3)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë (facultatif)

Justification : Étant donné que l'insuffisance organique aiguë est précisée et qu'elle répond aux critères de significativité, R65.1 est facultatif.

B Exemple : Un patient de 35 ans ayant subi un trauma est gardé à l'unité de soins intensifs pendant plusieurs jours. Il développe une infection des voies urinaires qui évolue en septicémie à *E. coli*. L'état du patient continue de se détériorer : ce dernier présente des signes d'insuffisance rénale aiguë, d'insuffisance hépatique et se retrouve en choc septique. En dépit des traitements agressifs, le patient décède.

Code	BDCP	Description
A41.50	(2)	Sepsie due à <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>)
N17.9	(2)	Insuffisance rénale aiguë, sans précision
K72.9	(2)	Insuffisance hépatique, sans précision
R57.2	(2)	Choc septique
N39.0	(2)	Infection des voies urinaires, siège non précisé
B96.2	(3)	<i>Escherichia coli</i> [<i>E. coli</i>], cause de maladies classées dans d'autres chapitres
R65.1	(3)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance organique aiguë (facultatif)

Justification : Étant donné que l'insuffisance organique aiguë est précisée et qu'elle répond aux critères de significativité, R65.1 est facultatif. Le choc septique indique le dernier stade de gravité dans le continuum de la sepsie et il est classé à R57.2. Reportez-vous également à la norme de codification [Septicémie/sepsie](#).

Bien qu'un diagnostic de sepsie (sans insuffisance organique) comprenne le SRIS, le diagnostic d'un SRIS d'**origine non infectieuse** désigne une affection distincte du patient. Par conséquent, un SRIS d'origine non infectieuse nécessite toujours deux codes; un pour la cause et l'autre pour la réponse systémique.

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsque le SRIS est d'**origine non infectieuse** et sans insuffisance organique, attribuez

- un code qui désigne la cause (comme le traumatisme, la brûlure et la pancréatite);
- R65.2 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse sans défaillance organique*, obligatoire, comme diagnostic de type (1) ou (2)/autre problème.



Lorsque le SRIS d'**origine non infectieuse** est accompagné d'une insuffisance organique connexe, attribuez

- un code qui désigne la cause (comme le traumatisme, la brûlure et la pancréatite);
- R65.3 *Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance organique aiguë*, obligatoire, comme diagnostic de type (1) ou (2)/autre problème.



Attribuez des codes supplémentaires qui désignent les insuffisances organiques aiguës précises conformément aux définitions des types de diagnostics ou du problème principal/autre problème.



Exemple : Une patiente de 45 ans est admise au Service de médecine interne en raison d'une pancréatite aiguë. Quatre jours plus tard, elle est transférée à l'unité de soins intensifs en raison de signes de réaction systémique. Le médecin de l'unité de soins intensifs inscrit au dossier « SRIS »; cependant, un traitement approprié et rapide évite que cet état évolue en insuffisance organique aiguë.

Code	BDCP	Description
K85.9	(M)	Pancréatite aiguë, non précisée
R65.2	(2)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse sans défaillance organique

Justification : R65.2 est attribué comme diagnostic de type (2) car dans cet exemple, le SRIS d'origine non infectieuse répond aux critères de comorbidité après l'admission.



Exemple : Un patient de 52 ans est admis à l'unité de soins intensifs pour personnes brûlées en raison de brûlures sévères au tronc qu'il a subies lors de l'incendie de sa maison. Vingt-cinq pour cent de la surface de son corps est brûlée dont 15 %, par des brûlures au troisième degré. Le patient dormait au sous-sol au moment de l'incendie. Une semaine après l'admission, le patient montre des signes du SRIS avec insuffisance rénale aiguë. Le patient commence à recevoir des traitements de dialyse.

Code	BDCP	Description
T21.3	(M)	Brûlure du troisième degré du tronc
T31.22	(1)	Brûlures touchant de 20 à 29 % de la surface du corps, avec 10 à 19 % de brûlures au troisième degré
X00	(9)	Exposition à un feu non maîtrisé, dans un bâtiment ou un ouvrage
U98.0	(9)	Lieu de l'événement, domicile
R65.3	(2)	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine non infectieuse avec défaillance organique aiguë
N17.9	(2)	Insuffisance rénale aiguë, sans précision

Justification : R65.3 est attribué comme diagnostic de type (2) car dans cet exemple, le SRIS d'origine non infectieuse répond aux critères de comorbidité après l'admission.

Absence de signes vitaux (ASV)

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2009, modifié en 2022

L'absence de signes vitaux (ASV) indique qu'une personne ne présente aucun signe de vie, c'est-à-dire qu'elle ne respire pas, n'a pas de pouls ni de tension artérielle et que les pupilles sont fixes et dilatées (à l'évaluation neurologique). L'ASV n'est pas un diagnostic en soi et l'arrêt cardiaque ne peut être considéré comme le diagnostic. Ne confondez pas un énoncé d'absence de signes vitaux (ASV) avec un arrêt cardiaque.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque l'absence de signes vitaux (ASV) est la seule information documentée au dossier par le médecin, sans cause sous-jacente, attribuez R99 *Autres causes de mortalité mal définies et non précisées*.

BS Attribuez un ou plusieurs codes, obligatoires, pour désigner toute intervention de réanimation cardiaque pratiquée.

Les interventions de réanimation cardiaque comprennent

- les codes de la rubrique 1.HZ.30.^ *Réanimation, cœur NCA*;
- les codes de la rubrique 1.HZ.09.^ *Stimulation, cœur NCA*.

Remarques

- Dans le dossier d'un patient hospitalisé, on s'attend à ce que l'ASV soit documenté avec une cause sous-jacente. Le code R99 *Autres causes de mortalité mal définies et non précisées* ne devrait donc pas figurer sur un abrégé de la BDCP.
- Un arrêt cardiaque doit être clairement consigné au dossier avant d'attribuer I46.0 *Arrêt cardiaque réanimé avec succès* ou I46.9 *Arrêt cardiaque, sans précision*. Un diagnostic d'arrêt cardiaque ne peut être présumé uniquement parce que la réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou la réanimation cardiocérébrale (RCC) seulement a été pratiquée.
- La RCC par compression thoracique ne se pratique qu'avec des compressions thoraciques, sans respiration artificielle.

Reportez-vous également à la norme de codification [Arrêt cardiaque](#).

S Exemple : Une femme de 45 ans souffrant d'obésité s'effondre en l'absence de témoins. À son arrivée sur les lieux, et ce, jusqu'à l'hôpital, le personnel paramédical poursuit la réanimation cardio-respiratoire (RCR) entamée par un passant. Le médecin évalue la patiente après 10 minutes de RCR et consigne l'absence de signes vitaux.

Code	SNISA	Description
R99	PP	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

Justification : Le médecin a documenté l'absence de signes vitaux (ASV) de la patiente. Aucune cause sous-jacente n'a été consignée.

S Exemple : Un homme de 45 ans en santé se rend au travail en voiture lorsque des témoins affirment que, sans raison apparente, sa voiture fait soudain une embardée et quitte l'autoroute. Le personnel paramédical arrive sur les lieux et commence la réanimation cardio-respiratoire (RCR). À son arrivée au service d'urgence, une absence de signes vitaux est diagnostiquée chez le patient. L'accident d'automobile ne lui a causé aucune blessure visible.

Code	SNISA	Description
R99	PP	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

Justification : Le médecin a documenté l'absence de signes vitaux (ASV) chez le patient. Aucune cause sous-jacente n'a été consignée.

S Exemple : Le passager avant d'une voiture, âgé de 16 ans, est victime d'un accident sans collision. Le décès du conducteur est constaté sur les lieux. Les signes vitaux du patient sont absents, mais le personnel paramédical commence à pratiquer la réanimation cardiocérébrale (RCC) par compression thoracique sur les lieux jusqu'à leur arrivée au service d'urgence. Le médecin consigne l'ASV du patient et les blessures évidentes suivantes : fracture ouverte de la base du crâne, volet costal et une fracture ouverte de la diaphyse du fémur droit. Le coroner est avisé. Le patient fera l'objet d'une autopsie complète.

Code	SNISA	Description
S02.101	PP	Fracture ouverte de la base du crâne
S22.500	AP	Volet costal, fermé
S72.301	AP	Fracture ouverte de la diaphyse du fémur
V48.6	AP	Occupant d'une automobile blessé dans un accident de transport, sans collision, passager d'une automobile, accident de la circulation

1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation non-invasive concomitante

Justification : Le médecin a documenté l'absence de signes vitaux (ASV) chez le patient. Ce dernier a subi des traumatismes graves lors d'un accident d'automobile. Des codes sont attribués pour les blessures consignées. Aucun code n'est attribué pour l'ASV.

B Exemple : Une femme de 87 ans est admise à l'hôpital en raison d'une insuffisance rénale au stade terminal. Lors de leur tournée de routine, des infirmières trouvent la patiente sans signes vitaux. Le médecin traitant est appelé sur son téléavertisseur. Il arrive 30 minutes plus tard pour constater le décès de la patiente.

Code	BDCP	Description
N18.5	(M)	Maladie rénale chronique, stade 5

Justification : Dans cet exemple, étant donné que la cause sous-jacente est connue, R99 n'est pas attribué.

Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes



Formation

Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008, 2009, 2012, 2015, 2018, 2022

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Classez une « réaction indésirable en usage thérapeutique » ou un « empoisonnement » en vous basant sur les critères qui figurent dans le tableau ci-dessous.

BS Classez tous les empoisonnements ou intoxications comme étant accidentels, sauf si la documentation indique clairement qu'il s'agit d'un geste intentionnel ou d'une intention indéterminée.

BS Lorsque plusieurs médicaments ont causé l'empoisonnement, attribuez un code pour chaque médicament précisé au dossier.

BS Lorsqu'un médicament composé (comme le Tylenol 3, qui comprend de l'acétaminophène, de la codéine et de la caféine) est responsable d'un empoisonnement, attribuez un code pour chaque substance.

Remarque

Il est obligatoire d'appliquer l'indicateur de série à l'ensemble des codes qui décrivent

- un effet indésirable au cours de l'usage thérapeutique (U07.7, Y40 à Y59); ou
- un surdosage accidentel de médicaments ou l'administration d'un médicament par erreur (X40 à X44), soit un incident survenu au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (Y60 à Y69).

Reportez-vous également à la norme de codification [Indicateur de série](#) et à l'[Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies \(COVID-19\)](#).

Remarques

- Un seul code est nécessaire pour les médicaments multiples classés au même code de la CIM-10-CA.
- Lorsqu'un médicament est désigné par son nom de marque de commerce dans le dossier, utilisez un document de référence canadien sur les médicaments pour trouver son nom générique ou ses ingrédients actifs afin de le trouver dans le tableau Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques.
- Si le nom générique ou les ingrédients actifs ne figurent pas dans le tableau Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques, attribuez le code de la catégorie générale à laquelle appartient le médicament (p. ex. antibiotique, diurétique, analgésique ou narcotique).

Effets indésirables en usage thérapeutique	Empoisonnements
Une réaction indésirable peut se produire lors de l'administration ou de la prise appropriée d'une substance (drogue, médicament ou agent biologique) en usage thérapeutique. L'administration appropriée d'une substance en usage thérapeutique comprend ce qui suit : • la prise ou l'administration de la bonne substance et le respect de la posologie (comprend les médicaments sur et sans ordonnance) • la prise de deux médicaments sur ordonnance ou plus en même temps • la prise de deux médicaments ou plus sans ordonnance conformément aux recommandations Remarque : Les médicaments sans ordonnance viennent avec un mode d'emploi et une posologie recommandée (p. ex. un patient qui choisit un médicament en vente libre pour un usage personnel). Les médicaments sans ordonnance ne comprennent pas les substances comme l'alcool ou le cannabis. Pour que leur usage soit considéré comme thérapeutique, ces substances doivent avoir été prescrites par un clinicien dans le but de traiter une affection diagnostiquée. En général, les termes qui suivent sont employés pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique. Lorsque ces termes sont utilisés, mais qu'il est clair qu'une substance n'a pas été utilisée correctement, classez l'affection comme étant un empoisonnement. • Réaction allergique (Remarque : Dans le cas d'une réaction allergique à une substance utilisée à des fins non thérapeutiques, consultez la norme de codification Réaction allergique en usage non thérapeutique)	L'empoisonnement peut se produire lors de la prise inappropriée d'une substance (drogue, médicament ou agent biologique). L'usage inapproprié comprend ce qui suit : • la prise ou l'administration de la mauvaise substance • le non-respect de la posologie • la prise d'un médicament sur ordonnance avec un médicament sans ordonnance • la prise d'un médicament sans ordonnance sans se conformer aux recommandations • la prise de tout médicament avec de l'alcool Les termes suivants sont employés pour décrire un empoisonnement : • Surdose ou overdose • Ingestion accidentelle • Geste intentionnel ou auto-intoxication • Tentative de suicide Directives de codification Repérez les codes d'empoisonnement au chapitre XIX et le code de cause externe (accidentel, intentionnel auto-induit, ou intention non déterminée) du tableau Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs). Placez en premier le code d'empoisonnement, suivi du code de manifestation (le cas échéant), du code de cause externe, et enfin du code de lieu d'événement.

Effets indésirables en usage thérapeutique	Empoisonnements
• Effet cumulatif (toxicité) • Hypersensibilité • Réaction iatrogène • Réaction idiosyncrasique • Interaction entre deux médicaments • Réaction paradoxale • Réaction synergique Directives de codification Attribuez un code décrivant la réaction et/ou la manifestation. Inscrivez d'abord le code pour la réaction ou la manifestation, suivi d'un code de cause externe (U07.7, Y40 à Y59) extrait du tableau Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs), sous la colonne Effet indésirable en usage thérapeutique. Appliquez l'indicateur de série, obligatoire. Lorsque la réaction ou la manifestation n'est pas documentée, sélectionnez le code qui s'applique, soit • T80.6 <i>Autres réactions sériques;</i> • T80.9 <i>Complication consécutive à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion, sans précision; ou</i> • T88.7 <i>Effet indésirable d'un médicament, sans précision.</i>	Remarque : Lorsqu'un empoisonnement est également un incident survenu au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (comme un surdosage accidentel de médicaments ou un mauvais médicament administré à l'intérieur de l'établissement de santé), attribuer le code de cause externe de la catégorie X40 à X44 en plus d'attribuer un code de cause externe supplémentaire de Y60 à Y69 <i>Incidents survenus au patient au cours d'actes médicaux et chirurgicaux.</i> Remarque : N'attribuez pas un code de cause externe pour indiquer un effet indésirable en usage thérapeutique (U07.7, Y40 à Y59) avec un code d'empoisonnement. Remarque : Aucun code n'est attribué si le patient n'a subi aucun préjudice découlant de l'administration du mauvais médicament ou de la mauvaise dose par erreur dans l'établissement de santé. Remarque : N'utilisez pas l'indicateur de série lors du classement de l'empoisonnement, sauf si l'empoisonnement est également un incident survenu au cours d'actes médicaux et chirurgicaux et qu'un code de Y60 à Y69 est attribué. Remarque : Le type de diagnostic attribué à la manifestation qui découle d'un empoisonnement est fondé sur les définitions des types de diagnostic.

Reportez-vous également aux normes de codification [Réaction allergique en usage non thérapeutique](#) et [Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux](#), et à l'[Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies \(COVID-19\)](#).

S Exemple : Un patient se présente au service d'urgence en raison d'une éruption cutanée. Le médecin consigne au dossier du patient que, deux jours auparavant, ce dernier avait passé une tomodensitométrie avec injection d'un produit de contraste.

Diagnostic final : Réaction allergique au produit de contraste

Code	SNISA	Série	Description
L27.0	PP	A	Éruption généralisée due à des médicaments
Y57.5	AP	A	Produit de contraste utilisé en radiologie ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Cette manifestation s'est produite à la suite de la prise appropriée d'une substance en usage thérapeutique; par conséquent, elle est classée selon les directives du tableau ci-dessus, c'est-à-dire comme un effet indésirable en usage thérapeutique.

S Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de gastrite causée par la prise d'aspirine. Le dossier indique que le patient prend de l'aspirine une fois par jour.

Code	SNISA	Série	Description
K29.7	PP	A	Gastrite, sans précision
Y45.1	AP	A	Salicylés ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Une manifestation qui se produit à la suite de la prise d'un médicament sans ordonnance conformément aux directives est classée comme un effet indésirable en usage thérapeutique.

S Exemple : Un patient reçoit un diagnostic de spondylarthrose cervicale. Son médecin lui prescrit un médicament contre la douleur en comprimés de 25 mg (un AINS) à prendre une fois par jour. Le patient se rend au service d'urgence le lendemain. Il se plaint de nausées et de vomissements, qui ont débuté 30 minutes après la prise de la première dose. L'urgentologue prend note de la réaction et change sa médication.

Code	SNISA	Série	Description
R11.3	PP	A	Nausées avec vomissements
Y45.3	AP	A	Autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Cette manifestation s'est produite à la suite de la prise appropriée d'une substance en usage thérapeutique; par conséquent, elle est classée selon les directives du tableau ci-dessus, c'est-à-dire comme un effet indésirable en usage thérapeutique.

BS Exemple : Effet toxique de la digoxine; le patient présente une tachycardie ventriculaire.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
I47.2	(M)	PP	A	Tachycardie ventriculaire
Y52.0	(9)	AP	A	Glucosides cardiotoniques et médicaments d'action similaire ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Bien que les médecins enregistrent souvent « effet toxique de la digoxine » comme diagnostic, il y a habituellement de la documentation supplémentaire indiquant la manifestation spécifique de la toxicité. Classez le cas en fonction de l'état le plus précis. Reportez-vous également à la norme de codification [Spécificité](#). Lorsqu'une information plus précise n'est pas incluse dans la documentation, attribuez T88.7 *Effet indésirable d'un médicament, sans précision*.



Exemple : Après avoir reçu des produits sanguins par perfusion alors qu'il était aux soins intensifs, un patient développe des symptômes qui sont consignés comme une légère réaction à une transfusion.

Code	BDCP	Série	Description
T80.9	(3)	A	Complication consécutive à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion, sans précision
Y44.6	(9)	A	Sang entier et produits du sang ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : Un diagnostic de « légère réaction à une transfusion » est un exemple d'effet indésirable en usage thérapeutique pour lequel la réaction ou la manifestation spécifique n'est pas précisée; en conséquence, T80.9 est attribué.



Exemple : Hématémèse en raison de la prise de warfarine ou coumadin (sur ordonnance) avec l'aspirine (que le patient a décidé de prendre de lui-même).

Code	BDCP	SNISA	Description
T45.5	(M)	PP	Intoxication par les anticoagulants
T39.0	(1)	AP	Intoxication par les salicylés
K92.0	(3)	AP	Hématémèse
X44	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des drogues, médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Tout médicament sur ordonnance pris avec un autre médicament que le patient a décidé de prendre de lui-même est classé comme un empoisonnement.

BS Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence après que son mari a remarqué qu'elle était assez somnolente. Pendant l'examen, on note qu'elle avait pris sa dose prescrite d'Ativan et consommé trois verres de vin.

Diagnostic final : Effet toxique de la prise d'Ativan avec de l'alcool

Code	BDCP	SNISA	Description
T42.4	(M)	PP	Intoxication par les benzodiazépines
T51.0	(1)	AP	Effet toxique de l'éthanol
R40.0	(3)	AP	Somnolence
X41	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X45	(9)	AP	Intoxication accidentelle par l'alcool et exposition à l'alcool
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Lorsqu'un état est le résultat d'une interaction entre l'alcool et un médicament, il est classé comme un empoisonnement.

BS Exemple : Une mère trouve son fils de huit ans en train de jouer avec des comprimés d'ibuprofène enrobés de sucre, à la maison. En comptant les comprimés, elle découvre qu'il en manque dix. Son fils admet avoir avalé les « bonbons ». Il est amené au service d'urgence, où il se plaint principalement de maux d'estomac.

Diagnostic final : Ingestion de comprimés d'ibuprofène

Code	BDCP	SNISA	Description
T39.3	(M)	PP	Intoxication par d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]
R10.19	(3)	AP	Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen, sans précision
X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Une manifestation qui se produit à la suite d'une ingestion accidentelle est classée comme une intoxication.



Exemple : Un patient est dans le coma en raison d'une tentative de suicide par surdose d'héroïne, de Xanax, de Valium et d'acétaminophène. Il a été trouvé à son domicile. Le patient est admis aux soins intensifs pour une surveillance attentive de son niveau de conscience; un cathéter intraveineux est inséré afin de procéder à une dialyse.

Code	BDCP	SNISA	Description
T40.1	(M)	PP	Intoxication par l'héroïne
T42.4	(1)	AP	Intoxication par les benzodiazépines
T39.1	(1)	AP	Intoxication par les dérivés du 4-aminophénol
R40.29	(1)	AP	Coma, sans précision
X62	(9)	AP	Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X61	(9)	AP	Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X60	(9)	AP	Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés, et exposition à ces produits
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Lorsque plusieurs substances sont classées dans des catégories distinctes, un code doit être attribué pour chacune d'entre elles. Selon le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* (CPS), le nom générique du Xanax est « alprazolam » et celui du Valium, « diazépam ». Ces deux médicaments sont classés à T42.4 de l'Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques.

BS Exemple : Surdose de Pamprin

Code	BDCP	SNISA	Description
T39.1	(M)	PP	Intoxication par les dérivés du 4-aminophénol
T45.0	(1)	AP	Intoxication par les médicaments antiallergiques et antiémétiques
T50.2	(1)	AP	Intoxication par les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, les benzothiadiazides et d'autres diurétiques
X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
X44	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des drogues, médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Le Pamprin est un médicament composé; il contient de l'acétaminophène, de la pyrilamine, du maléate et du pamabrom. Chaque médicament doit donc être codifié séparément. Comme le pamabrom est un diurétique et que son nom générique ne figure pas dans l'Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques, il est classé à la catégorie générale des diurétiques. La pyrilamine et le pamabrom sont classés au même code de cause externe; par conséquent, X44 n'est attribué qu'une seule fois.



Exemple : Une patiente se présente en travail. Une épidurale lui est administrée. Quand on constate que l'épidurale ne fonctionne pas, on se rend compte que de la pénicilline G a été administrée dans l'espace épidural au lieu du mélange anesthésique habituel (mauvais sac de perfusion). Aucun traitement n'est administré à la patiente, en dehors d'une observation attentive de l'apparition de signes ou de symptômes de réaction allergique, qui n'a finalement pas lieu. La patiente accouche d'un bébé en santé.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : L'administration d'un médicament par erreur dans l'établissement de santé n'a causé aucun préjudice à la patiente; par conséquent, aucun code n'est attribué. Reportez-vous également à la norme de codification [Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux](#).



Exemple : Un patient est admis à l'hôpital par ambulance après avoir reniflé du fentanyl. Il est inconscient. Le diagnostic final consigné est « overdose au fentanyl ».

Code	BDCP	SNISA	Description
T40.40	(M)	PP	Intoxication par le fentanyl et ses dérivés
R40.29	(3)	AP	Coma, sans précision
X42	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : L'overdose au fentanyl est classée comme un empoisonnement. Par conséquent, T40.40 est pris de la première colonne du tableau des médicaments et autres substances chimiques, suivi du code représentant la manifestation. X42 est le code de cause externe, pris du tableau des médicaments et autres substances chimiques sous la colonne Empoisonnement accidentel. Sauf indication contraire, l'empoisonnement par prise de drogues illicites est classé comme étant accidentel.



Exemple : Un patient en état de confusion est admis à l'hôpital, car il a pris de l'oxycodone qui lui est prescrite en raison de douleurs au dos continues.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
R41.0	(M)	PP	A	Désorientation, sans précision
Y45.04	(9)	AP	A	Oxycodone ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : La confusion est une manifestation attribuée à la prise appropriée d'un médicament aux fins thérapeutiques. Par conséquent, R41.0 est attribué comme diagnostic principal. Y45.04 est le code de cause externe pris du tableau des médicaments et autres substances chimiques sous la colonne Effet indésirable en usage thérapeutique, afin de préciser que l'attribution de R41.0 est due à la prise d'oxycodone prescrite pour usage thérapeutique.



Exemple : Un patient admis pour un zona est placé sous acyclovir. L'ordonnance comporte malheureusement une erreur de transcription et une double dose d'acyclovir est administrée. Le niveau de créatine est alors monté au-dessus de 400. Le patient est vu par le service de néphrologie et un diagnostic de nécrose tubulaire aiguë due à des microcristaux induits par l'administration d'acyclovir est posé. Après six jours d'hydratation par intraveineuse et interruption de l'acyclovir, la fonction rénale retourne à la normale et le patient obtient son congé.

Code	BDCP	Série	Description
T37.5	(2)	A	Intoxication par les antiviraux
N14.1	(3)	A	Néphropathie due à d'autres drogues, médicaments et substances biologiques
N17.0	(3)	A	Insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire
X44	(9)	A	Intoxication accidentelle par des drogues, médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
Y63.8	(9)	A	Erreur de dosage au cours d'autres actes médicaux et chirurgicaux
U98.20	(9)	A	Lieu de l'événement, hôpital

Justification : Lorsqu'une erreur de dosage d'un médicament au cours des soins cause un préjudice au patient, elle est classée comme un empoisonnement et un incident. L'application d'un indicateur de série est obligatoire pour les incidents. Veuillez noter que même si Y63 comporte une exclusion pour le surdosage accidentel de médicaments ou une erreur de prescription (X40-X44), cela n'empêche pas l'utilisation de deux codes de causes externes sur le même abrégé. Un code décrit l'empoisonnement accidentel et l'autre, l'incident. Reportez-vous également à la norme de codification [Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux](#).

Non-observance d'un traitement

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez les états résultant de la non-observance d'un traitement à un code décrivant la manifestation, suivi de Z91.1 *Antécédents personnels de non-observance d'un traitement médical et d'un régime*, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Lorsqu'un état est documenté comme étant attribué à la non-observance d'un traitement ou à l'interruption volontaire de celui-ci, il ne s'agit ni d'un empoisonnement ni d'un effet indésirable.

BS Exemple : Un patient âgé de 17 ans souffrant d'asthme depuis plusieurs années développe un état de mal asthmatique en raison de la non-observance de son régime médicamenteux.

Code	BDCP	SNISA	Description
J45.01	(M)	PP	Asthme à prédominance allergique avec état de mal asthmatique mentionné
Z91.1	(3)	AP	Antécédents personnels de non-observance d'un traitement médical et d'un régime (facultatif)



Formation

Surdose d'opioïde (intoxication)

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2022

La présente norme de codification fournit des directives sur la classification des cas de surdose d'opioïde aux fins de surveillance et de production de rapports publics, à l'aide de toute la documentation disponible (y compris la documentation de dispensateurs autres que les médecins, comme les notes des infirmières et les dossiers des ambulanciers).

Lorsqu'une surdose d'opioïde est soupçonnée, le traitement de première intention est l'administration d'un antidote aux opioïdes, comme la naloxone (Narcan). La naloxone peut être administrée avant l'arrivée à l'établissement (par le patient lui-même ou par une autre personne) ou pendant l'épisode de soins, sous forme d'injection ou au moyen d'un vaporisateur nasal. Plusieurs doses peuvent être nécessaires. La naloxone peut donner un résultat positif en cas de surdose d'opioïde (p. ex. le patient recommence à respirer normalement, reprend connaissance et ouvre les yeux). Un résultat positif indique à l'équipe de soins de santé que la drogue en cause était bien un opioïde.

Dans la CIM-10-CA, les cas de surdose d'opioïde sont classés comme suit :

- au moyen de l'un des codes principaux de la première colonne du tableau des médicaments et autres substances chimiques, selon le type d'opioïde en cause :
 - T40.0 *Intoxication par l'opium*; ou
 - T40.1 *Intoxication par l'héroïne*; ou
 - T40.20 *Intoxication par la codéine et ses dérivés*; ou
 - T40.21 *Intoxication par la morphine*; ou
 - T40.22 *Intoxication par l'hydromorphone*; ou
 - T40.23 *Intoxication par l'oxycodone*; ou
 - T40.28 *Intoxication par d'autres opiacés, non classés ailleurs*; ou
 - T40.3 *Intoxication par la méthadone*; ou
 - T40.40 *Intoxication par le fentanyl et ses dérivés*; ou
 - T40.41 *Intoxication par le tramadol*; ou
 - T40.48 *Intoxication par d'autres narcotiques synthétiques, non classés ailleurs*; ou
 - T40.6 *Intoxication par des narcotiques, autres et sans précision*.
- au moyen d'un code de cause externe tiré de l'une des colonnes sur les intoxications du tableau des médicaments et autres substances chimiques, selon la nature de la surdose (accidentelle, intentionnelle auto-induite ou intention non déterminée) :
 - X42 *Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs*; ou
 - X62 *Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs*; ou
 - Y12 *Intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs, intention non déterminée*.

Remarque

Les cas de surdose d'opioïde doivent être classés comme des intoxications accidentelles, sauf si la documentation indique clairement qu'il s'agit d'un geste intentionnel ou d'une intention indéterminée.

Reportez-vous également à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#).

Directives pour la BDCP et le SNISA

DN Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier est « surdose d'opioïde », « surdose » ou « surdose de substance » et que la documentation fait état d'un type d'opioïde précis (p. ex. fentanyl, héroïne, codéine), attribuez

- le code applicable de la catégorie T40.– *Intoxication par narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes]*; et
- un code de cause externe tiré de la colonne sur les intoxications applicable du tableau des médicaments et autres substances chimiques, **obligatoire**, pour indiquer l'intention du patient (accidentelle [X42], intentionnelle auto-induite [X62], non déterminée [Y12]).

DN Lorsque le diagnostic final inscrit est « surdose d'opioïde » et que le type d'opioïde en cause n'est pas précisé dans la documentation, attribuez

- T40.28 *Intoxication par d'autres opiacés, non classés ailleurs*; et
- un code de cause externe tiré de la colonne sur les intoxications applicable du tableau des médicaments et autres substances chimiques, **obligatoire**, pour indiquer l'intention du patient (accidentelle [X42], intentionnelle auto-induite [X62], non déterminée [Y12]).

DN Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier est « surdose d'opiacé » et que le type d'opiacé en cause n'est pas précisé dans la documentation, attribuez

- T40.6 *Intoxication par des narcotiques, autres et sans précision*; et
- un code de cause externe tiré de la colonne sur les intoxications applicable du tableau des médicaments et autres substances chimiques, **obligatoire**, pour indiquer l'intention du patient (accidentelle [X42], intentionnelle auto-induite [X62], non déterminée [Y12]).

DN Lorsque la terminologie employée dans le diagnostic final indique une surdose ou une surdose d'opioïde **non confirmée** et que la documentation fait état de l'administration d'un **antidote aux opioïdes** (naloxone [Narcan]) ayant eu un résultat positif (p. ex. le patient a recommencé à respirer normalement ou a repris connaissance et ouvert les yeux), classez la visite comme une surdose d'opioïde **confirmée**.

- N'attribuez pas le préfixe Q.

Remarque

Utilisez toute la documentation disponible (y compris la documentation de dispensateurs autres que les médecins, comme les notes des infirmières et les dossiers des ambulanciers) pour

- confirmer que la substance en cause était un opioïde (pour les diagnostics possibles [non confirmés]);
- identifier le type de substance en cause (lorsque le médecin ne le précise pas);
- déterminer si un antidote aux opioïdes a été administré et a donné un résultat positif.

Cette directive s'applique uniquement à la présente norme de codification.

N'utilisez pas les rapports de laboratoire (p. ex. les rapports de toxicologie). Appuyez-vous plutôt sur l'énoncé des résultats de laboratoire fait par le dispensateur de soins de santé. Reportez-vous également à la norme de codification [Utilisation des résultats d'un test diagnostique pour la codification](#).

Pour codifier une visite au service d'urgence, il est acceptable de consulter le dossier d'hospitalisation en soins de courte durée lorsqu'un patient est admis à partir du service d'urgence à la suite d'un diagnostic de « surdose ». Ce dossier peut servir à identifier la substance en cause et déterminer s'il s'agit ou non d'un opioïde. L'objectif n'est pas d'amener le codificateur à effectuer une recherche approfondie dans toute l'information secondaire consignée au dossier du patient hospitalisé en soins de courte durée pour trouver la confirmation d'une surdose d'opioïde.

Remarque

Certains cliniciens utilisent les termes « opiacé » et « opioïde » de façon interchangeable. La vigilance est donc de mise lors de la codification.

Remarque

La terminologie faisant référence à un diagnostic **non confirmé** dans la documentation comprend notamment les termes « suspecté » « discutable », « à écarté » et « possible ». Reportez-vous également à la norme de codification [Diagnostic non confirmé](#).

N Exemple : Un patient est transporté à l'hôpital par les services médicaux d'urgence. Dans leur rapport, les ambulanciers paramédicaux notent que le patient était inconscient et inerte à leur arrivée, et que la famille a indiqué qu'il avait pris du fentanyl. Les ambulanciers paramédicaux ont administré une dose de naloxone (Narcan) au patient, qui s'est alors réveillé et a ouvert les yeux. Le fournisseur de soins de santé consigne les résultats des analyses toxicologiques d'urine, qui révèlent la présence de fentanyl, de cocaïne et d'amphétamine. Diagnostic final : surdose de substance.

Code	SNISA	Description
T40.40	PP	Intoxication par le fentanyl et ses dérivés
T40.5	AP	Intoxication par la cocaïne
T43.68	AP	Intoxication par d'autres psychostimulants précisés présentant un risque d'abus
X42	AP	Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X41	AP	Intoxication accidentelle par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Le diagnostic final est « surdose de substance ». Toutefois, T50.9 *Intoxication par des drogues, des médicaments et des substances biologiques, autres et sans précision* n'est **pas** attribué, car les substances ayant entraîné la surdose sont précisées dans la documentation du dispensateur de soins de santé, l'une d'elles étant un opioïde (fentanyl). On attribue donc T40.40 *Intoxication par le fentanyl et ses dérivés* pour décrire le type d'opioïde en cause, et X42, obligatoire, pour préciser que la surdose est accidentelle, puisqu'aucune documentation n'indique qu'il s'agit d'un geste intentionnel ou d'une intention indéterminée. Il est également obligatoire d'attribuer les codes applicables aux autres substances en cause mentionnées dans la documentation.

N Exemple : Un patient arrive au service d'urgence par ambulance. Selon ses amis, il se serait injecté une substance inconnue avant de s'effondrer. Ceux-ci lui ont administré deux doses de Narcan avant l'arrivée des ambulanciers paramédicaux. Le patient a repris connaissance en route vers l'hôpital. La raison de la visite est consignée comme suit dans les notes du personnel infirmier : « ? surdose ». Le patient s'oppose aux soins et décide de partir sans avoir été vu par un médecin. Aucun diagnostic final n'est inscrit au dossier.

Code	SNISA	Description
T40.28	PP	Intoxication par d'autres opiacés, non classés ailleurs
X42	AP	Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Comme le patient est parti sans avoir été vu par un médecin, le problème principal correspond à la raison de la visite énoncée à son arrivée, qui a été consignée comme suit : « ? surdose ». Le préfixe Q n'est pas ajouté au code T40.28, car la documentation indique qu'un antidote aux opioïdes a été administré et a eu un résultat positif. On attribue donc T40.28, puisque le type d'opioïde en cause n'est pas indiqué, et X42, obligatoire, pour préciser que la surdose est accidentelle, puisque rien dans la documentation n'indique qu'il s'agit d'un geste intentionnel ou d'une intention non déterminée.

N Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence après avoir avoué à sa famille qu'elle a pris la moitié d'un pot de Tylenol n° 3 pour tenter de mettre fin à ses jours. Diagnostic final : surdose de Tylenol n° 3.

Code	SNISA	Description
T40.20	PP	Intoxication par la codéine et ses dérivés
T39.1	AP	Intoxication par les dérivés du 4-aminophénol
T43.68	AP	Intoxication par d'autres psychostimulants précisés présentant un risque d'abus
X62	AP	Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X60	AP	Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés, et exposition à ces produits
X61	AP	Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes, et exposition à ces produits, non classés ailleurs
U98.9	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : Le Tylenol n° 3 est un médicament composé; il contient de l'acétaminophène, de la codéine (un opioïde) et de la caféine. Conformément aux directives énoncées dans la présente norme de codification et à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#), un code d'intoxication de la catégorie T doit être attribué pour chaque substance, c'est-à-dire qu'un code est requis pour décrire l'intoxication aux opioïdes, en plus des codes d'intoxication à l'acétaminophène et à la caféine. La documentation indique par ailleurs que la surdose était un geste intentionnel. Les codes X62, X60 et X61 sont donc attribués.

Réaction allergique en usage non thérapeutique

En vigueur depuis 2009

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une manifestation est documentée comme étant attribuable à une allergie ou à une réaction allergique à une substance (à l'exception des substances en usage thérapeutique et des allergies alimentaires), recherchez la manifestation dans l'index alphabétique.

BS Lorsque l'index

- comprend le sous-terme « allergie » ou « allergique », attribuez le code applicable des catégories A00 à R99.
- ne comprend pas le sous-terme « allergie » ou « allergique », attribuez
 - T78.4 *Allergie, sans précision*;
 - un code supplémentaire pour identifier la manifestation, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème;
 - un code de cause externe, (soit X58 *Exposition à d'autres facteurs précisés*, lorsque l'agent étiologique est connu; ou X59.9 *Exposition à un facteur non précisé causant des lésions traumatiques autres et non précisées*, lorsque l'agent étiologique est inconnu).

Remarque

Pour trouver un code de cause externe lors de la classification d'une réaction allergique à une substance en usage non thérapeutique, ne cherchez pas dans l'Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques. Les codes de causes externes se trouvant dans cet index sont utilisés seulement pour décrire un effet indésirable en usage thérapeutique, ou un empoisonnement. Reportez-vous également à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#).

S Exemple : Un patient se présente au service d'urgence et est diagnostiqué avec une dermatite allergique de contact après avoir été exposé à du sumac vénéneux (herbe à poux).

Code	SNISA	Description
L23.7	PP	Dermite allergique de contact due aux végétaux, sauf aliments

Justification : Une recherche dans l'index alphabétique mène au code approprié.

Dermatite

– due à (au)

– – plantes NCA (de contact) L25.5

– – – allergique L23.7

Un code de cause externe n'est pas nécessaire.

(Remarque : Un contact avec du sumac vénéneux est classé comme une dermatite allergique de contact.)

BS Exemple : Un patient se présente au service d'urgence avec une tuméfaction localisée du visage.

Diagnostic final : Réaction allergique

Code	BDCP	SNISA	Description
T78.4	(M)	PP	Allergie, sans précision
R22.0	(3)	AP	Tuméfaction et masse localisées, au niveau de la tête
X59.9	(9)	AP	Exposition à un facteur non précisé causant des lésions traumatiques autres et non précisées
U98.9	(9)	AP	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : La manifestation précisée est tuméfaction; cependant, la recherche dans l'index alphabétique ne donne pas le sous-terme descriptif « allergique »; par conséquent, T78.4 *Allergie, sans précision* est attribué. Si T78.4 n'est pas attribué dans cet exemple, il ne sera pas précisé qu'il s'agit d'une réaction allergique. X59.9 est attribué parce que l'agent étiologique de la réaction allergique est inconnu.



Exemple : Une patiente se présente au service d'urgence avec un lymphœdème des paupières après s'être appliqué une teinture sur les cheveux à son domicile.

Diagnostic final : Allergie au colorant capillaire

Code	SNISA	Description
T78.4	PP	Allergie, sans précision
H02.8	AP	Autres affections précisées de la paupière
X58	AP	Exposition à d'autres facteurs précisés
U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Dans cet exemple, l'agent étiologique est le colorant capillaire. Bien que l'on trouve « colorant » en cherchant dans l'Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques, la réaction allergique ne découle pas de l'effet indésirable d'une substance en usage thérapeutique; par conséquent, ne cherchez pas le code de cause externe dans l'Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques. **Remarque :** Si T78.4 n'est pas attribué dans cet exemple, il ne sera pas précisé qu'il s'agit d'une réaction allergique.

Lésions traumatiques récentes versus anciennes

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2012, 2015, 2022

L'attribution d'un code repose sur les notes du médecin, elles déterminent la façon dont le codificateur effectue la recherche dans l'index alphabétique et l'application ou non des notes de la table analytique. Dans le cas de certaines lésions traumatiques, le codificateur doit parfois choisir entre classer la lésion comme une lésion traumatique récente (chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes [S00-T98]) ou une lésion traumatique ancienne (chapitre selon la localisation anatomique, p. ex. chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif [M00-M99]).

Voici un exemple de l'index alphabétique :

Déchirure (avec) (de) (en) (voir aussi Plaie, ouverte)

– ménisque (genou) (**traumatique récente**) (avec) S83.2–

– – **ancienne** (corne antérieure) (corne postérieure) (externe) (interne) M23.2–

– – **non traumatique** (dégénérative) M23.3–

Voici un exemple de la table analytique :

G56 Mononévrite du membre supérieur

À l'exclusion de : affections traumatiques **récentes** des nerfs — voir lésions des nerfs selon les localisations anatomiques

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une lésion est documentée comme étant liée à un événement traumatique et que la classification offre la possibilité de classer une affection comme étant récente ou ancienne, sélectionnez un code du chapitre portant sur le système corporel ou du chapitre XIX selon les délais indiqués ci-dessous :

- Une lésion récente est une lésion qui s'est produite dans l'année (365 jours) précédant la date de la visite. Sélectionnez un code du chapitre XIX.
- Une lésion ancienne est une lésion qui s'est produite plus d'une année (365 jours) avant la date de la visite. Sélectionnez un code du chapitre portant sur le système corporel.
- Si la date de la lésion n'est pas précisée (p. ex. le patient ne s'en souvient pas, le médecin n'indique pas une date approximative ou la lésion est documentée comme s'étant produite « il y a longtemps »), la lésion doit être classée comme une lésion ancienne. Sélectionnez un code du chapitre portant sur le système corporel.

Exception

Lorsqu'une lésion est documentée comme étant liée à un événement traumatique et que la classification n'offre pas la possibilité de classer la lésion comme étant récente ou ancienne, attribuez le code lié au terme « traumatique » sans égard au temps écoulé.

Par exemple : Déchirure (avec) (de) (en) (voir aussi Plaie, ouverte)

– coiffe des rotateurs (complète) (incomplète) (non traumatique) M75.1

– – traumatique (tendon) S46.0

– – – capsule S43.401

Première visite

S Exemple : Un patient tombe et se tord le genou en faisant du ski dans une station de ski commerciale. Il se présente aux urgences une semaine plus tard en raison d'une douleur et d'une enflure persistantes. Un diagnostic de déchirure du ménisque interne est posé, et le patient obtient son congé en attendant une intervention chirurgicale.

Code	SNISA	Description
S83.20	PP	Déchirure récente du ménisque interne du genou
W02.01	AP	Chute impliquant des skis
U98.3	AP	Lieu de l'événement, lieu de sport et d'athlétisme

Justification : La lésion est associée à un événement traumatique, et lors de la recherche dans l'index alphabétique (terme pilote « déchirure » et sous-terme « ménisque »), un choix entre une lésion traumatique récente (S83.2–) et une lésion traumatique ancienne (M23.2–) est offert dans la classification. Puisque selon la documentation, la lésion s'est produite dans l'année, la déchirure du ménisque est classée en tant que lésion traumatique récente.

Deuxième visite

BS Exemple : Le même patient cité dans l'exemple ci-dessus revient à l'hôpital pour une méniscectomie. Vingt et un jours se sont écoulés depuis la lésion initiale.

Code	BDCP	SNISA	Description
S83.20	(M)	PP	Déchirure récente du ménisque interne du genou
W02.01	(9)	AP	Chute impliquant des skis
U98.3	(9)	AP	Lieu de l'événement, lieu de sport et d'athlétisme

Justification : La lésion est associée à un événement traumatique, et lors de la recherche dans l'index alphabétique (terme pilote « déchirure » et sous-terme « ménisque »), un choix entre une lésion traumatique récente (S83.2–) et une lésion traumatique ancienne (M23.2–) est offert dans la classification. Puisque selon la documentation, la lésion s'est produite dans l'année, la déchirure du ménisque est classée en tant que lésion traumatique récente.



Exemple : Il y a six mois, une patiente est tombée et s'est tordu un genou en faisant du ski dans une station de ski commerciale. À l'époque, elle avait été vue au service d'urgence où on lui avait diagnostiqué une déchirure partielle du ménisque interne. Elle avait obtenu son congé après qu'on lui eut prescrit du repos et l'application de glace sur la région lésée. Elle se plaint maintenant de douleur au genou lorsqu'elle pratique certaines activités, et elle est admise pour une ménisectomie.

Diagnostic final : Déchirure de la corne postérieure du ménisque interne

Code	BDCP	SNISA	Description
S83.20	(M)	PP	Déchirure récente du ménisque interne du genou
W02.01	(9)	AP	Chute impliquant des skis
U98.3	(9)	AP	Lieu de l'événement, lieu de sport et d'athlétisme

Justification : La lésion est associée à un événement traumatique, et lors de la recherche dans l'index alphabétique (terme pilote « déchirure » et sous-terme « ménisque »), un choix entre une lésion traumatique récente (S83.2–) et une lésion traumatique ancienne (M23.2–) est offert dans la classification. Puisque selon la documentation, la lésion s'est produite dans l'année, la déchirure du ménisque est classée en tant que lésion traumatique récente.



Exemple : Un patient se présente à l'hôpital en raison d'un dysfonctionnement du nerf fémoral droit. Il a été frappé par une rondelle de hockey dans la région inguinale il y a deux mois alors qu'il jouait dans un aréna. Le médecin indique que le patient a de toute évidence subi une lésion du nerf fémoral lorsqu'il a été frappé par la rondelle de hockey, parce qu'il ressent depuis cet incident un engourdissement le long du nerf et une légère faiblesse au niveau du quadriceps.

Diagnostic final : Dysfonctionnement du nerf fémoral

Code	BDCP	SNISA	Description
S74.18	(M)	PP	Lésion traumatique autre et non précisée du nerf fémoral au niveau de la hanche et de la cuisse
W21.03	(9)	AP	Heurt contre ou par une rondelle de hockey
U98.3	(9)	AP	Lieu de l'événement, lieu de sport et d'athlétisme

Justification : La lésion est liée à un événement traumatique et l'index alphabétique ne comporte aucune entrée secondaire pour « nerf » sous « dysfonctionnement ». La recherche dans l'index alphabétique du terme « Affection » et des sous-termes « nerf » et « fémoral » mène à G57.2 *Lésion du nerf fémoral*. Dans la table analytique, la catégorie G57 *Mononévrite du membre inférieur* précise « À l'exclusion des affections traumatiques récentes des nerfs » et indique au codificateur de « voir lésions des nerfs selon les localisations anatomiques ». Puisque la documentation de la lésion précise que celle-ci est survenue dans l'année, l'exclusion du code G57 s'applique et le diagnostic de dysfonctionnement du nerf est classé comme une lésion récente.



Exemple : La patiente a subi une torsion et une hyperflexion du genou il y a un peu plus d'un an. Elle a initialement ressenti une douleur importante qui s'est améliorée avec le temps, jusqu'à il y a quelques mois. La patiente est admise pour une chirurgie qui met en évidence une déchirure du ménisque latéral du genou gauche. Une ménisectomie est réalisée.

Code	BDCP	SNISA	Description
M23.26	(M)	PP	Dérangement zone autre et non précisée du ménisque externe dû à une déchirure ou un traumatisme ancien

Justification : La lésion est associée à un événement traumatique, et lors de la recherche dans l'index alphabétique (terme pilote « déchirure » et sous-terme « ménisque »), un choix entre une lésion traumatique récente (S83.2–) et une lésion traumatique ancienne (M23.2–) est offert dans la classification. Puisque selon la documentation, la lésion s'est produite il y a plus d'un an, la déchirure du ménisque est classée en tant que lésion traumatique ancienne.



Exemple : Il y a 18 mois, la patiente a subi une luxation de l'épaule en s'étirant le bras à la suite d'une chute sur un trottoir glacé. Au moment de l'incident, elle s'est présentée à l'urgence, où la luxation a été réduite. Elle continue toutefois de ressentir de la douleur, et le mouvement de son épaule est limité. Lors de la visite d'aujourd'hui, les résultats d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont montré une déchirure de la coiffe des rotateurs.

Code	BDCP	SNISA	Description
S46.08	(M)	PP	Lésion traumatique autre et non précisée des muscles et des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule
W00	(9)	AP	Chute de plain-pied due à la glace et la neige
U98.4	(9)	AP	Lieu de l'événement, rue ou route

Justification : La lésion est associée à un événement traumatique, et lors de la recherche dans l'index alphabétique (terme pilote « déchirure » et sous-terme « coiffe des rotateurs »), la classification n'offre pas de choix entre une lésion récente et une lésion ancienne. Comme le dossier indique que la déchirure de la coiffe des rotateurs résulte d'un événement traumatique, elle doit être classée comme telle, peu importe le temps écoulé.

Remarque

Le codificateur doit porter une attention particulière quand les lésions **ne sont pas liées** à un événement traumatique. Par exemple, les affections décrites comme « répétitives », « dégénératives » ou « par sollicitation excessive » ne sont pas liées à des événements traumatiques et ne doivent donc pas être classées comme des lésions traumatiques (récentes ou anciennes).



Exemple : Un patient est admis pour subir une arthroscopie du genou. Le compartiment latéral est examiné et une petite déchirure du ménisque latéral est décelée. La déchirure est définie comme une déchirure horizontale dégénérative.

Code	BDCP	SNISA	Description
M23.36	(M)	PP	Autre dérangement zone autre et non précisée du ménisque externe

Justification : La déchirure est une lésion non traumatique, car elle est documentée comme étant dégénérative. L'index alphabétique (terme pilote « Déchirure », sous-terme « ménisque ») propose le sous-terme « non traumatique (dégénérative) ». Selon la recherche dans l'index alphabétique, attribuez M23.36.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient se présente avec des séquelles ou des effets tardifs d'un traumatisme précédent, attribuez un code à l'affection sous investigation ou traitement.

- Attribuez un code de *Séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes* (T90-T98), facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, afin d'identifier l'affection récente en tant que séquelle d'une lésion traumatique.

BS Exemple : La patiente s’est coupé la paume de la main gauche alors qu’elle cuisinait chez elle. Elle a perdu toute sensation à l’annulaire et au majeur. Une neurolyse du nerf collatéral est effectuée.

Diagnostic final : Cicatrisation des nerfs de la main gauche

Code	BDCP	SNISA	Description
G56.8	(M)	PP	Autres mononévrites du membre supérieur
T92.4	(3)	AP	Séquelles d’une lésion traumatique de nerfs du membre supérieur (facultatif)
Y86	(9)	AP	Séquelles d’autres accidents (facultatif)

Justification : Dans cet exemple, la cicatrisation des nerfs est une séquelle de la plaie par arme blanche. L’index alphabétique (terme pilote « Cicatrice ») ne comprend pas de sous-terme pour « nerf », et L90.5 s’applique aux « cicatrices cutanées ». Comme L90.5 ne s’applique pas dans ce cas, le codificateur doit utiliser d’autres termes pilotes pour effectuer une recherche dans l’index alphabétique. La recherche du terme pilote « Trouble », des sous-termes « nerf », « précisé NCA » et « membre supérieur » mène à G56.8. Dans la table analytique, bien que la catégorie G56 *Mononévrite du membre supérieur* précise « à l’exclusion de : affections traumatiques récentes des nerfs — voir lésions des nerfs selon les localisations anatomiques », cette exclusion ne s’applique pas parce que le diagnostic de « cicatrisation du nerf » ne décrit pas une lésion récente ou ancienne, mais plutôt la séquelle d’une lésion.

Reportez-vous également aux normes de codification [Séquelles](#) et [Admission pour examen de contrôle](#).

Complications précoces de traumatismes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2009

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une complication de traumatisme, comme une hémorragie ou une infection, survient à la suite d'une intervention thérapeutique ou chirurgicale destinée à réparer le site lésé, attribuez le code approprié des catégories T80 à T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs*.

Reportez-vous également à la norme de codification [Affections post-intervention](#).



Exemple : Un patient est admis pour une déhiscence d'une plaie ouverte à l'avant-bras qui est réparée par chirurgie.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.3	(M)	PP	A	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	A	Autres interventions chirurgicales, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Comme la complication s'est déclarée après le traitement médical ou l'intervention chirurgicale, elle est classée aux catégories T80 à T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux*.

Remarque

Pour un patient présentant des traumatismes multiples, on peut présumer qu'un choc est attribuable aux traumatismes. Attribuez T79.4 *Choc traumatique*, sauf si le médecin a clairement indiqué une autre cause.

B Exemple : Un patient présentant des lésions multiples graves subit un choc après l'administration d'un anesthésique dans le cadre d'une intervention destinée à réparer les lésions.

Code	BDCP	Série	Description
T88.2	(2)	A	Choc anesthésique
Y48.4	(9)	A	Anesthésique, sans précision, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Traumatisme intracrânien SAI versus traumatisme crânien SAI

En vigueur depuis 2008, modifié en 2009, 2012

Aux fins de la classification CIM-10-CA, un diagnostic final de traumatisme crânien est classé comme un traumatisme intracrânien (traumatisme cérébral) lorsque l'un des états suivants est documenté au cours de la visite :

- état de conscience altéré;
- état de perception altéré;
- fonctions cognitives altérées;
- score 3 à 12 de l'échelle de Glasgow.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier est « traumatisme crânien » et que la documentation supplémentaire indique un traumatisme intracrânien, selon les critères ci-dessus, attribuez un code de la catégorie *S06 Lésion traumatique intracrânienne*.

BS Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier est « traumatisme crânien » sans autre précision, attribuez *S09.9 Lésion traumatique de la tête, sans précision*.

Reportez-vous également à la norme de codification [Spécificité](#).

BS Exemple : Une patiente se blesse en tombant d'un cheval. Le diagnostic final inscrit au dossier est traumatisme crânien. La patiente a perdu connaissance pendant les 10 minutes qui ont suivi la chute.

Code	BDCP	SNISA	Description
S06.0	(M)	PP	Commotion
V80.0	(9)	AP	Personne montant un animal ou occupant un véhicule à traction animale, blessée par chute ou éjection de l'animal ou du véhicule à traction animale dans un accident sans collision

Justification : Étant donné que le dossier donne d'autres précisions (perte de connaissance), le diagnostic final de « traumatisme crânien » est classé à la catégorie *S06 Lésion traumatique intracrânienne* et non à *S09.9 Lésion traumatique de la tête, sans précision*.

BS Exemple : Une jeune fille de 15 ans marchait sur le trottoir en parlant sur son téléphone cellulaire lorsqu'elle s'est heurté la tête contre un poteau. Elle se plaint de maux de tête. Le diagnostic final inscrit au dossier est « traumatisme crânien mineur ». Aucun score de l'échelle de Glasgow n'est écrit au dossier.

Code	BDCP	SNISA	Description
S09.9	(M)	PP	Lésion traumatique de la tête, sans précision
W22.08	(9)	AP	Heurt contre ou par d'autres objets dans la pratique d'activités autres que le sport
U98.4	(9)	AP	Lieu de l'événement, rue ou route

Justification : Lorsqu'il n'y a aucune information au dossier qui indique un traumatisme cérébral (selon les critères ci-dessus), le diagnostic ne doit pas être classé sous les lésions traumatiques intracrâniennes. En l'absence d'autres signes de troubles neurologiques, les maux de tête ne sont pas classés comme des lésions traumatiques intracrâniennes.

Fracture du crâne et lésion intracrânienne¹

En vigueur depuis 2001

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Pour une fracture du crâne accompagnée d'un traumatisme intracrânien, vous devez d'abord codifier le traumatisme crânien, suivi d'un code supplémentaire désignant la fracture.

BS Exemple : Le patient a une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique avec fracture fermée de la base du crâne. Il perd connaissance brièvement, mais ne présente aucune autre lésion.

Code	BDCP	SNISA	Description
S06.6	(M)	PP	Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique
S02.100	(1)	AP	Fracture fermée de la base du crâne

Plaies ouvertes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Les plaies ouvertes incluent les morsures d'animaux, les coupures, les lacérations, l'arrachement de peau et de tissu sous-cutané, ainsi que les plaies perforantes avec ou sans pénétration de corps étrangers. Elles ne comprennent pas les amputations traumatiques ou l'arrachement de tissus plus profonds, tels que les tissus musculaires.

Reportez-vous également à la norme de codification [Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples ou plaies ouvertes multiples](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez une plaie ouverte communicante avec une fracture au code de fracture ouverte. N'utilisez pas de code supplémentaire pour la plaie ouverte.

BS Exemple : Un patient présente une plaie ouverte importante à la cuisse, une fracture de la diaphyse du fémur étant visible dans la plaie.

Code	Description
S72.301	Fracture ouverte de la diaphyse du fémur

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez une plaie ouverte comme étant « compliquée » lorsqu'elle présente l'un des éléments suivants :

- Retard de guérison
- Retard de traitement
- Corps étranger
- Infection grave (sauf si celle-ci est consécutive à un traitement)

BS Exemple : Un patient présente une plaie ouverte à l'avant-bras après avoir été frappée au bras par un bâton de hockey alors qu'il jouait dans son entrée. Comme il a attendu avant de consulter pour un traitement, une infection significative s'est installée.

Code	BDCP	SNISA	Description
S51.91	(M)	PP	Plaie ouverte de l'avant-bras, partie non précisée, avec complication
W21.02	(9)	AP	Heurt contre ou par un bâton de hockey
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Ce cas présente à la fois une infection et un retard de traitement.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Une fois qu'une plaie a été traitée définitivement (nettoyage et suture), classez une infection subséquente en fonction du site à T81.4 *Infection après une procédure, non classée ailleurs*, et ce, peu importe la cause de l'infection.

Reportez-vous également aux normes de codification [Complications précoces de traumatismes](#) et [Affections post-intervention](#).

BS Exemple : Un patient se présente pour le traitement d’une infection de plaie. Il avait subi une plaie ouverte au bras qui avait été traitée la veille, par nettoyage et suture.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.4	(M)	PP	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	A	Autres interventions chirurgicales, à l’origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d’incident au cours de l’intervention

Justification : La fermeture primaire d’une plaie n’est pas réalisée si le médecin croit que le degré de contamination de la lésion entraînera probablement une infection. Ceci est un jugement qui se fonde sur plusieurs facteurs, incluant le temps écoulé entre la lésion et le traitement. Dans le cas présent, étant donné que la plaie ouverte du patient avait été définitivement traitée (nettoyée et suturée) et que le patient se présente maintenant avec une infection de plaie, celle-ci est classée comme une infection suivant une intervention.

Fractures — fermées versus ouvertes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez une fracture non précisée comme fermée ou ouverte comme une fracture fermée.

BS Exemple : Les données concernant la lésion indiquent seulement « fracture de l’humérus ».

Code	Description
S42.390	Fracture d’une partie non précisée de l’humérus, fermée

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez séparément toute plaie **ouverte** à proximité d’une fracture fermée.

Reportez-vous également à la norme de codification [Plaies ouvertes](#).

Une fracture ouverte désigne soit une plaie ouverte qui s'étend jusqu'au site de la fracture et qui expose celui-ci, soit un os fracturé qui traverse la peau. Lorsqu'une plaie ouverte se trouve à proximité d'une fracture sans que l'os soit exposé, la fracture est considérée comme fermée.

BS Exemple : Un patient présente une fracture fermée de la diaphyse du fémur, ainsi qu'une laceration superficielle de la cuisse.

Code	Description
S72.300	Fracture fermée de la diaphyse du fémur
S71.10	Plaie ouverte de la cuisse, sans complication

Traitement des fractures

En vigueur depuis 2001

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque le siège d'une fracture comprend une articulation, sélectionnez un code d'intervention correspondant au site de l'articulation, et non au site de l'os.

Reportez-vous également à la norme de codification [Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation](#).

Exemple : Fixation d'une fracture intertrochantérienne du fémur droit, avec clou centromédullaire (approche ouverte).

1.VC.74.LA-LQ Fixation, fémur, approche ouverte, utilisation d'un clou centromédullaire, sans utilisation de tissu

Lieu: RP

Exemple : Fixation d'une fracture du col du fémur droit, avec clou centromédullaire (approche ouverte).

1.VA.74.LA-LQ Fixation, articulation de la hanche, approche ouverte, dispositif de fixation uniquement, utilisation d'un clou centromédullaire

Lieu: R

Luxations

En vigueur depuis 2001

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Classez les luxations non précisées comme fermées ou ouvertes comme des luxations fermées.

BS Classez une « fracture avec luxation » comme une fracture.

BS Classez la luxation simple d'une vertèbre de la façon suivante :

- S13.1 *Luxation d'une vertèbre cervicale*
- S23.1 *Luxation d'une vertèbre dorsale*
- S33.1 *Luxation d'une vertèbre lombaire*

BS Dans le cas de luxations multiples touchant une seule catégorie de vertèbres, utilisez le code seulement une fois.

BS **Exemple :** Luxation des deuxième et troisième vertèbres cervicales.

Code	Description
S13.1	Luxation d'une vertèbre cervicale

Lésions des vaisseaux sanguins

En vigueur depuis 2001

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'il y a une lésion aux vaisseaux sanguins à la suite d'une fracture, d'une plaie ouverte ou d'une autre blessure, attribuez un code supplémentaire pour identifier la lésion touchant le vaisseau sanguin.

Reportez-vous également à la norme de codification [Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité](#).

BS Exemple : Un patient présente une fracture fermée de la diaphyse du fémur avec rupture de l'artère fémorale commune.

Code	Description
S72.300	Fracture fermée de la diaphyse du fémur
S75.0	Lésion traumatique de l'artère fémorale

Justification : La séquence des codes dépend des circonstances consignées au dossier.

Lésions significatives

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Aux fins de la classification, considérez les types de lésions traumatiques suivantes comme étant significatives :

- fractures;
- luxations;
- amputations;
- brûlures des deuxième et troisième degrés;
- brûlures du premier degré correspondant aux critères d'un diagnostic de type significatif, d'un problème principal ou d'un autre problème;
- gelure superficielle ou avec nécrose des tissus;
- lésions de nerfs, de vaisseaux sanguins, de muscles, de tendons et d'organes internes.

Directive pour la BDCP seulement

B Attribuez le type de diagnostic (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y) aux lésions significatives.

Cette liste n'a pas pour but d'indiquer une hiérarchie de sévérité. Reportez-vous également à la norme de codification [Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité](#).

Blessures par écrasement

En vigueur depuis 2006

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez toutes les lésions significatives associées à une blessure par écrasement comme étant des comorbidités, le problème principal ou un autre problème.

- Attribuez un code supplémentaire, facultatif, avec le type de diagnostic (3)/autre problème, pour identifier la blessure par écrasement. Lorsqu'une blessure par écrasement touche plusieurs régions corporelles, sélectionnez un code d'écrasement de la catégorie T04 *Écrasements de plusieurs parties du corps*.

BS Lorsque le syndrome d'écrasement est documenté avec une atteinte de la fonction rénale, attribuez T79.5 *Anurie traumatique* comme étant un type de diagnostic de comorbidité, le problème principal ou un autre problème.

Reportez-vous également à la norme de codification [Attribution de codes pour plusieurs types de lésions importantes touchant plusieurs régions corporelles](#).

BS Exemple : Un patient a la main écrasée entre deux objets dans une cuisine d'hôtel, subissant des fractures ouvertes des deuxième et troisième métacarpes.

Code	BDCP	SNISA	Description
S62.491	(M)	PP	Fractures multiples d'autres os du métacarpe site non précisé, ouvertes
S67.8	(3)	AP	Écrasement de parties autres et non précisées du poignet et de la main
W23	(9)	AP	Compression, écrasement ou blocage dans des objets ou entre des objets
U98.5	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services

BS Exemple : Un patient subit une lésion fermée de grade IV au foie, en plus d'un éclatement de la rate, à la suite d'une blessure par écrasement à l'abdomen survenue lorsqu'il a été écrasé contre un mur par une camionnette en marche arrière.

Code	BDCP	SNISA	Description
S36.130	(M)	PP	Rupture parenchymateuse du foie touchant de 25 à 75 % du lobe hépatique, ou de 1 à 3 segments (grade IV), sans plaie ouverte dans la cavité
S36.040	(1)	AP	Lacération vasculaire hilaire ayant abouti à un éclatement total de la rate (grade V), sans plaie ouverte dans la cavité
S38.1	(3)	AP	Écrasement de parties autres et non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin
V03.0	(9)	AP	Piéton blessé dans une collision avec une automobile ou une camionnette, accident en dehors de la circulation

BS Exemple : Le patient est un passager qui a été écrasé lors du déraillement d'un train. Il subit une fracture ouverte de la diaphyse de l'humérus, des fractures ouvertes de trois côtes, une contusion au cœur avec plaie ouverte de la cavité thoracique, une contusion fermée du foie et de la rate, ainsi qu'une fracture fermée de l'ilion.

Code	BDCP	SNISA	Description
S26.801	(M)	PP	Contusion et hématome du cœur, avec plaie ouverte de la cavité thoracique
S42.301	(1)	AP	Fracture de la diaphyse de l'humérus SAI, ouverte
S22.401	(1)	AP	Fractures multiples de 2 - 4 côtes, ouvertes
S36.150	(1)	AP	Hématome hépatique SAI, lacération SAI, lacération traumatique du foie SAI, sans plaie ouverte dans la cavité
S36.090	(1)	AP	Hématome SAI, lacération SAI, lésion traumatique de la rate SAI, sans plaie ouverte dans la cavité
S32.300	(1)	AP	Fracture fermée de l'ilion
T04.7	(3)	AP	Écrasement du thorax, de l'abdomen, des lombes, du bassin et de(s) membre(s)
T06.8	(3)	AP	Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps
V81.7	(9)	AP	Occupant d'un train ou d'un véhicule ferroviaire, blessé lors d'un déraillement sans collision préalable

Lésions bilatérales

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2008

Directive pour la BDCP et le SNISA



En présence de lésions corporelles significatives bilatérales et identiques des deux côtés du corps, classez les lésions en utilisant deux fois le même code de la CIM-10-CA.

Exception

Ne codifiez pas deux fois les brûlures corporelles identiques et bilatérales; la catégorie T31 *Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte* suffit à couvrir cet aspect.



Exemple : Un patient subit des lacérations des muscles quadriceps aux deux cuisses lorsqu'un sabre de cérémonie acéré exposé dans un musée est tombé sur ses genoux.

Code	BDCP	SNISA	Description
S76.10	(M)	PP	Lacération de muscles et de tendons du quadriceps
S76.10	(1)	AP	Lacération de muscles et de tendons du quadriceps
W26.0	(9)	AP	Contact avec un couteau, une épée ou un poignard
U98.28	(9)	AP	Lieu de l'événement, école et autres institutions et lieux publics



Exemple : Fracture fermée de la diaphyse du fémur, droite et gauche.

Code	Description
S72.300	Fracture fermée de la diaphyse du fémur
S72.300	Fracture fermée de la diaphyse du fémur

Attribuez également les codes suivants :

- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez les fractures bilatérales des os qui sont uniques dans le corps (p. ex. les maxillaires inférieur et supérieur) à l'aide d'un seul code indiquant des fractures multiples.



Exemple : Fracture d'une branche (maxillaire inférieur), côtés gauche et droit.

Code	Description
S02.670	Fracture du maxillaire inférieur, sites multiples, fermée

Brûlures et corrosions

En vigueur depuis 2001, modifié en 2005, 2006, 2007, 2009

Le terme « brûlure » englobe les brûlures thermiques, les brûlures dues au frottement et les ébouillantage provoqués par des liquides et des vapeurs non caustiques. Ce terme inclut également les brûlures causées par les appareils de chauffage électriques, l'électricité, la flamme, les objets brûlants, la foudre et l'irradiation. Les corrosions sont des brûlures causées par des produits caustiques comme les acides ou les alcalis. Les coups de soleil sont classés à la catégorie L55.

Dans la CIM-10-CA, les brûlures et les corrosions sont décrites en fonction de leur degré. Cette terminologie fait référence à la profondeur de la brûlure. Une brûlure du premier degré est caractérisée par une rougeur de la peau seulement (érythème). Elle est également appelée brûlure superficielle. Une brûlure du deuxième degré cause une perte d'épiderme et l'apparition de cloques (une atteinte partielle des couches de la peau). Les brûlures du troisième degré touchent toutes les couches de la peau et/ou présentent une nécrose profonde des tissus sous-jacents.

Les brûlures et les corrosions de la surface externe du corps sont précisées selon leur localisation aux catégories T20 à T25. Les termes inclus pour chacune des catégories permettent une sélection précise des codes. Les brûlures limitées à l'œil et aux organes internes sont classées aux catégories T26 à T28.

La catégorie T29 regroupe les brûlures et les corrosions touchant plusieurs parties du corps; la catégorie T30 permet de classer les brûlures et les corrosions d'une partie du corps non précisée. Les catégories T31 et T32 permettent d'indiquer l'étendue de la surface corporelle atteinte par la brûlure ou la corrosion.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez les brûlures de divers degrés pour un même site en fonction du degré le plus grave pour le site en question.



Exemple : Brûlures de la paroi thoracique aux premier, deuxième et troisième degrés.

Code	Description
T21.3	Brûlure du troisième degré du tronc

Attribuez également les codes suivants :

- code de pourcentage de la surface corporelle brûlée;
- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Classez une brûlure évolutive en fonction du degré le plus élevé vers lequel elle évolue.

Parfois, une brûlure désignée initialement comme étant du deuxième degré peut évoluer et, en quelques jours, devenir une brûlure du troisième degré (évolution indiquée par le médecin). Cette brûlure doit être codifiée en fonction du degré vers lequel elle a évolué, c'est-à-dire le troisième degré.



Exemple : Un patient se présente en raison de brûlures du deuxième degré au bras gauche (10 % de la surface corporelle). Il s'était ébouillanté en faisant bouillir de l'eau dans une marmite à la maison. Les notes du dossier indiquent que la brûlure a évolué vers le troisième degré.

Code	BDCP	SNISA	Description
T22.3	(M)	PP	Brûlure du troisième degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
T31.12	(1)	AP	Brûlures touchant de 10 à 19 % de la surface corporelle, avec 10 à 19 % de brûlures du troisième degré
X12	(9)	AP	Contact avec d'autres liquides brûlants
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Classez les brûlures décrites comme « ne guérissant pas » ou « nécrotiques » comme des brûlures récentes.

BS Lorsqu'un patient se présente pour un traitement de brûlure comprenant une greffe ou un parage (débridement), classez la brûlure comme une brûlure récente.

BS Lorsqu'un patient se présente en raison de la complication d'une brûlure guérie, codifiez le problème subséquent résultant de la brûlure (comme les cicatrices de rétraction).

BS Lorsqu'un patient se présente pour une chirurgie reconstructive d'une brûlure guérie, attribuez Z42.— *Soins de contrôle comprenant une opération plastique.*

BS Lorsqu'un patient se présente pour un changement de pansements pour brûlures, attribuez Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux*, comme diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez un code supplémentaire, facultatif, en tant que type de diagnostic (3)/autre problème, pour identifier la brûlure.

Reportez-vous également aux normes de codification [Lésions traumatiques récentes versus anciennes](#) et [Admission pour examen de contrôle](#).

BS Exemple : Il y a sept mois, un patient a subi des brûlures corporelles multiples, dans l'incendie de sa maison. Cette fois-ci, il se présente pour une plastie en Z d'une cicatrice rétractile au poignet droit. De plus, il présente toujours une région non guérie, une brûlure du troisième degré avec nécrose à la fesse gauche, qui couvre moins de 1 % de la surface corporelle.

Code	BDCP	SNISA	Description
L90.5	(M)	PP	Cicatrices et fibrose cutanées
T95.2	(3)	AP	Séquelles de brûlure, corrosion et gelure du membre supérieur (facultatif)
Y86	(9)	AP	Séquelles d'autres accidents (facultatif)
T21.3	(1)	AP	Brûlure du troisième degré du tronc
T31.01	(1)	AP	Brûlures couvrant moins de 10 % de la surface du corps, avec moins de 10 % de brûlure du troisième degré
X00	(9)	AP	Exposition à un feu non maîtrisé, dans un bâtiment ou un ouvrage
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une xélogreffe ou une homogreffe échoue ou est rejetée au siège d'une brûlure traitée, attribuez un code de la sous-catégorie T86.84 *Échec et rejet d'une greffe de tissu mou ou d'un lambeau de tissu mou (peau, muscle, fascia, tendon, muqueuse)*.

BS Lorsque la greffe de tissus provenant du patient (autogreffe) échoue ou est rejetée au siège d'une brûlure, attribuez T85.8 *Autres complications de prothèses, implants et greffes internes, non classées ailleurs*.

Étendue de la surface corporelle touchée par une brûlure

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un code des catégories T20 à T25 ou T29 est attribué, attribuez un code supplémentaire, obligatoire, en tant que type de diagnostic de comorbidité/autre problème, des catégories

- T31 *Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte*; ou
- T32 *Corrosions classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte*.

BS Assurez-vous que le type de diagnostic des codes T31.- ou T32.- correspond au type de diagnostic de la brûlure ou de la corrosion selon qu'elle soit une comorbidité avant l'admission ou après l'admission ou autre problème.

BS Sélectionnez un seul code des catégories T31 et T32.

Les catégories T31 et T32 peuvent s'appliquer toutes deux à un même cas, mais un seul code de chacune des catégories peut être utilisé.



Exemple : Brûlures du tronc au premier degré (5 % de la surface corporelle atteinte), au deuxième degré (10 % de la surface corporelle atteinte) et au troisième degré (15 % de la surface corporelle atteinte).

Code	BDCP	SNISA	Description
T21.3	(M)	PP	Brûlure du troisième degré du tronc
T31.32	(1)	AP	Brûlures touchant de 30 à 39 % de la surface corporelle, avec 10 à 19 % de brûlures du troisième degré

Attribuez également les codes suivants :

- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Justification : T31.32 est obligatoire avec T21.3. Le type de diagnostic pour le code T31.32 correspond à une comorbidité avant l'admission. Si la brûlure avait été une comorbidité après l'admission, T31.32 aurait été attribué avec le type de diagnostic correspondant à une comorbidité après l'admission. Un seul code de la catégorie T31.— peut être sélectionné.

Remarque

Les diagrammes de brûlures décrivant la totalité de la lésion du patient pourront vous aider à sélectionner un code de ces catégories.

Attribution du diagnostic principal et du problème principal dans le cas de brûlures multiples

En vigueur depuis 2001, modifié en 2008

Directives pour la BDCP et le SNISA

- BS** En présence de brûlures multiples touchant plusieurs sites corporels, sélectionnez le site le plus gravement atteint pour le diagnostic principal/problème principal.
- BS** Dans le cas de brûlures multiples du même degré, sélectionnez le site qui correspond à la plus grande surface corporelle atteinte pour le diagnostic principal/problème principal.
- BS** Lorsque tous les paramètres sont identiques, sélectionnez les brûlures nécessitant une greffe pour le diagnostic principal/problème principal, avant les brûlures ne nécessitant pas de greffe.

BS Exemple : Brûlures au deuxième degré de l'avant-bras et de la paume de la main, et brûlure au premier degré du visage.

Code	BDCP	SNISA	Description
T22.2	(M)	PP	Brûlure du second degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
T23.2	(1)	AP	Brûlure du second degré du poignet et de la main
T20.1	(1)	AP	Brûlure du premier degré de la tête et du cou

Attribuez également les codes suivants :

- code de pourcentage de la surface corporelle brûlée;
- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Justification : Les brûlures de l'avant-bras ont été sélectionnées comme diagnostic principal/problème principal, car elles présentent une gravité supérieure à la brûlure au premier degré du visage et une étendue supérieure à la brûlure de la paume de la main.

Brûlures touchant plusieurs régions corporelles

En vigueur depuis 2001

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsque la documentation indique des sièges précis de brûlures, attribuez des codes distincts à chacun de ces sièges.



Attribuez T29.— *Brûlures et corrosions de plusieurs régions corporelles*, comme diagnostic de type correspondant à une comorbidité/autre problème, uniquement lorsque la documentation précise des sièges de brûlures n'est pas fournie.



Attribuez T29.— *Brûlures et corrosions de plusieurs régions corporelles*, comme diagnostic de type (3)/autre problème, facultatif, afin de faciliter l'extraction des données.



Exemple : Brûlure du troisième degré de la cuisse et du pied gauches.

Code	BDCP	SNISA	Description
T24.3	(M)	PP	Brûlure du troisième degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
T25.3	(1)	AP	Brûlure du troisième degré de la cheville et du pied
T29.3	(3)	AP	Brûlures de parties multiples du corps, au moins une brûlure du troisième degré mentionnée

Attribuez également les codes suivants :

- code de pourcentage de la surface corporelle brûlée;
- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'il y a présence de lésions multiples, codifiez d'abord la lésion la plus grave (ou la plus menaçante pour la vie du patient).

Reportez-vous également à la norme de codification [Diagnostics d'importance équivalente](#).



Exemple : Après un accident de véhicule automobile, un patient est admis en raison de brûlures du troisième degré à la tête et au cou (11 % de la surface corporelle) nécessitant une importante greffe cutanée, en plus d'une lacération à un muscle du poignet qui exige un parage, une suture et l'amputation traumatique de deux doigts.

Code	BDCP	Description
T20.3	(M)	Brûlure du troisième degré de la tête et du cou
T31.12	(1)	Brûlures touchant de 10 à 19 % de la surface corporelle, avec 10 à 19 % de brûlures au troisième degré
S66.90	(1)	Lésion traumatique d'un muscle et d'un tendon non précisés, lacération
S68.2	(1)	Amputation traumatique (complète) (partielle) d'au moins deux doigts

Attribuez également le code suivant :

- code de cause externe

Justification : Les brûlures du troisième degré seraient considérées comme les plus graves et les plus menaçantes pour la vie du patient.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque des lésions superficielles (cutanées) sont présentes en même temps que des lésions plus graves de la même région corporelle, ne codifiez que les lésions les plus graves.

BS Exemple : Un patient se présente en raison d'une fracture de l'olécrâne ainsi que des contusions et des abrasions multiples dans la même région.

Code	BDCP	SNISA	Description
S52.000	(M)	PP	Fracture de l'olécrâne du cubitus, fermée

Attribuez également les codes suivants :

- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Classez les lésions significatives au plus grand degré de spécificité possible, même si cela requiert l'utilisation de plus d'un code provenant de la même catégorie.

Reportez-vous également aux normes de codification [Lésions significatives](#) et [Spécificité](#).

Exception

N'attribuez pas le même code de diagnostic plus d'une fois pour les fractures multiples du même site d'un os (p. ex. double fracture de la diaphyse) ou pour les fractures multiples ou bilatérales des os uniques dans le corps (p. ex. fractures bilatérales du maxillaire inférieur). Reportez-vous également à la norme de codification [Lésions bilatérales](#).

BS Exemple : Un patient est admis en raison d'une fracture ouverte des os de la main, plus précisément du col du premier métacarpien et de la première phalange du pouce, et une fracture fermée du troisième métacarpien.

Code	BDCP	SNISA	Description
S62.221	(M)	PP	Fracture du col et de la tête du premier métacarpien, ouverte
S62.501	(1)	AP	Fracture de la phalange proximale, ouverte
S62.310	(1)	AP	Fracture de la diaphyse d'un autre os du métacarpe, fermée

Attribuez également les codes suivants :

- code de cause externe;
- code de lieu de l'événement.

Justification : Le site de chaque fracture est précisé et donc codifié au plus grand degré de spécificité possible, même si les codes proviennent de la même catégorie de trois caractères.

Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples ou plaies ouvertes multiples

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008, 2018

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Utilisez les catégories de combinaison pour décrire des lésions superficielles multiples et/ou bilatérales ou des plaies ouvertes touchant une même région corporelle ou plusieurs régions corporelles.

Reportez-vous également à la norme de codification [Plaies ouvertes](#).

Contrairement aux lésions significatives, les lésions multiples qui font partie des catégories du tableau ci-dessous n'ont pas besoin d'être classées séparément. Elles peuvent être codifiées séparément si l'établissement, la province ou le territoire l'exige dans le cadre de son processus de déclaration des données.

Utilisez un seul code pour identifier les plaies ouvertes multiples.

Choisissez l'un des codes suivants :

- S01.7– de la tête;
- S11.7– du cou;
- S21.7– de la paroi thoracique;
- S31.7– de l'abdomen, des lombes et du bassin;
- S41.7– de l'épaule et de la partie supérieure du bras;
- S51.7– de l'avant-bras;
- S61.7– du poignet et de la main;
- S71.7– de la hanche et de la cuisse;
- S81.7– de la jambe;
- S91.7– de la cheville et du pied;
- T01.– de plusieurs parties du corps (voir le quatrième caractère pour les combinaisons de parties du corps).



Exemple : Un patient subit des lacérations au pouce, à la paume et au majeur à la suite d'un accident sur un chantier de construction; sa main est restée coincée dans une machine.

Code	BDCP	SNISA	Description
S61.70	(M)	PP	Plaies ouvertes multiples du poignet et de la main, sans complication
W31	(9)	AP	Contact avec de la machinerie, autre et sans précision
U98.6	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone industrielle et chantier de construction

Justification : Les plaies ouvertes multiples peuvent toutes être classées à la catégorie S61. Toutefois, comme il ne s'agit pas de lésions significatives, il est aussi possible d'utiliser le code de combinaison S61.70.

Utilisez un seul code pour identifier les lésions superficielles multiples.

Choisissez l'un des codes suivants :

- S00.7 de la tête;
- S10.7 du cou;
- S20.7 du thorax;
- S30.7 de l'abdomen, des lombes et du bassin;
- S40.7 de l'épaule et de la partie supérieure du bras;
- S50.7 de l'avant-bras;
- S60.7 du poignet et de la main;
- S70.7 de la hanche et de la cuisse;
- S80.7 de la jambe;
- S90.7 de la cheville et du pied;
- T00.– de plusieurs parties du corps (voir le quatrième caractère pour les combinaisons de parties du corps).

Attribution de codes pour plusieurs types de lésions significatives touchant une seule région corporelle

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'il existe deux types ou plus de lésions significatives touchant une même région corporelle, classez chaque lésion au plus grand degré de spécificité possible mentionné dans la documentation et selon l'ordre de gravité.

Reportez-vous également à la norme de codification [Lésions significatives](#).

Les codes suivants peuvent être utilisés comme un signal pour indiquer la présence de traumatismes significatifs multiples. S'ils sont utilisés, ils doivent être de type (3) :

- S09.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la tête
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S02-S09.2)
- S19.7 (3) Lésions traumatiques multiples du cou
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S12-S18)
- S29.7 (3) Lésions traumatiques multiples du thorax
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S22-S29.0)
- S36.7 (3) Lésion traumatique de multiples organes intra-abdominaux
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S36.0-S36.9)
- S37.7 (3) Lésions traumatiques de multiples organes pelviens
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S37.0-S37.9)
- S39.7 (3) Autres lésions traumatiques multiples de l'abdomen, des lombes et du bassin
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S32-S39)
- S49.7 (3) Lésions traumatiques multiples de l'épaule et de la partie supérieure du bras
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S42-S48)
- S59.7 (3) Lésions traumatiques multiples de l'avant-bras
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S52-S58)
- S69.7 (3) Lésions traumatiques multiples du poignet et de la main
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S62-S68)
- S79.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la hanche et de la cuisse
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S72-S78)
- S89.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la jambe
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S82-S88)
- S99.7 (3) Lésions traumatiques multiples de la cheville et du pied
Lésions traumatiques classées à plus d'une des catégories (S92-S98)

Lorsque plusieurs types de lésions significatives sont présentes dans une même région corporelle, elles sont considérées comme des lésions « multiples » de cette région du corps.

BS Exemple : Un patient est admis à la suite d'un accident de motoneige alors qu'il était le conducteur. Il subit une fracture ouverte du trochanter (fémur), une lacération non contiguë du muscle grand fessier, ainsi que des lésions de plusieurs vaisseaux sanguins et du nerf sciatique au niveau de la cuisse.

Code	BDCP	SNISA	Description
S72.191	(M)	PP	Fracture ouverte du trochanter non précisée
S74.00	(1)	AP	Lacération du nerf sciatique au niveau de la hanche et de la cuisse
S76.00	(1)	AP	Lacération de muscles et de tendons de la hanche
S75.7	(1)	AP	Lésion traumatique de plusieurs vaisseaux sanguins au niveau de la hanche et de la cuisse
S79.7	(3)	AP	Lésions traumatiques multiples de la hanche et de la cuisse
V86.50	(9)	AP	Conducteur d'une motoneige blessé dans un accident en dehors de la circulation

Justification : Ces lésions traumatiques sont toutes considérées comme significatives et justifient l'attribution d'un code de lésions multiples pour une même région corporelle. Dans le cas présent, étant donné que la documentation n'offre pas plus de précisions concernant la lésion aux vaisseaux sanguins, S75.7 est attribué.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Assurez-vous que les codes S-9.7 *Lésions traumatiques multiples de ~* ne sont pas utilisés pour identifier des lésions multiples lorsqu'une lésion significative est présente avec une ou plusieurs plaies superficielles.



Exemple : Un patient est admis après un accident sur un chantier de construction, au cours duquel il s'est blessé à la main en utilisant une machine. Il présente une fracture fermée de la phalange distale de son index et des lacérations du pouce, de la paume et du majeur.

Code	BDCP	SNISA	Description
S62.610	(M)	PP	Fracture de la troisième phalange d'un doigt, fermée
S61.70	(3)	AP	Plaies ouvertes multiples du poignet et de la main, sans complication (facultatif)
W31	(9)	AP	Contact avec de la machinerie, autre et sans précision
U98.6	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone industrielle et chantier de construction

Justification : Les lésions superficielles multiples sont saisies avec le code de combinaison S61.70 (Reportez-vous également la norme de codification [Attribution de codes pour des lésions superficielles multiples ou plaies ouvertes multiples](#)). Toutefois, S69.7 *Lésions traumatiques multiples du poignet et de la main* n'est pas attribué car il y a seulement un type de lésion significative dans ce cas.

Attribution de codes pour plusieurs types de lésions significatives touchant plusieurs régions corporelles

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008

Directive pour la BDCP et le SNISA



Chaque fois qu'il existe deux types ou plus de lésions significatives touchant des régions corporelles multiples, classez chaque lésion au plus grand degré de spécificité mentionné dans la documentation et classez les lésions selon l'ordre de gravité.

Reportez-vous également aux normes de codification [Lésions significatives](#) et [Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité](#).

T06.8 *Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps* peut être utilisé afin d'identifier les cas présentant des lésions significatives multiples touchant plusieurs régions corporelles. Si ce code est utilisé, un type (3) doit être attribué au diagnostic.

Lorsque T06.8 est attribué, il n'est pas nécessaire d'attribuer un code provenant de S-9.7 *Lésions traumatiques multiples de ~*.



Exemple : Le conducteur d'une motoneige blessé dans un accident de la circulation subit des lésions multiples touchant plusieurs régions corporelles : une fracture de LeFort de type 3 du maxillaire, un hématome sous-dural avec perte de connaissance durant 65 minutes, une plaie ouverte à l'abdomen avec contusion au pancréas, des lacérations du duodénum et du canal biliaire, une fracture fermée de la vertèbre C6, et des fractures ouvertes de l'extrémité supérieure de l'humérus et de la clavicule.

Code	BDCP	SNISA	Description
S06.5	(M)	PP	Hémorragie sous-durale traumatique
S36.201	(1)	AP	Hématome du pancréas (sans lésion traumatique d'un canal pancréatique), avec plaie ouverte dans la cavité
S36.421	(1)	AP	Lacération du duodénum avec lésion traumatique des canaux biliaires ou du complexe duodénopancréatique, avec plaie ouverte dans la cavité
S02.431	(1)	AP	Fracture des os maxillaires et maxillaires, LeFort 3, unilatérale, ouverte
S12.210	(1)	AP	Fracture des vertèbres C5-C7, fermée
S42.281	(1)	AP	Fracture d'une autre partie de l'extrémité supérieure de l'humérus, ouverte
S42.011	(1)	AP	Fracture de la diaphyse claviculaire, ouverte
T06.8	(3)	AP	Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps
V86.00	(9)	AP	Conducteur d'une motoneige blessé dans un accident de la circulation

Remarque

Le code T06.8 peut être utilisé pour tout abrégé qui contient plusieurs codes commençant par la lettre S et présentant un deuxième caractère différent, puisque le deuxième caractère fait référence aux différentes régions corporelles. Par exemple, S06 + S44 = plusieurs types de lésions significatives touchant plusieurs régions corporelles.

Ni les lésions superficielles (troisième caractère = « 0 »), ni les plaies ouvertes (troisième caractère = « 1 ») ne sont considérées comme des lésions significatives pour l'attribution des codes de lésions multiples. Cependant, certaines plaies ouvertes ou lésions superficielles peuvent être considérées comme des comorbidités.

Codification des lésions multiples non spécifiques — visites au service d'urgence

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006

Directive pour le SNISA seulement



Lorsque la documentation ne permet pas l'attribution d'un code de lésion spécifique pour des lésions significatives, attribuez un code de lésions multiples pour désigner le problème principal lors d'une visite au service d'urgence.

Reportez-vous également à la norme de codification [Séquence des codes de lésions multiples en fonction du degré de gravité](#).



Exemple : Une passagère dans une automobile est blessée lorsque le véhicule dans lequel elle circulait est frappé par un autobus. Elle subit de graves lésions multiples de plusieurs parties du corps. La patiente est transférée dans un centre de traumatologie avant qu'un diagnostic ne soit établi.

Code	SNISA	Description
T06.8	PP	Autres lésions traumatiques précisées de plusieurs parties du corps
V44.6	AP	Occupant d'une automobile blessé dans une collision avec un véhicule lourd ou un autobus, passager d'une automobile, accident de la circulation

Affections post-intervention

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2009, modifié en 2012, 2015, 2022

Attribution de codes des affections post-intervention

L'attribution de codes pour des affections post-intervention comporte

- un code principal qui, selon l'index alphabétique, classe l'affection ou le symptôme à l'un des codes suivants :
 - un code des catégories T80-T88 *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs* (code « T »);
 - un code lié à l'état postopératoire qui se trouve dans la plupart des chapitres portant sur un système corporel; ou
 - le code régulier (le code habituel dans la classification).
- un code supplémentaire pour fournir plus de détails, obligatoire, si disponible.
- un code de cause externe afin d'établir la nature de l'affection post-intervention, obligatoire.

Remarque

Il est obligatoire d'appliquer l'indicateur de série à l'ensemble des codes utilisés pour décrire une affection post-intervention. Reportez-vous également à la norme de codification [Indicateur de série](#).

Remarque

Les définitions des types de diagnostic et des problèmes s'appliquent aux affections post-intervention. Lorsqu'une affection post-intervention ne correspond pas aux critères de significativité, l'attribution de codes est facultative; cependant, lorsque des codes sont attribués, il faut suivre les directives ci-dessous.

Directives pour la BDCP et le SNISA



Classez un état ou un symptôme comme une affection post-intervention si

- une affection ou un symptôme qui n'est pas attribuable à une autre cause survient pendant un épisode de soins continus dans les trente jours suivant une intervention (y compris les transferts d'un établissement à l'autre); **ou**
- une relation de cause à effet est documentée, peu importe le temps qui s'est écoulé entre les deux.



Attribuez au moins deux codes :

- soit un code « T », un code lié à l'affection postopératoire ou un code régulier selon l'index alphabétique;
- un code de cause externe de l'une des catégories suivantes :
 - (Y60-Y69) *Incidents survenus au patient au cours d'actes médicaux et chirurgicaux;*
 - (Y70-Y82) *Appareils médicaux associés à des incidents adverses au cours d'actes diagnostiques et de leur usage thérapeutique; ou*
 - (Y83-Y84) *Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention.*

Remarque

La période de trente jours ne s'applique pas lorsqu'un patient a obtenu son congé. Il s'agit alors d'une interruption des soins (et non d'un épisode continu de soins).

À la réadmission, l'affection doit être clairement documentée en indiquant l'état postopératoire pour être classée comme une affection post-intervention.

Remarque

La période de 30 jours comprend les transferts directs entre le même niveau de soins dans des établissements distincts (p. ex. courte durée à courte durée) et différents niveaux de soins dans un même établissement ou dans un autre (p. ex. ambulatoires à de courte durée). Un transfert direct désigne un épisode de soins continus ininterrompus et la règle des 30 jours s'applique toujours.

B Exemple : Une patiente est admise et reçoit un diagnostic de pneumonie. Selon l'anamnèse, elle a subi une hystérectomie radicale il y a huit jours.

Code	BDCP	Description
J18.9	(M)	Pneumonie, sans précision

Justification : La pneumonie n'est pas considérée comme une affection post-intervention étant donné que le médecin n'a pas consigné clairement au dossier qu'il existe une relation de cause à effet entre la pneumonie et l'intervention antérieure. Une fois qu'un patient obtient son congé, la période de 30 jours n'est plus applicable.

Remarque

Lorsqu'il est clairement inscrit au dossier qu'une affection ou un symptôme survenu au cours de la période postopératoire de trente jours est attribuable à une autre cause, cette affection n'est pas classée comme une affection post-intervention. Il peut s'agir

- d'une affection qui représente une aggravation de l'état en cours de traitement;
- d'une exacerbation d'un état préexistant;
- d'une affection attribuable à une autre cause, par exemple
 - une affection qui résulte d'un accident; ou
 - un effet indésirable d'une drogue, d'un médicament ou d'un agent biologique en usage thérapeutique.

B Exemple : Un patient est admis en raison d'une insuffisance cardiaque congestive et subit un cathétérisme cardiaque pendant son admission. Cinq jours plus tard, alors qu'il était toujours hospitalisé, le patient souffre d'insuffisance respiratoire aiguë. Le médecin indique que l'insuffisance respiratoire est attribuable à l'insuffisance cardiaque congestive.

Code	BDCP	Description
J96.09	(2)	Insuffisance respiratoire aiguë, type non précisé

Justification : L'insuffisance respiratoire a été consignée comme étant due à l'insuffisance cardiaque; en conséquence, elle n'est pas classée comme une affection post-intervention. Elle est attribuable à une autre cause.



Exemple : Un patient ayant un problème connu de fibrillation auriculaire est admis pour un pontage aortocoronarien. Le deuxième jour après l'intervention, il subit un épisode de fibrillation auriculaire et est gardé sous surveillance à l'unité de soins cardiaques.

Code	BDCP	Description
I48.90	(1)	Fibrillation auriculaire, sans précision

Justification : Étant donné que la fibrillation auriculaire était connue avant l'intervention chirurgicale, elle n'est pas classée comme une affection post-intervention. Il s'agit de l'exacerbation d'un état préexistant, et un diagnostic de type (1) est attribué.



Exemple : Le premier jour après avoir subi une intervention, un patient sort sans aide de son lit d'hôpital, fait une chute et se fracture la hanche.

Code	BDCP	Description
S72.090	(2)	Fracture du col du fémur non précisée, fermée
W06	(9)	Chute d'un lit
U98.20	(9)	Lieu de l'événement, hôpital

Justification : Bien que la blessure se soit produite dans les 30 jours suivant l'intervention, il est clair que la fracture est attribuable à une autre cause (une chute); par conséquent, elle n'est pas classée comme une affection post-intervention.

S Exemple : Un patient se présente au service d'urgence après être tombé à la maison sur son sac de colostomie. Du sang dû à un traumatisme fermé de l'abouchement est présent dans le sac pour colostomie.

Code	SNISA	Description
K91.40	PP	Hémorragie de l'abouchement d'une colostomie
W19	AP	Chute, sans précision
U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile

Justification : Une affection causée par un accident n'est pas classée en tant qu'affection post-intervention, parce qu'elle est attribuable à une autre cause (un accident). L'hémorragie due à la colostomie est classée à K91.40 d'après l'index alphabétique. L'attribution d'un code de cause externe à l'accident permet de distinguer une hémorragie de l'abouchement d'une colostomie due à un accident d'une hémorragie qui est en fait une affection post-intervention (lien de cause à effet avec l'abouchement lui-même).

B Exemple : Un patient trébuche et tombe alors qu'il est dans une clinique privée de physiothérapie; il subit une fracture de l'extrémité inférieure du fémur, où la plaque d'ostéosynthèse et les vis avaient été fixées lors de la réparation d'une fracture antérieure.

Diagnostic final : Fracture périprothétique

Code	BDCP	Description
M96.68	(M)	Fracture osseuse après mise en place d'un implant orthopédique, autre et sans précision
S72.490	(3)	Fracture non précisée de l'extrémité inférieure (distale) du fémur, fermée
W01	(9)	Chute de plain-pied résultant de glissade, faux pas et trébuchement
U98.28	(9)	Lieu de l'événement, école et autres institutions et lieux publics

Justification : Une affection causée par un accident n'est pas classée en tant qu'affection post-intervention parce qu'elle est attribuable à une autre cause (un accident). La fracture périprothétique est classée à M96.6— d'après la classification. L'attribution d'un code de cause externe à l'accident permet de distinguer une fracture périprothétique due à un accident d'une fracture qui est en fait une affection post-intervention (lien de cause à effet avec l'implant lui-même).



Exemple : Un patient a déjà subi une fracture du col du fémur gauche qui a été traitée à l'aide de vis. Au centre de soins infirmiers, il ressent une douleur à la hanche; une radiographie confirme une fracture déplacée du col du fémur. Le patient est admis pour une hémiarthroplastie afin de traiter sa fracture périprothétique.

Code	BDCP	Série	Description
M96.68	(M)	A	Fracture osseuse après mise en place d'un implant orthopédique, autre et sans précision
S72.090	(3)	A	Fracture du col du fémur non précisée, fermée Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
Y83.1	(9)	A	Fracture osseuse après mise en place d'un implant orthopédique, autre et sans précision

Justification : La fracture périprothétique est classée à M96.6— d'après la classification. L'affection est classée comme une affection post-intervention (lien de cause à effet avec l'implant lui-même) parce qu'elle n'est pas liée à un accident (cause externe). Puisque M96.68 ne définit pas le site de la fracture, S72.090 est attribué afin d'apporter cette précision.

Remarque

Les complications des plaies postopératoires (p. ex. hémorragie, déhiscence ou infection de la plaie) sont toujours classées en tant qu'affections post-intervention parce que le lien avec l'intervention est établi dans le diagnostic. Des facteurs contributifs peuvent être en cause, mais une complication de plaie ne peut être définie comme attribuable à une autre cause (p. ex. un accident).



Exemple : Un patient qui a subi une arthroplastie du genou huit jours plus tôt se présente à l'hôpital en raison d'un saignement de la plaie opératoire après s'être cogné le genou. Le diagnostic est hématome de la plaie.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.0	(M)	PP	A	Hémorragie et hématome compliquant une procédure, non classés ailleurs
Y83.1	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'hématome de la plaie est classé comme une affection post-intervention parce que le lien avec l'intervention est établi dans le diagnostic. L'attribution d'un code de cause externe supplémentaire (W22.08) n'est pas nécessaire malgré la présence de facteurs contributifs externes.

Remarque

Lorsqu'une affection survient après une intervention visant à administrer une substance, l'affection peut être liée à la substance qui a été administrée ou à l'administration elle-même de la substance. Une affection qui est liée à la substance administrée est considérée comme un effet indésirable survenu au cours de l'usage thérapeutique et elle est classée selon la norme intitulée [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#). Une affection qui est liée à l'administration elle-même de la substance est considérée comme une affection post-intervention.

B Exemple : Après avoir reçu par perfusion des produits sanguins alors qu'il était aux soins intensifs, un patient développe des symptômes qui sont consignés comme une légère réaction à une transfusion.

Code	BDCP	Série	Description
T80.9	(3)	A	Complication consécutive à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion, sans précision
Y44.6	(9)	A	Sang entier et produits du sang, ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Justification : La « réaction à une transfusion » est liée à la substance (produit sanguin) administrée et non à l'administration elle-même de la substance (transfusion); en conséquence, ce cas est classé comme un effet indésirable en usage thérapeutique et non comme une affection post-intervention. La réaction à une transfusion sans autre précision est attribuée à T80.9. L'attribution d'un code de cause externe pour la substance responsable de l'effet indésirable permet de distinguer une complication à la suite d'une transfusion qui est le résultat de la substance d'une complication due à l'intervention.

B Exemple : Le patient est vu en consultation pour une phlébite transfusionnelle de l'avant-bras.

Code	BDCP	Série	Description
T80.1	(2)	A	Complications vasculaires consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion
I80.8	(3)	A	Phlébite et thrombophlébite d'autres localisations
Y84.8	(9)	A	Autres actes médicaux, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La phlébite est associée à l'administration de la substance et non à la substance administrée; en conséquence, elle est classée comme une affection post-intervention.

Remarque

Une affection consécutive à une greffe de cellules souches peut être liée

- aux cellules souches greffées (greffes autologues, allogéniques ou syngéniques), et doit alors être classée conformément à l'étape 1c de la section [Recherche du code principal d'une affection post-intervention dans l'index alphabétique](#); ou
- à un rejet ou un échec de la greffe de cellules souches allogéniques, et doit alors être classée conformément à la norme de classification [Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux](#); ou
- à la perfusion de cellules souches elle-même (une intervention désignée), et doit alors être classée conformément à l'étape 1b de la section [Recherche du code principal d'une affection post-intervention dans l'index alphabétique](#).



Exemple : Une patiente atteinte de sclérose en plaques est admise pour une greffe de cellules souches parce que les traitements conventionnels se sont avérés inefficaces pour ralentir la progression de la maladie. Elle tolère bien la chimiothérapie de conditionnement, et subit une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. La perfusion de cellules souches se déroule sans incident. Après 35 jours, la patiente commence à présenter de la fièvre, des frissons et une enflure des ganglions lymphatiques. Elle reçoit un diagnostic de syndrome lymphoprolifératif post-greffe (SLPG). On l'admet en salle d'isolement, réduit sa dose d'immunosuppresseurs et lui administre des transfusions de lymphocytes, du rituximab et des antiviraux.

Code	BDCP	Série	Description
D47.9	(2)	A	Tumeur des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue, sans précision
Y83.0	(9)	A	Intervention chirurgicale avec transplantation d'un organe entier ou de tissu, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Selon les notes au dossier, le SLPG est lié aux cellules souches greffées. Par conséquent, il doit être classé conformément à l'étape 1c de la section [Recherche du code principal d'une affection post-intervention dans l'index alphabétique](#). Le code de cause externe (Y83.0), obligatoire, est attribué pour établir la nature de l'affection post-intervention (c.-à-d. que le tissu greffé [cellules souches] est la cause de la réaction anormale ou des complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention). L'indicateur de série est attribué à l'ensemble des codes décrivant l'affection post-intervention.



Exemple : Un patient est admis pour le traitement d'une maladie du greffon contre l'hôte découlant d'une allogreffe de cellules souches effectuée il y a trois semaines.

Code	BDCP	Série	Description
T86.001	(M)	A	Réaction ou maladie du greffon contre l'hôte
Y83.0	(9)	A	Intervention chirurgicale avec transplantation d'un organe entier ou de tissu, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La maladie du greffon contre l'hôte est liée à un échec de la greffe de tissu allogénique. Par conséquent, elle doit être classée à l'aide d'un code de la catégorie T86 *Échec et rejet d'organes et de tissus greffés* selon l'index alphabétique et la directive de la norme de codification [Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux](#). Le code de cause externe (Y83.0), obligatoire, est attribué pour établir la nature de l'affection post-intervention (c.-à-d. que le tissu greffé [cellules souches] est la cause de la réaction anormale ou des complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention). L'indicateur de série est attribué à l'ensemble des codes décrivant l'affection post-intervention.

Remarque

Quand on peut raisonnablement présumer qu'une affection n'est pas liée à une intervention en particulier ou à toute autre intervention, elle n'est pas classée comme une affection post-intervention, par exemple

- on peut raisonnablement présumer qu'une pneumonie n'est pas liée à une intervention d'imagerie diagnostique;
- on peut raisonnablement présumer que la contraction d'une maladie contagieuse n'est pas du tout liée à une intervention.



Exemple : Une patiente est admise pour un cancer avancé du sein avec métastases aux poumons, au cerveau et aux os. Des diagnostics d'embolie pulmonaire et de cellulite de la paroi thoracique à SARM sont également posés à l'admission. Durant son séjour à l'hôpital, la patiente est victime d'un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST et d'une insuffisance cardiaque congestive qui se sont initialement améliorés; l'état de la patiente s'est ensuite détérioré jusqu'à son décès le 25^e jour. De multiples interventions d'imagerie diagnostique ont été effectuées avant la présentation de l'infarctus du myocarde et de l'insuffisance cardiaque congestive, notamment des tests par échographie et imagerie par résonnance magnétique (IRM) du sein et du rachis lombaire.

Code	BDCP	Description
I21.4	(2)	Infarctus sous-endocardique aigu du myocarde
R94.31	(3)	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires (biomarqueurs ou ECG) suggérant un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI]
I50.0	(2)	Insuffisance cardiaque congestive

Justification : D'après les résultats de l'échographie et de l'IRM, les interventions effectuées et l'état général de la patiente, il est raisonnable de présumer que l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque congestive ne sont pas liés aux interventions d'imagerie diagnostique ni à la radiothérapie. De plus, ce lien n'est pas mentionné dans le dossier de la patiente. En conséquence, ces affections ne sont pas classées comme des affections post-intervention.

Remarque

Lorsque les affections post-intervention liées à des **cas d'obstétrique** sont classées au chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00 à O99), les directives relatives aux affections post-intervention ne s'appliquent pas.

B Exemple : La patiente accouche par césarienne en raison d'une dystocie attribuable à une présentation du siège. Une déhiscence de la plaie de la césarienne est diagnostiquée avant le congé de la patiente.

Code	BDCP	Description
O64.101	(M)	Dystocie due à une présentation du siège, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O90.002	(2)	Rupture d'une suture de césarienne, accouchement, avec mention de complications post-partum
Z37.000	(3)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Une rupture de suture de césarienne est classée au chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99). Les directives relatives aux affections post-intervention ne s'appliquent pas.

B Exemple : La patiente est admise avec un diagnostic d'avortement spontané dont la cause est attribuée à une amniocentèse récente.

Code	BDCP	Description
O05.9	(M)	Autres formes d'avortement complet ou sans précision, sans complication

Justification : Un avortement suite à une amniocentèse est classé au chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99). Les directives relatives aux affections post-intervention ne s'appliquent pas.



Exemple : Une patiente à 28 semaines de gestation est admise pour une fracture de l'humérus survenue à la suite d'un accident de véhicule motorisé. La rupture de la plaie survenue à la suite de la réduction ouverte et de la fixation interne a entraîné une prolongation du séjour.

Code	BDCP	Série	Description
T81.3	(2)	A	Désunion d'une plaie opératoire, non classée ailleurs
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Même s'il s'agit d'une patiente en obstétrique, la rupture d'une plaie opératoire à la suite d'une réduction ouverte avec fixation interne n'est pas classée au chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00 à O99); elle est classée sous *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs* (T80 à T88) et les directives relatives aux affections post-intervention s'appliquent.



Exemple : Une patiente faisant une hémorragie post-partum due à la rétention de produits un jour après l'accouchement est amenée en salle d'opération afin de subir une intervention de dilatation et curetage. Lors de la procédure, il y a une déchirure au col de l'utérus qui est réparée par suture.

Code	BDCP	Série	Description
T81.2	(2)	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une procédure, non classées ailleurs
S37.611	(3)	A	Lacération de l'utérus, avec plaie ouverte dans la cavité
Y60.0	(9)	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : Même s'il s'agit d'une patiente en obstétrique, la déchirure au col de l'utérus au cours d'une intervention de dilatation et curetage n'est pas classée au chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00 à O99); elle est classée sous *Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs* (T80 à T88) et les directives relatives aux affections post-intervention s'appliquent.

Recherche du code principal d'une affection post-intervention dans l'index alphabétique

Recherche dans l'index alphabétique

Étape 1 : Trouvez le terme pilote

- a. **Incident** — Lorsque l'affection répond aux critères d'un incident.

Cherchez le terme pilote « Incident » et le sous-terme qui s'applique, puis attribuez le code selon la classification. Reportez-vous également à la norme de codification [Incidents et complications au cours d'actes médicaux et chirurgicaux](#). **FIN**

- b. **Interventions désignées du Groupe A** — L'affection est liée à (associée avec) l'une des interventions suivantes :

- **Fécondation artificielle** (N98)
- **Immunisation (comprend vaccination)** (T88.0, T88.1)
- **Injection thérapeutique, perfusion, transfusion (comprend dialyse, circulation extracorporelle et infusion)** (T80)

Cherchez le terme pilote « Complication, complications (de) » et un sous-terme spécifique à l'intervention en particulier, puis attribuez le code selon la classification pour cette intervention. **FIN**

- c. **Tous les autres** — Cherchez l'affection spécifique ou le symptôme. **ALLEZ À L'ÉTAPE 2**

Étape 2 : Trouvez un sous-terme qui signifie « post-opératoire » ou « suite à une procédure »

- a. **Aucun sous-terme signifiant post-opératoire** — Lorsqu'il n'y a aucun sous-terme signifiant « post-opératoire » ou « suite à une procédure ». **ALLEZ À L'ÉTAPE 3**

- b. **Un seul sous-terme** — Lorsqu'il y a un seul sous-terme qui signifie « post-opératoire » ou « suite à une procédure », attribuez le code selon la classification. **FIN**

- c. **Deux sous-termes ou plus** — Lorsqu'il existe au moins deux sous-termes qui signifient « post-opératoire » ou « suite à une procédure »,

- un menant à un code spécifique à l'une des interventions désignées faisant partie du Groupe B, à l'étape 3a, et
- un menant à un code de la catégorie T81 *Complications de procédures, non classées ailleurs*, attribuez le code spécifique à l'intervention désignée du Groupe B lorsque l'affection est attribuée (due à) ou clairement associée ou liée au résultat de l'intervention; sinon, attribuez un code de la catégorie T81 *Complications de procédures, non classées ailleurs*. **FIN**

Étape 3 : Attribuez le code régulier ou un code pour une intervention désignée

a. **Interventions désignées du Groupe B** — L'affection est attribuée (due à) ou clairement associée ou liée au résultat de l'une des interventions désignées suivantes :

- **Abouchement** (J95.0–, K91.4–, K91.6–, N99.5–)
 - L'affection est directement liée à l'abouchement établi (guéri).
- **Amputation** (T87.3–, T87.4–, T87.5–, T87.6–)
 - L'affection est directement liée au moignon d'amputation.
- **Mastoïdectomie** (H95.0, H95.1)
 - L'affection est directement liée à la cavité après mastoïdectomie.
- **Ponction lombaire** (G97.1)
 - L'affection est directement liée aux effets de la perte de liquide céphalorachidien.
- **Prothèses, implants et greffes** (T82-T85)
 - L'affection est directement liée à la prothèse, à l'implant ou à la greffe.
- **Réimplantation d'un membre/d'une partie du corps** (T87.0–, T87.1–, T87.2–)
 - L'affection est directement liée au membre réimplanté.

Cherchez le terme pilote « Complication, complications (de) » et un sous-terme spécifique pour l'intervention désignée et attribuez le code selon la classification. **FIN**

b. **Tous les autres** — Attribuez le code régulier selon la classification. **FIN**

Exemple : Compresse chirurgicale laissée dans une plaie opératoire.

Incident (prophylactique) (thérapeutique) (voir aussi Complication) T88.9

– au cours de

– – procédure (chirurgicale ou médicale) T81.9

– – – corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire T81.5–

Justification : L'affection répond aux critères d'un incident; pour cette raison, cherchez le terme pilote « incident » et le sous-terme qui s'applique et sélectionnez T81.5.

Exemple : Bursite deltoïdienne après l'administration d'un vaccin.

Complication, complications (de) (due(s) à)
– vaccination T88.1

Justification : Comme l'affection est liée à l'une des interventions désignées du Groupe A (étape 1b), ainsi, cherchez le terme pilote « Complication, complications (de) » et le sous-terme propre à l'intervention désignée, puis sélectionnez T88.1.

Exemple : Infection d'une plaie à la suite d'une mastectomie pratiquée il y a six semaines.

Infection, infecté, infectée (opportuniste) (de)
– plaie (locale) (posttraumatique) NCA T79.3
– – postopératoire T81.4 (sélectionnez ce code « T »)

Justification : Il y a un seul sous-terme qui signifie postopératoire, ainsi T81.4 est sélectionné.

Exemple : Abscès abdominopelvien trois jours après l'intervention

Abscès (embolique) (infectieux) (métastatique) (multiple) (pyogène) (septique) (avec) (de) L02.9
– abdominopelvien K65.0
– postintervention, postopératoire (tout siège) T81.4 (sélectionnez ce code « T »)

Justification : Il y a un seul sous-terme qui signifie postopératoire, ainsi T81.4 est sélectionné. Veuillez prendre note que le sous-terme « postopératoire » a préséance sur le code régulier qui précise le site de l'abcès.

Exemple : Adhérences pelviennes à la suite d'une ovariectomie radicale pratiquée il y a deux ans.

Adhérences, adhérent (postinfectieuse, postinfection)
– pelviennes (pelvipéritonéales, péritonéales)
– – femme N73.6
– – – postintervention N99.4 (sélectionnez ce code lié à l'affection postopératoire)
– postintervention, postopératoires (avec)
– – pelvipéritonéale (femme) (homme) N99.4 (sélectionnez ce code lié à l'affection postopératoire)

Justification : Il y a **deux** sous-termes qui signifient postopératoire mais puisqu'ils mènent au même code, ceci équivaut à un seul sous-terme; par conséquent, N99.4 est sélectionné.

Exemple : Épanchement pleural postopératoire survenu deux jours après une hépatectomie.

Épanchement

– pleural, pleurétique, pleurite, pleuropéricardique, plèvre (enkysté) (avec) J90
(sélectionnez le code régulier)

Justification : Il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire et l'intervention ne fait pas partie des interventions désignées du Groupe B (étape 3a); par conséquent, sélectionnez J90.

Exemple : Épanchement pleural postopératoire le deuxième jour suivant un pontage aortocoronarien.

Épanchement

– pleural, pleurétique, pleurite, pleuropéricardique, plèvre (enkysté) (avec) J90
(sélectionnez le code régulier)

Justification : Il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire. L'intervention figure parmi les interventions désignées du Groupe B (étape 3a); toutefois, l'épanchement pleural n'est pas directement lié à la greffe in situ; par conséquent, sélectionnez J90.

Exemple : Sepsie à streptocoques diagnostiquée trois jours à la suite de la formation d'un orifice de trachéostomie.

Sepsie (généralisée) (voir aussi Infection) A41.9

– due à une prothèse, implant ou greffe (voir aussi Complication, par site et type, infection ou inflammation) T85.7

– orifice de la trachéostomie J95.01

– – plaie (en guérison), site de chirurgie récente T81.4

– postintervention, postopératoire T81.4 (sélectionnez ce code « T »)

– Streptocoques, Streptococcus, streptococcique A40.9

Justification : Il y a au moins deux sous-termes signifiant postopératoire dans la recherche de l'index.

1. Sepsie — postopératoire (T81.4)

2. Sepsie — orifice de la trachéostomie (J95.01)

Puisque la sepsie n'est pas directement liée au résultat de l'intervention (un abouchement établi [guéri]), T81.4 est sélectionné.

Exemple : Vertige à la suite d'une ponction lombaire.

Vertige R42

Complication, complications (de) (due(s) à)

– ponction lombaire (médullaire) G97.1 (sélectionnez le code G97.1)

Justification : Il n'y a pas de sous-terme qui signifie postopératoire sous le terme pilote « vertige ». Puisque l'affection est directement liée au résultat de l'intervention désignée du Groupe B, ponction lombaire (effets de la perte de liquide céphalorachidien), faites une recherche à l'aide du terme pilote « complication, complications (de) » et d'un sous-terme spécifique à l'intervention désignée.

Remarque

Ne classez pas une affection post-intervention qui survient chez un nouveau-né au chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00 à P96). Les affections post-intervention chez le nouveau-né sont classées de la même façon que toute autre affection post-intervention.



Exemple : Un nouveau-né souffrant d'une hernie diaphragmatique congénitale subit une réparation avec fermeture simple à l'âge de huit jours. Le bébé développe un épanchement pleural nécessitant une thoracentèse cinq jours après l'intervention.

Code	BDCP	Série	Description
J90	(2)	A	Épanchement pleural, non classé ailleurs
Y83.4	(9)	A	Autre intervention chirurgicale réparatrice, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'épanchement pleural est survenu pendant un épisode de soins continus, soit dans les trente jours suivant l'intervention; par conséquent, il est classé comme une affection post-intervention. Il n'y a pas de sous-terme signifiant postopératoire pour un épanchement pleural et la réparation d'une hernie n'est pas une intervention désignée; par conséquent, le code régulier est sélectionné. Le sous-terme pour fœtus ou nouveau-né (P28.8) n'est pas sélectionné, parce que l'épanchement pleural n'est pas considéré comme une affection respiratoire naturelle dont l'origine se situe dans la période périnatale.

B Exemple : Une patiente reçoit un diagnostic de sepsie à streptocoques trois jours après avoir subi une ovariectomie gauche en raison d'une tumeur.

Code	BDCP	Série	Description
T81.4	(2)	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
A40.9	(3)	A	Sepsie à streptocoques, sans précision
Y83.6	(9)	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La sepsie à streptocoques est survenue pendant un épisode de soins continus, soit dans les trente jours suivant l'intervention, et n'est pas attribuable à une autre cause; par conséquent, elle est classée comme une affection post-intervention. Dans l'index alphabétique, nous trouvons un seul sous-terme signifiant postopératoire sous le terme pilote « sepsie »; T81.4 est donc attribué. Un code supplémentaire, A40.9, est obligatoire afin de préciser le type d'infection.

B Exemple : Une patiente est admise pour le remplacement d'une valvule mécanique. Au moment où on referme l'incision, elle fait un arrêt cardiaque sur la table d'opération. Un massage cardiaque à cœur ouvert est pratiqué, en vain. La patiente décède dans la salle d'opération.

Code	BDCP	Série	Description
I46.9	(2)	A	Arrêt cardiaque, sans précision
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'arrêt cardiaque est classé comme une affection post-intervention parce qu'il a eu lieu pendant un épisode de soins continus dans les trente jours suivant l'intervention et n'est pas attribuable à une autre cause. Lorsqu'on cherche « arrêt cardiaque » dans l'index alphabétique, il n'y a pas de sous-terme signifiant postopératoire et l'arrêt cardiaque n'est pas directement lié au dispositif in situ; par conséquent, on attribue le code régulier, soit I46.9.

BS Exemple : Une patiente obtient son congé après avoir subi une hystérectomie abdominale. Elle retourne à l'hôpital en raison de l'infection d'une plaie.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.4	(M)	PP	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
Y83.6	(9)	AP	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'infection de la plaie est classée comme une affection post-intervention parce qu'un lien avec l'intervention est inhérent au diagnostic. L'index alphabétique mène à T81.4.

BS Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital pour une libération d'adhérences pelviennes attribuable à une ovariectomie radicale antérieure.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
N99.4	(M)	PP	A	Adhérences pelvi-péritonéales postintervention
Y83.6	(9)	AP	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Les adhérences pelviennes sont classées comme une affection post-intervention parce qu'une relation de cause à effet est consignée au dossier. Il y a un seul sous-terme signifiant postopératoire sous le terme pilote « adhérences ». Par conséquent, N99.4 est attribué.

S Exemple : Une patiente subit une amygdalectomie et obtient son congé sans qu'aucun problème apparent ne se manifeste. Le lendemain, elle retourne à l'hôpital en raison d'importantes douleurs. Le médecin lui prescrit de l'ibuprofène contre la « douleur postopératoire » et lui conseille de revenir consulter si d'autres problèmes apparaissent.

Code	SNISA	Série	Description
R52.0	PP	A	Douleur aiguë
Y83.6	AP	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : À la réadmission, la relation de cause à effet doit être clairement consignée au dossier. Dans cet exemple, le médecin a qualifié la douleur de postopératoire et a ainsi établi la relation. En outre, cet exemple illustre qu'un symptôme qui correspond à la définition est également considéré comme une affection post-intervention. Lorsque l'on cherche « douleur » dans l'index alphabétique, il y a un seul sous-terme signifiant « postopératoire »; R52.0 est donc attribué.

B Exemple : Une patiente subit une transplantation pulmonaire simple parce qu'elle souffre d'hypertension pulmonaire primitive et son évolution postopératoire se déroule sans complication; cependant, le 32^e jour après l'intervention, elle développe un épanchement pleural qui nécessite une thoracentèse. Les examens par TDM laissent soupçonner une infection fongique pulmonaire, mais aucune cause précise d'infection n'a été consignée au dossier. Le résumé à la sortie dit notamment ce qui suit : « épanchement pleural de cause indéterminée suite à une transplantation ».

Code	BDCP	Série	Description
J90	(2)	A	Épanchement pleural, non classé ailleurs
Y83.0	(9)	A	Intervention chirurgicale avec transplantation d'un organe entier ou de tissu, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Bien que l'épanchement pleural soit survenu après 30 jours, il y a un lien de cause à effet qui a été consigné au dossier et, par conséquent, classé comme une affection post-intervention. Lorsque l'on cherche épanchement pleural dans l'index alphabétique, il n'y a pas de sous-terme signifiant postopératoire et la transplantation n'est pas une intervention désignée; ainsi, le code régulier J90 est attribué.



Exemple : Le cinquième jour après le brochage d'une fracture du fémur, ce patient âgé est transféré de l'hôpital A à l'hôpital B pour être plus près de sa famille. Le 10^e jour après l'intervention, à l'hôpital B, le patient développe une atélectasie qui nécessite une bronchofibroscopie pour aspirer les sécrétions.

Code	BDCP	Série	Description
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'atélectasie est classée comme une post-intervention à l'hôpital B parce qu'elle est survenue dans les 30 jours suivant l'intervention pendant un épisode de soins continus et n'est pas attribuable à une autre cause. Lorsque l'on cherche atélectasie dans l'index alphabétique, il n'y a pas de sous-terme signifiant postopératoire et l'atélectasie n'est pas directement associée au dispositif in situ en soi; par conséquent, le code régulier J98.10 est attribué.



Exemple : Un patient subit la réparation d'une hernie inguinale. Après la chirurgie, il souffre de nausées et de vomissements, lesquels cessent rapidement par eux-mêmes.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
R11.3	(3)	AP	A	Nausées avec vomissements
Y83.4	(9)	AP	A	Autre intervention chirurgicale réparatrice, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Bien que les nausées et les vomissements ne répondent pas aux critères de significativité dans cet exemple, lorsque des codes sont attribués pour décrire une affection post-intervention, il faut suivre les directives relatives à l'attribution des codes liés à l'affection post-intervention.



Exemple : Deux jours après le remplacement non urgent de la greffe d'un anévrisme aortique abdominal, le patient développe une insuffisance respiratoire nécessitant un soutien ventilatoire.

Code	BDCP	Série	Description
J95.2	(2)	A	Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale non thoracique
Y83.2	(9)	A	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : D'après l'index alphabétique, une insuffisance respiratoire à la suite d'une intervention est classée à un code de la catégorie J95 qu'elle soit aiguë ou chronique, et si elle est aiguë, que l'intervention soit thoracique ou non thoracique. La documentation ne précise pas s'il s'agit d'une insuffisance respiratoire aiguë; celle-ci s'est toutefois manifestée subitement et a nécessité un traitement décisif et rapide, par opposition à une insuffisance respiratoire persistante ou récurrente sur une longue période avec peu de changement, voire aucun, qui est considérée comme chronique. La réparation d'un anévrisme aortique abdominal est une intervention non thoracique; par conséquent, J95.2 est sélectionné. Bien que le titre du code mentionne « insuffisance pulmonaire aiguë », l'insuffisance respiratoire est incluse conformément à l'exclusion du code J96 et selon la recherche dans l'index alphabétique.

Codes résiduels

Consultez toujours l'index alphabétique pour trouver le code approprié. Les codes résiduels (codes .8) dans les chapitres portant sur le système corporel et le chapitre portant sur les traumatismes sont principalement utilisés pour classer les affections uniques qui ne surviennent qu'à la suite d'une intervention et ne peuvent donc pas être classés ailleurs. Il est important que seules les affections classées à ces codes selon l'index alphabétique ou la table analytique soient attribuées à ces codes.

Remarque

Lorsqu'une affection n'a pas de sous-terme signifiant postopératoire, n'attribuez pas par défaut un code résiduel « T » (p. ex. T81.88 *Autres complications d'une procédure, non classées ailleurs*) ou un code résiduel lié à une affection postopératoire (p. ex. K91.8 *Autres atteintes de l'appareil digestif postintervention, non classées ailleurs*). Dans ces circonstances, attribuez le code régulier sauf si l'affection est directement reliée à une intervention désignée apparaissant à la section Recherche du code principal d'une affection post-intervention dans l'index alphabétique.

Remarque

Puisque les catégories résiduelles permettent de codifier principalement des affections non classées ailleurs, un code supplémentaire n'est habituellement pas attribué. Consultez également la section Attribution de codes supplémentaires pour apporter de la précision dans la présente norme.



Exemple : Un patient se présente à l'hôpital en raison du syndrome de l'anse afférente.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
K91.8	(M)	PP	A	Autres atteintes de l'appareil digestif postintervention, non classées ailleurs
Y83.9	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Le syndrome de l'anse afférente est une affection unique post-intervention, qui est précisément indexée et classée sous un code résiduel (.8). On le trouve ainsi dans l'index alphabétique :

Syndrome (de) (voir aussi Maladie)

– anse

– – afférente NCA K91.8

Un code supplémentaire n'est pas attribué afin d'indiquer la nature de ce trouble postopératoire parce que le syndrome de l'anse afférente n'est classé nulle part ailleurs dans la classification. Cette affection unique est classée à K91.8.

B Exemple : Un patient aux soins intensifs développe une pneumonie associée au ventilateur (PAV) quatre jours après avoir été intubé et mis sous ventilation mécanique.

Code	BDCP	Série	Description
J95.88	(2)	A	Autres troubles respiratoires postintervention, non classés ailleurs
J18.9	(3)	A	Pneumonie, sans précision
Y84.8	(9)	A	Autres actes médicaux, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La pneumonie associée au ventilateur n'est pas une affection post-intervention unique, mais elle est spécifiquement classée à un code résiduel (.8). On la trouve comme suit dans l'index alphabétique :

Pneumonie (aiguë) (double) (migratoire) (non résorbée) (purulente) (septique) (à) (de)
– associée au ventilateur (PAV) J95.88

Il y a une mention « utiliser un code supplémentaire pour identifier le type spécifique de pneumonie » à J95.88, par conséquent, J18.9 est attribué.

Attribution de codes supplémentaires pour apporter de la précision

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une affection post-intervention est classée à un code qui ne la décrit pas précisément, attribuez un code supplémentaire (lorsque disponible), obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, afin de fournir plus de détails sur la nature de l'affection.

Remarque

Les cas suivants ne sont pas admissibles en tant que codes supplémentaires pour apporter de la précision :

- les symptômes associés à l'affection post-intervention;
- les situations où les codes ou les concepts cliniques sont mutuellement exclusifs;
- toute affection post-intervention supplémentaire ou subséquente. Les affections post-intervention supplémentaires et subséquentes sont des affections en soi et elles doivent répondre aux définitions du type de diagnostic et des problèmes.

Reportez-vous également à la norme de codification [Symptômes ou affections sous-jacents](#).

Remarque

Un code supplémentaire est attribué lorsque requis et s'il est disponible, que le code comprenne ou non l'instruction « utiliser un code supplémentaire ».



Exemple : Un patient vu à la clinique de cardiologie est mis sous antibiotiques parce qu'il présente des symptômes associés à une endocardite infectieuse subaiguë. L'état indiqué sur le dossier de l'orientation du patient vers l'hôpital pour admission est endocardite de prothèse valvulaire.

Code	BDCP	Série	Description
T82.6	(M)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque
I33.0	(3)	A	Endocardite infectieuse aiguë et subaiguë
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'index alphabétique mène à T82.6 qui s'applique aux infections dues à une prothèse valvulaire cardiaque. Ce code ne précise pas le type d'infection associée à la prothèse; par conséquent, I33.0 est attribué pour apporter plus de précision.

BS **Exemple :** Céphalée à la suite d'une rachicentèse traitée à l'aide d'un colmatage sanguin.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
G97.1	(2)	OP	A	Autre réaction secondaire à une rachicentèse
R51	(3)	OP	A	Céphalée
Y84.4	(9)	OP	A	Aspiration de liquide, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'index alphabétique mène à G97.1 qui ne précise pas le type de réaction à la ponction lombaire; par conséquent, R51 est attribué pour apporter plus de précision.

BS **Exemple :** Un patient se présente pour le traitement d'une infection de plaie. Il avait subi une blessure ouverte au bras qui avait été traitée la veille, par nettoyage et suture.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.4	(M)	PP	A	Infection après une procédure, non classée ailleurs
Y83.8	(9)	AP	A	Autres interventions chirurgicales, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : T81.4 ne précise pas le type d'infection; cependant, il n'existe pas de code supplémentaire pour décrire une infection de plaie.



Exemple : Un patient est réadmis afin de subir une réduction fermée d'une dislocation de la hanche gauche qui avait été totalement remplacée, sans traumatisme associé.

Code	BDCP	Série	Description
T84.031	(M)	A	Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, instabilité
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : L'index alphabétique mène à T84.031, pour une dislocation de la hanche, voir « Luxation, hanche, prothèse ». Le titre du code précise le type de complication mécanique comme étant une instabilité, par contre ce code ne permet pas de la décrire comme une dislocation ou une luxation. L'ajout d'un code de la catégorie S73.0 *Luxation de la hanche* n'est pas approprié parce que ces codes sont liés à des concepts mutuellement exclusifs. Un code (T84.031) s'applique à un problème lié aux composants de la hanche artificielle (prothèse) alors que l'autre (S73.0–) s'applique à un problème lié à une hanche naturelle (os qui forment l'articulation de la hanche).

Attribution du code de cause externe

Directives pour la BDCP et le SNISA



Lorsque plus d'une affection post-intervention de même nature est liée (attribuable) au même épisode d'intervention, attribuez le code de cause externe une fois seulement.



Lorsque des affections postopératoires sont associées à des épisodes d'intervention distincts, attribuez un code de cause externe pour chaque épisode même s'il faut, pour ce faire, répéter le code de cause externe.

Remarque

Une affection post-intervention « de même nature » se rapporte au code de cause externe. Les affections post-intervention peuvent être

- des incidents (Y60 à Y69);
- des incidents adverses associés à des appareils médicaux (Y70 à Y82); ou
- des réactions anormales ou complications ultérieures (Y83 à Y84). Veuillez noter que Y83 et Y84 comprennent les réactions anormales et les complications ultérieures.



Exemple : Une patiente est admise à l'hôpital pour une hystérectomie abdominale. Le deuxième jour après l'intervention, elle souffre de rétention urinaire et d'atélectasie qui exigent un traitement et de la surveillance.

Code	BDCP	Série	Description
R33	(2)	A	Rétention d'urine
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.6	(9)	A	Ablation d'un autre organe (partielle) (totale), à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un seul code de cause externe est attribué parce que les deux affections sont de même nature (réactions anormales) et sont liées au même épisode d'intervention.



Exemple : Un patient est admis pour le retrait et le remplacement d'une prothèse du genou infectée qui a été posée il y a six mois. À la suite de la reprise, le patient développe une thrombose veineuse profonde qui prolonge son séjour de plus d'une semaine.

Code	BDCP	Série	Description
T84.54	(M)	A	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse du genou
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention
T81.7	(2)	B	Complications vasculaires à la suite d'une procédure, non classées ailleurs
I80.2	(3)	B	Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds des membres inférieurs
Y83.1	(9)	B	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Ces affections postopératoires sont liées à des épisodes d'intervention distincts. Un code de cause externe est attribué pour chaque épisode d'intervention, même s'il s'agit du même code Y83 (l'intervention initiale et la reprise sont toutes deux classées à implantation d'une prothèse). La répétition du même code de cause externe indique que plusieurs épisodes d'intervention de ce type (implantation d'un appareil) ont donné lieu à une affection postopératoire.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque différents types d'interventions sont pratiqués au cours du même épisode d'intervention et qu'il n'est pas clair à quelle intervention l'affection post-intervention est liée (attribuable), sélectionnez la sous-catégorie portant la mention sans précision (.9) pour le code de cause externe.



Exemple : Une patiente subit une hystérectomie abdominale avec réparation antérieure et postérieure. Le deuxième jour après l'intervention, elle souffre de rétention urinaire et d'atélectasie qui exigent un traitement et de la surveillance.

Code	BDCP	Série	Description
R33	(2)	A	Rétention d'urine
J98.10	(2)	A	Atélectasie
Y83.9	(9)	A	Intervention chirurgicale, sans précision, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Il n'y a pas d'information précise consignée au dossier à savoir si la rétention urinaire et l'atélectasie sont liées à réparation antérieure et postérieure (Y83.4) ou à l'hystérectomie (Y83.6); par conséquent, le code portant la mention sans précision (Y83.9) est attribué.

Reportez-vous également aux normes de codification suivantes :

- [Indicateur de série](#)
- [Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes](#)
- [Complications précoces de traumatismes](#)
- [Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux](#)
- [Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens \(PAC\)](#)
- [Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux](#)

Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux

En vigueur depuis 2002, modifié en 2006, 2009, 2018

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la source d'un organe ou le prélèvement d'un tissu provient d'une autre personne (homogreffe) ou d'un animal (xénogreffe) et que la complication est un échec ou un rejet total de cet organe, de ce greffon ou de ce lambeau, attribuez un code de la catégorie T86 *Échec et rejet d'organes et de tissus greffés*.

BS N'utilisez pas la catégorie T86 lorsque l'origine du greffon ou du lambeau provient du patient lui-même (autogreffe).

Remarque

En ce qui concerne le rejet, l'échec et les complications de greffons utilisés dans le traitement de brûlures, reportez-vous à la norme de codification [Brûlures et corrosions](#).



Exemple : Un patient est admis pour un rejet d'une greffe de rein (homogreffe).

Code	BDCP	Série	Description
T86.100	(M)	A	Rejet d'une greffe de rein
Y83.0	(9)	A	Intervention chirurgicale avec transplantation d'un organe entier ou de tissu, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

BS Exemple : Une patiente est examinée à l'hôpital pour le traitement d'une nécrose d'un lambeau musculo-cutané du sein.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T85.8	(M)	PP	A	Autres complications de prothèses, implants et greffes internes, non classées ailleurs
R02	(3)	AP	A	Gangrène, non classée ailleurs
Y83.2	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La catégorie T86 n'est pas utilisée lorsque le lambeau provient du patient lui-même.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque la documentation indique qu'une affection a un effet sur l'organe ou le tissu greffé, mais que celle-ci ne peut être classée comme un échec ou un rejet, attribuez un code pour l'affection et un autre code de la catégorie Z94 *Greffe d'organe et de tissu*, facultatif, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Lorsque la documentation n'indique pas clairement si l'affection est le résultat d'un échec ou d'un rejet ou s'il s'agit d'un processus morbide, des éclaircissements sont nécessaires auprès du médecin.

Certaines affections, par exemple une infection chronique préexistante due au virus de l'hépatite C, peuvent avoir un impact sur l'organe greffé sans être attribuées à la greffe elle-même. D'autres affections, comme un cancer, apparaissant dans un organe ou un tissu greffé, peuvent être attribuées à une immunosuppression de longue durée du patient. Ces affections ne sont pas considérées comme un échec ou un rejet de l'organe greffé.

BS Exemple : Suite à une hépatite C chronique il y a deux ans, un patient a subi une greffe de foie. Il a développé par la suite des lésions de l'hépatite C sur son foie greffé

Code	Description
B18.2	Hépatite virale chronique C
Z94.4	Greffe de foie (facultatif)



Exemple : Un patient développe un carcinome à cellules rénales dans un rein greffé cinq ans après avoir subi cette greffe.

Code	Description
C64	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassin
Z94.0	Greffe de rein (facultatif)

Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2008, 2009, 2012, 2015

Les prothèses internes, les implants et les greffes utilisés à des fins diagnostiques et thérapeutiques peuvent cesser de fonctionner normalement ou produire des effets indésirables. Quand un problème dans le produit ou un problème causé par le produit est dû à des **forces intrinsèques (internes)**, il est considéré comme une affection post-intervention. Quand un problème dans le produit ou un problème causé par le produit est dû à des **forces extrinsèques (externes)** (V01-X59 *Accidents*), il n'est pas considéré comme une affection post-intervention. La présente norme de codification porte sur l'attribution des codes pour diverses circonstances dans lesquelles se retrouvent les patients qui ont des prothèses internes, des implants ou des greffes. La norme est organisée en fonction des forces intrinsèques (internes) ou des forces extrinsèques (externes) (V01-X59 *Accidents*).

Reportez-vous également aux normes de codification [Occlusion à la suite de pontages aortocoronariens \(PAC\)](#), [Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux](#) et [Affections post-intervention](#).

Il existe trois catégories principales pour classer les complications liées à des prothèses internes.

Complications mécaniques	Infection et inflammation	Autres complications
Bris (appareil) (p. ex. cassé, fracturé) Déplacement Dysfonctionnement Fuite Malposition Obstruction Perforation Protrusion Rétention, (retenu)* Rupture (mécanique)	Attribuez un code supplémentaire pour toute septicémie notée au dossier, obligatoire. Reportez-vous également à la norme de codification Septicémie/sepsie . Attribuez un code supplémentaire, facultatif, pour identifier le micro-organisme en cause, s'il y a lieu.	Douleur Embolie Fibrose Hémorragie Rétrécissement Sténose Thrombose Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour identifier la complication spécifique.

Remarques

- * Un appareil intact, qui a été conçu (prévu) pour demeurer dans le corps (p. ex. un dispositif intra-utérin) et décrit comme retenu, est classé comme une complication mécanique. Il n'est pas classé en tant que corps étranger.
- * Un appareil intact qui **n'a pas** été conçu pour demeurer dans le corps (comme un fil guide) et qui est retenu à la suite d'une intervention est classé à T81.5— *Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure*. Reportez-vous également à la norme de codification [Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux](#).

Forces intrinsèques : complications excluant les dysfonctionnements et bris

Les complications impliquant des forces intrinsèques (internes) sont des complications qui proviennent de l'intérieur; autrement dit, elles ne sont pas attribuables à une force externe. Les forces extrinsèques (externes) comprennent les événements classés à V01-X59 *Accidents*. Ces événements (dus à des forces extrinsèques) ainsi que les dysfonctionnements et bris attribuables à des forces intrinsèques sont traités séparément.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une complication liée à une prothèse interne, un implant ou une greffe (excluant les dysfonctionnements et les bris) est attribuable à des forces intrinsèques,

- attribuez un code des catégories T82 à T85 aux complications précises :
 - T82.– *Complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires;*
 - T83.– *Complications de prothèses, implants et greffes génito-urinaires;*
 - T84.– *Complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes; ou*
 - T85.– *Complications d'autres prothèses, implants et greffes internes;*
- et
- un code de cause externe des catégories Y83 et Y84 *Actes chirurgicaux et autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention.*



Exemple : Le patient est admis pour la reprise de son arthroplastie totale de la hanche en raison d'un déplacement et d'une laxité au niveau des composants.

Code	BDCP	Série	Description
T84.030	(M)	A	Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, laxité
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Une laxité au niveau des composants et un déplacement sont considérés comme une « complication mécanique ». Y83.1 est attribué parce que la laxité des composants et le déplacement de la prothèse ne sont pas documentés comme étant liés à un dysfonctionnement ou à un bris, ni à une force extrinsèque (V01-X59 *Accidents*).

B Exemple : Le patient contracte une septicémie à staphylocoques qui est documentée comme étant attribuable à une infection provenant d'un cathéter central par voie périphérique.

Code	BDCP	Série	Description
T82.701	(M)	A	Infection et réaction inflammatoire sanguine dues à un cathéter veineux central
A41.2	(3)	A	Sepsie à staphylocoques non précisés
Y84.8	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Lorsqu'un processus infectieux est attribuable à un appareil, un code d'« infection et réaction inflammatoire » est attribué. Y84.8 est attribué parce que le processus infectieux n'est pas lié à un dysfonctionnement ou à un bris, ni à une force extrinsèque (V01-X59 *Accidents*).

BS Exemple : Le patient présente une douleur à la hanche droite en raison d'une prothèse de hanche. La radiographie ne montre aucune luxation ni déplacement.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T84.8	(M)	PP	A	Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
M25.55	(3)	AP	A	Douleur articulaire, région pelvienne et cuisse
Y83.1	(9)	AP	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : La douleur directement attribuable à une prothèse, à un implant ou à une greffe est attribuée à « autres complications ». Y83.1 est attribué parce que la douleur n'est pas liée à un dysfonctionnement ou à un bris, ni à une force extrinsèque (V01-X59 *Accidents*).

BS **Exemple :** Une patiente se présente pour l'extraction d'un dispositif contraceptif intra-utérin.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T83.3	(M)	PP	A	Complication mécanique d'un dispositif intra-utérin contraceptif
Y84.8	(9)	AP	A	Autres actes médicaux, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Un appareil médical conçu pour demeurer dans le corps et décrit comme retenu est classé comme une complication mécanique. Il n'est pas classé en tant que corps étranger. Y84.8 est attribué parce que la complication mécanique n'est pas liée à un dysfonctionnement ou à un bris, ni à une force extrinsèque (V01-X59 *Accidents*).

Forces intrinsèques : dysfonctionnement ou bris

Les complications impliquant des forces intrinsèques (internes) sont des complications qui proviennent de l'intérieur; autrement dit, elles ne sont pas attribuables à une force externe. Les forces extrinsèques (externes) comprennent les événements classés à V01-X59 *Accidents* et sont traitées dans un encadré distinct ci-dessous.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un appareil interne se brise ou devient dysfonctionnel et qu'une force intrinsèque est en cause, attribuez

- un code de complication mécanique des catégories T82 à T85;
- un code de cause externe des catégories Y70 à Y82 *Appareils médicaux associés à des incidents adverses au cours d'actes diagnostiques et de leur usage thérapeutique*.

Remarque

Les codes de cause externe Y70 à Y82 *Appareils médicaux associés à des incidents adverses au cours d'actes diagnostiques et de leur usage thérapeutique* sont attribués exclusivement en cas de dysfonctionnement ou de bris imprévus d'un appareil.

B Exemple : Un patient se présente pour le remplacement urgent d'une électrode à stimulation en raison d'une fracture de l'électrode ventriculaire droite.

Code	BDCP	Série	Description
T82.1	(M)	A	Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique
Y71.2	(9)	A	Appareils cardiovasculaires, associés à des incidents adverses, prothèse et autres implants, matériaux et accessoires

Justification : Un bris d'appareil (fracture d'électrode) est classé comme une complication mécanique. Quand un bris (ou un mauvais fonctionnement) d'appareil n'est pas associé à une force extrinsèque (V01-X59 *Accidents*), le code de cause externe est sélectionné parmi les catégories Y70 à Y82.

BS Exemple : Le défibrillateur contrôlant la tachycardie ventriculaire implanté chez un homme de 85 ans a cessé de fonctionner alors que celui-ci marchait pour retourner chez lui. L'appareil s'est interrompu plus de six autres fois avant l'admission. Le diagnostic principal du médecin indique une tachycardie ventriculaire due à un défibrillateur défectueux. Le défibrillateur défectueux est remplacé.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T82.1	(M)	PP	A	Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique
Y71.2	(9)	AP	A	Appareils cardiovasculaires, associés à des accidents adverses, prothèse et autres implants, matériaux et accessoires
I47.2	(1)	AP		Tachycardie ventriculaire

Justification : Le défibrillateur a cessé de bien fonctionner (mauvais fonctionnement). Quand un mauvais fonctionnement (ou un bris) d'appareil n'est pas associé à une force extrinsèque (V01-X59 *Accidents*), le code de cause externe est sélectionné parmi les catégories Y70 à Y82.

Forces extrinsèques : complication mécanique

Les complications incluant des forces extrinsèques (externes) comprennent les événements classés à V01-X59 *Accidents*.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une complication mécanique (tout type) d'une prothèse interne est due à une force extrinsèque, attribuez

- un code de complication mécanique des catégories T82 à T85;
- un code de cause externe des catégories V01 à X59 *Accidents*.

Remarque

Une complication mécanique d'un appareil due à une force extrinsèque ne doit pas être classée comme une affection post-intervention. Cela signifie également qu'aucun indicateur de série n'est attribué.



Exemple : Un patient tombe d'une chaise chez lui, ce qui entraîne une dislocation de la prothèse de la hanche.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T84.031	(M)	PP		Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, instabilité
W07	(9)	AP		Chute d'une chaise
U98.0	(9)	AP		Lieu de l'événement, domicile

Justification : La complication mécanique de la prothèse de la hanche est due à une force extrinsèque (chute). Le code de cause externe décrivant la force extrinsèque (V01-X59 *Accidents*) est attribué (W07). Puisqu'il ne s'agit pas d'une affection post-intervention, aucun indicateur de série n'est attribué.



Exemple : Un patient dans un centre de soins infirmiers trébuche sur la ligne du cathéter urinaire et arrache accidentellement le cathéter, ce qui entraîne une lacération de l'urètre.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T83.0	(M)	PP		Complication mécanique d'une sonde urinaire (à demeure)
S37.311	(3)	AP		Lacération de l'urètre, avec plaie ouverte dans la cavité
W49	(9)	AP		Exposition à des forces mécaniques inanimées, autres et sans précision
U98.1	(9)	AP		Lieu de l'événement, établissement collectif

Justification : La lacération de l'urètre par le cathéter est une complication mécanique (toutes les lésions causées par un appareil sont des complications mécaniques). Le code de cause externe décrivant la force extrinsèque (force mécanique inanimée) est attribué (W49). Puisqu'il ne s'agit pas d'une affection post-intervention, aucun indicateur de série n'est attribué.



Exemple : Pendant son admission à l'hôpital, un patient arrache intentionnellement le cathéter de Foley gonflé, ce qui entraîne une lésion de l'urètre causant un saignement et des caillots. Le patient est suivi pendant trois jours afin de surveiller les saignements urétraux.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T83.0	(2)	PP		Complication mécanique d'une sonde urinaire (à demeure)
S37.391	(3)	AP		Lésion traumatique SAI de l'urètre, avec plaie ouverte dans la cavité
W49	(9)	AP		Exposition à des forces mécaniques inanimées, autres et sans précision
U98.20	(9)	AP		Lieu de l'événement, hôpital

Justification : La lésion de l'urètre causée par le cathéter est une complication mécanique (toutes les lésions causées par un appareil sont des complications mécaniques). Le code de cause externe décrivant la force extrinsèque (force mécanique inanimée) est attribué (W49). Puisqu'il ne s'agit pas d'une affection post-intervention, aucun indicateur de série n'est attribué.

Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2006, modifié en 2008, 2009, 2012, 2015, 2022

La présente norme de codification porte sur le processus d'attribution d'un code de cause externe du bloc Y60 à Y69 *Incidents survenus aux patients au cours d'actes médicaux et chirurgicaux*.

Un traumatisme ou un événement indésirable qui cause un préjudice au cours d'actes médicaux et chirurgicaux est classé en tant qu'incident dans la CIM-10-CA, et il est identifié par les codes de causes externes du bloc Y60 à Y69 *Incidents survenus aux patients au cours d'actes médicaux et chirurgicaux*.

Lorsqu'un événement indésirable ne cause pas de préjudice, aucun code n'est attribué. Les bases de données clinico-administratives de l'ICIS ne constituent pas des systèmes de déclaration des incidents qui recueillent des données sur tous les événements liés à la sécurité des patients. Pour soumettre des codes aux bases de données clinico-administratives de l'ICIS, l'événement indésirable doit causer un traumatisme ou un préjudice.

Cette norme de codification porte sur

- l'application de la définition d'incident;
- l'attribution d'un code de base aux incidents;
- les exigences propres à trois types d'incidents, à savoir hémorragie, ponction, perforation ou lacération et corps étranger.

Reportez-vous également aux normes de codification [Affections post-intervention](#) et [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#).

Attribution d'un code aux incidents

L'attribution d'un code à un incident consiste en

- un code principal de l'une des sept catégories ou blocs :
 - N98 Complications de la fécondation artificielle;
 - T20-T32 Brûlures et corrosions;
 - T36-T50 Intoxication par des drogues, médicaments et substances biologiques;
 - T66 Effets de rayonnements, sans précision ou un code pour l'effet précis;

- T80 Complications consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion;
- T81 Complications de procédures, non classées ailleurs; ou
- T88 Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs.

(Pour trouver le code principal adéquat, recherchez dans l'index alphabétique le terme pilote « Incident » et le sous-terme applicable.)

- un code supplémentaire aux fins de précision s'il y a lieu.
- un code de cause externe du bloc des incidents de Y60 à Y69.

Directive pour la BDCP et le SNISA



L'attribution d'un code à un incident, tel que décrit ci-dessus, s'applique seulement lorsque la documentation fait état

- d'un traumatisme au cours de la prestation de soins; ou
- d'un préjudice attribuable à un événement indésirable survenu au cours de la prestation de soins.

Remarque

Aucun code n'est attribué lorsque le patient n'a pas subi de préjudice lors d'un événement indésirable.

Remarque

Les directives concernant l'attribution d'un type de diagnostic significatif/problème principal ou autre problème en lien avec les cas d'incidents suivants sont situées dans les sous-sections de la présente norme de codification. Reportez-vous à celles-ci lorsqu'il y a lieu :

- [Hémorragie peropératoire;](#)
- [Ponction/lacération/perforation au cours d'une procédure;](#)
- [Corps étranger laissé accidentellement à la suite d'une procédure.](#)

Remarque

Un incident peut être apparent au moment de la prestation de soins ou remarqué après la prestation de soins.

B Exemple : Une patiente est admise pour une ovariectomie droite. A sa sortie de la salle d'opération, il devient évident qu'une ovariectomie gauche a été réalisée accidentellement. L'imagerie diagnostique confirme l'incident et les notes d'évolution du médecin font état de la discussion avec la patiente. La patiente retourne à la salle d'opération et une ovariectomie droite est pratiquée.

Code	BDCP	Série	Description
T88.8	(2)	A	Autres complications précisées de soins médicaux et chirurgicaux, non classées ailleurs
Y65.5	(9)	A	Exécution d'une intervention non appropriée

Justification : Un code est attribué pour l'incident (un préjudice attribuable à un événement indésirable est survenu au cours de la prestation de soins). L'exécution d'une intervention erronée a causé un préjudice (l'ovaire sain a été enlevé au lieu de l'ovaire atteint).

B Exemple : Une patiente se présente en travail. Une épidurale lui est administrée. Lorsqu'on constate que l'épidurale ne fonctionne pas, on se rend compte que de la pénicilline G a été administrée dans l'espace épidural au lieu du mélange anesthésique habituel (mauvais sac de perfusion). Aucun traitement n'est administré à la patiente, en dehors d'une observation attentive de l'apparition de signes ou de symptômes de réaction allergique, ce qui ne se produit pas. La patiente accouche d'un bébé en santé.

Code	BDCP	Description
Z37.000	(M)	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Justification : Un événement indésirable est documenté (administration du mauvais médicament) mais aucun préjudice n'a été causé à la patiente; par conséquent, aucun code n'est attribué. Reportez-vous également à la norme de codification [*Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux*](#).



Exemple : Un patient admis pour un zona est placé sous acyclovir. L'ordonnance comporte une erreur de transcription et une double dose d'acyclovir est administrée. Le niveau de créatinine monte au-dessus de 400. Le patient est vu par le service de néphrologie et un diagnostic de nécrose tubulaire aiguë due à des microcristaux induits par l'administration d'acyclovir est posé. Après six jours d'hydratation par intraveineuse et d'arrêt de l'acyclovir, la fonction rénale revient à la normale et le patient obtient son congé.

Code	BDCP	Série	Description
T37.5	(2)	A	Intoxication par les antiviraux
N14.1	(3)	A	Néphropathie due à d'autres drogues, médicaments et substances biologiques Erreur de dosage au cours d'autres actes médicaux et chirurgicaux
N17.0	(3)	A	Insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire
Y63.8	(9)	A	Intoxication accidentelle par des drogues, médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
X44	(9)	A	Lieu de l'événement, hôpital
U98.20	(9)	A	Intoxication par les antiviraux

Justification : Un événement indésirable (empoisonnement — double dose d'un médicament) résultant en un préjudice au patient (nécrose tubulaire aiguë due à des microcristaux induite par l'acyclovir) s'est produit au cours de la prestation de soins médicaux; par conséquent, un code est attribué pour l'incident. Veuillez noter que même si le code Y63 comporte une exclusion concernant le surdosage accidentel de médicaments ou une erreur de prescription (X40 à X44), cela n'empêche pas l'utilisation de deux codes externes sur le même abrégé. Un code décrit l'empoisonnement accidentel et l'autre, l'incident.

S Exemple : Un patient subit une brûlure de la paroi thoracique attribuable à la radiothérapie pour traiter un cancer du poumon. La documentation indique que la durée d'exposition a été accidentellement prolongée. Des compresses froides sont appliquées pour soulager le patient.

Code	SNISA	Série	Description
T21.0	AP	A	Brûlure du tronc, degré non précisé
T31.00	AP	A	Brûlures couvrant moins de 10 % de la surface du corps, avec un pourcentage nul ou non précisé de brûlure au troisième degré
Y63.2	AP	A	Dose excessive administrée en radiothérapie

Justification : Un code est attribué pour l'incident (un préjudice attribuable à un événement indésirable est survenu au cours de la prestation de soins). La documentation fait état d'une brûlure attribuable à une exposition prolongée.

B Exemple : Un patient subit une brûlure de la paroi thoracique attribuable à la radiothérapie pour traiter un cancer du poumon, au cours de l'épisode de soins actuel.

Code	BDCP	Série	Description
T21.0	(2)	A	Brûlure du tronc, degré non précisé
T31.00	(2)	A	Brûlures couvrant moins de 10 % de la surface du corps, avec un pourcentage nul ou non précisé de brûlure au troisième degré
Y65.8	(9)	A	Autres incidents précisés au cours d'actes médicaux et chirurgicaux

Justification : Un code est attribué pour l'incident (un traumatisme est survenu au cours de la prestation de soins). La documentation fait état d'une brûlure attribuable à la radiothérapie



Exemple : Un patient est admis pour une insuffisance rénale aiguë. Une restriction liquidienne est imposée. Toutefois, des liquides intraveineux sont administrés au patient par erreur, ce qui provoque une surcharge liquidienne.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T80.8	(2)	AP	A	Autres complications consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion
E87.7	(3)	AP	A	Surcharge liquidienne
Y65.8	(9)	AP	A	Autres incidents précisés au cours d'actes médicaux et chirurgicaux

Justification : Dans cet exemple, un code d'incident doit être attribué (un préjudice attribuable à un événement indésirable est survenu au cours de la prestation de soins). La documentation fait état d'une surcharge liquidienne (préjudice au patient) causée par une administration accidentelle de liquides.



Exemple : Un patient présente une surcharge liquidienne trois jours après le remplacement de la valvule mitrale. Le traitement de cette affection prolonge son séjour.

Code	BDCP	Série	Description
E87.7	(2)	A	Surcharge liquidienne
Y83.1	(9)	A	Intervention chirurgicale avec implantation d'une prothèse interne artificielle, à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention

Justification : Dans cet exemple, la surcharge liquidienne n'est pas classée en tant qu'incident car il n'y a pas de documentation faisant état que la surcharge liquidienne est attribuable à un événement indésirable au cours de la prestation de soins. Par conséquent, la surcharge liquidienne est classée comme une réaction anormale/complication ultérieure (Y83.1).

BS Exemple : Un patient subit de multiples fractures des côtes attribuables aux compressions thoraciques effectuées pendant la réanimation cardiorespiratoire.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.88	(2)	AP	A	Autres complications d'une procédure, non classées ailleurs
S22.490	(3)	AP	A	Fractures multiples d'un nombre de côtes non précisé, fermées
Y65.8	(9)	AP	A	Autres incidents précisés au cours d'actes médicaux et chirurgicaux

Justification : Un code d'incident est attribué (un traumatisme est survenu au cours de la prestation de soins). La documentation fait état de fractures des côtes attribuables à la réanimation cardiorespiratoire.

BS Exemple : Une patiente subit une ovariectomie par laparoscopie pour un kyste sur l'ovaire. Après l'intervention, la patiente déclare ressentir un engourdissement le long de la cuisse latérale gauche, que le chirurgien diagnostique comme une neurapraxie sensorielle postopératoire secondaire à la position de compression pendant l'intervention.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.88	(2)	AP	A	Autres complications d'une procédure, non classées ailleurs
S74.28	(3)	AP	A	Lésion traumatique autre et non précisée d'un nerf cutané sensitif au niveau de la hanche et de la cuisse
Y65.8	(9)	AP	A	Autres incidents précisés au cours d'actes médicaux et chirurgicaux

Justification : Un code d'incident est attribué (un traumatisme est survenu au cours de la prestation de soins). La documentation fait état d'une lésion du nerf attribuable à la position de compression pendant l'intervention.

B Exemple : Après une arthroplastie de la hanche, un patient développe une paralysie fémorale qui est documentée comme secondaire à l'écarteur utilisé pendant l'intervention. La paralysie fémorale influe sur la période de rétablissement et prolonge la durée du séjour du patient.

Code	BDCP	Série	Description
T81.88	(2)	A	Autres complications d'une procédure, non classées ailleurs
S74.18	(3)	A	Lésion traumatique autre et non précisée du nerf fémoral au niveau de la hanche et de la cuisse
Y65.8	(9)	A	Autres incidents précisés au cours d'actes médicaux et chirurgicaux

Justification : Un code d'incident est attribué (un traumatisme est survenu au cours de la prestation de soins). La documentation fait état d'une lésion du nerf attribuable à l'écarteur utilisé pendant l'intervention.

B Exemple : Une patiente subit une ovariectomie par laparoscopie pour un kyste hémorragique sur l'ovaire gauche. Au cours de l'insertion de la caméra, un ancien caillot est observé dans la lumière du trocart. La caméra et le trocart sont retirés, et le trocart est mis à l'écart du champ opératoire. Le caillot semble provenir du mauvais nettoyage du trocart. Un nouveau trocart est inséré et l'abdomen est examiné. Un rapport d'incident est rédigé, et des antibiotiques sont administrés en raison de la possibilité d'une infection par le trocart contaminé.

Code	BDCP	Description
N83.2	(M)	Kystes de l'ovaire, autres et sans précision

Justification : Un code d'incident n'est pas attribué, car la documentation ne fait pas état d'un préjudice à la patiente attribuable à l'évènement indésirable (utilisation d'un instrument contaminé).

Hémorragie peropératoire

Bien qu'une hémorragie peropératoire soit considérée comme un incident (Y60-Y69), elle doit satisfaire certains critères pour lui attribuer un type de diagnostic significatif. Une hémorragie postopératoire n'est pas un incident et elle est classée comme une complication ultérieure (Y83-Y84).

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque l'hémorragie ou la perte de sang peropératoire satisfait l'un des critères de significativité décrits ci-dessous, attribuez

- T81.0 *Hémorragie et hématome compliquant une procédure, non classés ailleurs* comme **diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème**;
- un code de cause externe de la catégorie Y60 *Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux*.

Remarque

La perte de sang ou l'hémorragie peropératoire satisfait aux critères de significativité lorsqu'elle

- est qualifiée par le médecin de substantielle, massive, torrentielle ou difficile à contrôler, ou en utilisant des termes similaires;
- nécessite une consultation d'un autre chirurgien ou spécialiste;
- nécessite une intervention afin d'arrêter le saignement; ou
- nécessite un suivi postopératoire ou une investigation qui influe sur la durée du séjour.

Remarque

N'attribuez pas T81.0 *Hémorragie et hématome compliquant une procédure, non classés ailleurs* et un code de cause externe de la catégorie Y60 *Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles au cours d'actes médicaux et chirurgicaux* lorsque

- la documentation n'indique pas une hémorragie peropératoire peu importe la quantité de sang perdu;
- la perte de sang peropératoire est directement attribuable à une maladie ou à un traumatisme (p. ex. ulcères hémorragiques, varices hémorragiques et rupture d'anévrisme).

Remarque

Vous ne devez pas présumer que l'administration de sang ou de produits sanguins pendant l'intervention, ou une anémie après l'intervention, indique qu'il y a eu hémorragie. Pour les patients chez qui une perte de sang importante est prévisible, du sang ou des produits sanguins sont souvent administrés pendant l'intervention afin de prévenir l'anémie, ou après l'intervention afin de traiter l'anémie. Reportez-vous également à la norme de codification [Anémie due à une perte de sang aiguë](#).

B Exemple : Une patiente est admise à l'hôpital pour une hystérectomie abdominale. Pendant l'intervention, elle fait une hémorragie, qualifiée de substantielle dans le rapport d'opération, avec une perte de sang estimée à 800 cc. L'hémorragie est contrôlée et l'état de la patiente, stabilisé : l'intervention a pu être complétée sans incident.

Code	BDCP	Série	Description
T81.0	(2)	A	Hémorragie et hématome compliquant une procédure, non classés ailleurs
Y60.0	(9)	A	Coupure, piqure, perforation ou hémorragie accidentelles, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : L'hémorragie s'est produite lors de l'intervention et le médecin la qualifie de « substantielle »; par conséquent, l'hémorragie peropératoire satisfait aux critères de significativité et un type de diagnostic significatif est attribué.

B Exemple : Un patient subit une rupture aortique abdominale traumatique avec une importante perte de sang attribuable à une blessure par balle à l'abdomen après un accident de chasse. L'aorte est réparée au moyen d'une endoprothèse et le patient reçoit 20 unités de concentré de globules rouges pendant l'intervention. Malgré la réanimation énergétique, l'hémorragie de l'abdomen n'est pas arrêtée et le patient décède.

Code	BDCP	Description
S35.0	(M)	Lésion traumatique de l'aorte abdominale
W33	(9)	Décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
U98.9	(9)	Lieu de l'événement, sans précision

Justification : La perte de sang peropératoire est directement attribuable à la lésion aortique traumatique; par conséquent, n'attribuez pas T81.0.

Ponction/lacération/perforation au cours d'une procédure

Bien qu'une ponction, une lacération ou une perforation survenue au cours d'une intervention soit considérée comme un incident (Y60-Y69), la ponction, la lacération ou la perforation doit satisfaire certains critères pour lui attribuer un type de diagnostic significatif.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une ponction, une lacération ou une perforation satisfait **l'un** des critères de significativité décrits ci-dessous, attribuez

- T81.2 *Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une procédure, non classées ailleurs, comme diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème;*
- un code de cause externe de la catégorie Y60 *Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles, au cours d'une intervention chirurgicale.*

Remarque

Une ponction, une lacération ou une perforation accidentelle durant une intervention satisfait aux critères de significativité lorsqu'elle

- nécessite une consultation d'un autre chirurgien ou spécialiste;
- nécessite le retour en salle d'opération;
- exige la réparation ou l'ablation de l'organe lésé qui, autrement, n'aurait pas eu lieu;
- est une dissection pendant un cathétérisme cardiaque ou une angioplastie dont la réparation nécessite l'implantation d'endoprothèse vasculaire;
- est un motif de réadmission à l'hôpital;
- exige une surveillance et/ou une investigation postopératoires ayant une incidence sur la durée du séjour; ou
- nécessite une intervention supplémentaire différente.

Remarque

Pour attribuer un code supplémentaire afin de préciser le site de la ponction, de la lacération ou de la perforation provenant du chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98), sélectionnez le sixième caractère « avec plaie ouverte dans la cavité ».

Reportez-vous également à la sous-section « [Attribution de codes supplémentaires pour apporter de la précision](#) » dans la norme de codification [Affections post-intervention](#).

Remarque

N'attribuez pas T81.2 lorsqu'il y a lacération de l'organe atteint qui est extrait dans le cadre de la chirurgie prévue à l'origine.



Exemple : Un patient subit une cholécystectomie au cours de laquelle une déchirure de la vésicule biliaire entraîne le déversement de calculs biliaires. Extraction de routine avec extraction des calculs.

Aucun Ne codifiez pas la déchirure de la vésicule biliaire puisque celle-ci est extraite dans le cadre de l'intervention.



Exemple : Un patient âgé de 54 ans est admis pour un cancer du côlon sigmoïde. Durant la colectomie, une lacération de la capsule splénique est notée et une splénectomie est nécessaire.

Code	BDCP	Série	Description
C18.7	(M)		Tumeur maligne du côlon sigmoïde
T81.2	(2)	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une procédure, non classées ailleurs
S36.091	(3)	A	Hématome SAI, lacération SAI, lésion traumatique de la rate SAI, avec plaie ouverte dans la cavité
Y60.0	(9)	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : La lacération de la rate satisfait aux critères de significativité puisqu'elle a exigé l'ablation d'un organe qui, autrement, n'aurait pas eu lieu; par conséquent, un type de diagnostic significatif est attribué à T81.2. Le sixième caractère « avec plaie ouverte » est sélectionné pour le code supplémentaire S36.091.

BS Exemple : Un patient se présente pour une libération d'adhérences. Pendant l'intervention, il subit une lacération peropératoire à un rein. Une consultation peropératoire a lieu pour assurer la viabilité de l'organe. Le rein est par la suite réparé par suture.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
K66.0	(M)	PP		Adhérences péritonéales
T81.2	(2)	AP	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une procédure, non classées ailleurs
S37.011	(3)	AP	A	Lacération du rein (sans épanchement urinaire), avec plaie ouverte dans la cavité
Y60.0	(9)	AP	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : T81.2 satisfait aux critères de significativité parce qu'il y a eu une réparation de la lacération. Même s'il n'y avait pas eu de réparation, les critères de significativité auraient été satisfaits puisqu'une consultation intra-opératoire a eu lieu. Le sixième caractère « avec plaie ouverte » est sélectionné pour le code supplémentaire S37.011.

BS Exemple : Une patiente subit une lacération peropératoire de l'intestin durant une ligature des trompes par laparoscopie. Le chirurgien effectue deux sutures dans l'intestin pour réparer cette lacération et il n'y a pas d'autres conséquences ni de surveillance.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
Z30.2	(M)	PP		Stérilisation
T81.2	(2)	AP	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une procédure, non classées ailleurs (facultatif)
S36.511	(3)	AP	A	Lacération du colon, avec plaie ouverte dans la cavité
Y60.0	(9)	AP	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : T81.2 satisfait aux critères de significativité parce que la lacération a été réparée. Le sixième caractère « avec plaie ouverte » est sélectionné pour le code supplémentaire S36.511.

BS Exemple : Le gros intestin d'un patient est perforé par accident pendant une colonoscopie avec exérèse d'un polype du gros intestin pratiquée dans une unité de chirurgie d'un jour. Quatre agrafes sont posées et un marquage à l'encre de Chine est fait pour identifier l'endroit de la perforation. Le médecin consigne au dossier que le patient sera hospitalisé une nuit en raison de la perforation de l'intestin. Le rapport de pathologie révèle une tumeur bénigne du gros intestin.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
D12.6	(M)	PP		Tumeur bénigne du côlon, sans précision
T81.2	(2)	AP	A	Perforation et déchirure accidentelles au cours d'une procédure, non classées ailleurs
S36.511	(3)	AP	A	Lacération du côlon, avec plaie ouverte dans la cavité
Y60.4	(9)	AP	A	Coupure, piqûre, perforation ou hémorragie accidentelles, au cours d'une endoscopie

Justification : T81.2 satisfait aux critères de significativité sur l'abrégié de chirurgie d'un jour parce que la perforation a été réparée. Même s'il n'y avait pas eu de réparation, les critères de significativité auraient été satisfaits parce qu'une surveillance postopératoire a été nécessaire, ce qui a eu une incidence sur la durée du séjour. Le sixième caractère « avec plaie ouverte » est sélectionné pour le code supplémentaire S36.511.

Corps étranger laissé accidentellement à la suite d'une procédure

Un corps étranger laissé accidentellement à la suite d'une procédure doit satisfaire à certains critères pour qu'un type de diagnostic significatif lui soit attribué.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un appareil intact qui n'est pas conçu pour demeurer dans l'organisme y est laissé accidentellement à la suite d'une procédure et satisfait l'un des critères de significativité décrits ci-dessous attribuez

- un code de la sous-catégorie T81.5– *Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure* comme **diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème**;
- un code de cause externe de la catégorie Y61 *Corps étranger accidentellement laissé dans l'organisme au cours d'actes médicaux et chirurgicaux*.

Remarque

Un corps étranger laissé accidentellement à la suite d'une procédure satisfait aux critères de significativité lorsqu'il

- nécessite le retour en salle d'opération pour son retrait;
- est un motif de réadmission à l'hôpital;
- nécessite une intervention supplémentaire pour son retrait; ou
- exige une surveillance et/ou une investigation postopératoire ayant une incidence sur la durée du séjour.

Remarque

Lorsqu'un appareil intact qui a été conçu (prévu) pour demeurer dans l'organisme (comme un dispositif intra-utérin) est décrit comme retenu, il est classé comme une complication mécanique. Reportez-vous à la norme de codification [Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes](#).



Exemple : Un patient subit une arthroplastie de la hanche gauche. Le rapport d'intervention indique qu'après la fermeture de la plaie et alors que le patient est toujours en salle d'opération, on constate qu'il manque une éponge chirurgicale lors du décompte des éponges. Une radiographie peropératoire confirme la présence d'une éponge dans l'acétabulum; le patient est donc préparé et drapé de nouveau, et l'incision est rouverte afin de retirer l'éponge.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.57	(2)	AP	A	Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure, sans mention de complication
Y61.0	(9)	AP	A	Corps étranger accidentellement laissé dans l'organisme, au cours d'une intervention chirurgicale

Justification : L'éponge laissée par mégarde suite à la procédure satisfait aux critères de significativité. Une intervention supplémentaire a été nécessaire pour son retrait. T81.57 est sélectionné parce qu'aucune complication subséquente due au corps étranger n'a été documentée.



Exemple : Après l'insertion d'un cathéter central, le fil guide du cathéter est laissé par mégarde dans la veine cave supérieure d'un patient. À l'aide de l'échoguidage, le fil guide est retiré au moyen d'une anse en col de cygne insérée dans la veine jugulaire interne par le radiologiste.

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
T81.57	(2)	AP	A	Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure, sans mention de complication
Y61.6	(9)	AP	A	Corps étranger accidentellement laissé dans l'organisme, au cours d'une aspiration, d'une ponction et d'un autre cathétérisme

Justification : Le fil guide laissé par mégarde suite à la procédure satisfait aux critères de significativité. Une intervention supplémentaire a été nécessaire pour retirer le fil guide. T81.57 est sélectionné puisqu'aucune complication subséquente due au corps étranger n'a été documentée.

Référence

1. Organisation mondiale de la santé. [*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2, 2nd Edition*](#). 2004.

Chapitre XX — Causes externes de morbidité et de mortalité

Codes de causes externes

En vigueur depuis 2001

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de cause externe des catégories V01 à Y98, obligatoire, comme diagnostic de type (9)/autre problème, avec toute affection pouvant être classée aux catégories S00 à T98.



Exemple :

Code	BDCP	SNISA	Description
S88.1	(M)	PP	Amputation traumatique entre le genou et la cheville
W58	(9)	AP	Mordu ou heurté par un crocodile ou un alligator

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'une cause externe peut être associée à une affection des chapitres I à XVIII, attribuez un code supplémentaire U07.7 ou des catégories V01 à Y98 comme diagnostic de type (9)/autre problème.



Exemple :

Code	BDCP	SNISA	Série	Description
K29.0	(M)	PP	A	Gastrite hémorragique aiguë
Y45.3	(9)	AP	A	Autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique

Lieu de l'événement

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Pour tout accident ou intoxication pouvant être classé aux catégories W00 à Y34, à l'exception de Y06 et Y07, attribuez un code de la catégorie U98.– *Lieu de l'événement*, obligatoire, comme diagnostic de type (9)/autre problème.

BS Exemple : Un enfant de quatre ans ingère environ 10 comprimés d'ibuprofène enrobés de sucre, alors qu'il est à la maison.

Code	BDCP	SNISA	Description
T39.3	(M)	PP	Intoxication par d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]
X40	(9)	AP	Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits
U98.0	(9)	AP	Lieu de l'événement, domicile

Type d'activité

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Pour tout code de cause externe U07.7 ou des catégories V01 à Y98, attribuez un code de la catégorie U99.– *Activité*, facultatif, comme diagnostic de type (9)/autre problème afin de préciser l'activité que la personne blessée pratiquait au moment de l'événement.



Exemple : Un patient tombe d'une échelle au travail et se fracture l'extrémité distale de l'humérus.

Code	BDCP	SNISA	Description
S42.490	(M)	PP	Fracture d'une partie non précisée de l'extrémité inférieure de l'humérus, fermée
W11	(9)	AP	Chute sur ou d'une échelle
U98.5	(9)	AP	Lieu de l'événement, zone de commerce et de services
U99.2	(9)	AP	En exerçant un travail à des fins lucratives (facultatif)

Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Évaluation préalable au traitement

En vigueur depuis 2002, modifié 2007, 2008

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez Z01.8 *Autres examens spéciaux précisés* pour indiquer qu'il y eu une évaluation préalable au traitement.

BS Lorsqu'une affection significative est diagnostiquée au cours de l'évaluation préalable au traitement et qu'elle nécessite un traitement ou une investigation, attribuez un code pour cette affection en tant que diagnostic principal/problème principal.

- Attribuez Z01.8 *Autres examens spéciaux précisés*, **obligatoire**, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, pour décrire la raison sous-jacente de l'évaluation.

S Exemple : Une femme se rend à la clinique de pré admission en vue d'une évaluation préalable pour une libération du canal carpien qui est prévue dans deux semaines.

Code	SNISA	Description
Z01.8	PP	Autres examens spéciaux précisés
G56.0	AP	Syndrome du canal carpien (facultatif)

2.ZZ.02.ZZ Évaluation (examen), corps entier, général NCA
(p. ex. pour plusieurs raisons)

Situation : P1

Première visite

Exemple : Une patiente se rend à la clinique d'oncologie pour une évaluation avant chimiothérapie en vue du traitement d'un cancer du sein.

Code	SNISA	Description
Z01.8	PP	Autres examens spéciaux précisés
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)

2.ZZ.02.ZZ Évaluation (examen), corps entier, général NCA
(p. ex. pour plusieurs raisons)

Situation : P1

Visite en cours de traitement

Exemple : La même patiente se présente à la clinique d'oncologie pour une évaluation en cours de traitement de chimiothérapie qu'elle a commencé suite à une mastectomie. Elle doit recevoir son cinquième traitement de chimiothérapie le lendemain. Il n'y a pas de documentation au dossier sur le résultat de l'évaluation.

Code	SNISA	Description
Z51.88	PP	Autres formes précisées de soins médicaux NCA
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)

2.ZZ.02.ZZ Évaluation (examen), corps entier, général NCA
(p. ex. pour plusieurs raisons)

Situation : N1

Justification : Dans le cas présent, il ne s'agit pas d'une évaluation préalable au traitement; Z01.8 n'est donc pas attribué. Il ne s'agit pas non plus d'un suivi, mais plutôt d'une évaluation en cours de traitement. Comme la patiente ne présente aucune affection nécessitant un changement au plan de traitement, attribuez Z51.88. Si une affection est diagnostiquée, attribuez-lui un code en tant que problème principal.

BS Exemple : Un patient souffrant d'obésité morbide se présente à l'unité de chirurgie d'un jour pour subir une œsophagogastroduodénoscopie, qui fait partie de l'évaluation préalable des voies gastro-intestinales avant de subir un pontage gastrique. L'examen du tube digestif n'a rien démontré.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z01.8	(M)	PP	Autres examens spéciaux précisés
E66.8	(3)	AP	Autres obésités (facultatif)

2.NK.70.BA-BL Inspection, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et gastroscope

BS Exemple : Un patient souffrant d'emphysème se présente pour subir une angiographie coronaire par l'artère fémorale comme évaluation préalable à une transplantation pulmonaire. Les radiographies révèlent que le patient a une coronaropathie sévère de trois vaisseaux qui peut être traitée à l'aide d'un pontage.

Code	BDCP	SNISA	Description
I25.10	(M)	PP	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
Z01.8	(3)	AP	Autres examens spéciaux précisés (obligatoire)
J43.9	(3)	AP	Emphysème, sans précision (facultatif)

3.IP.10.VX Radiographie, cœur avec artères coronaires, structures du cœur gauche, approche artérielle transluminale percutanée (rétrograde)

Situation : DX

Lieu : FY

Justification : Lorsqu'une affection est découverte au cours de l'évaluation préalable au traitement, elle correspond au diagnostic principal/problème principal. Il est **obligatoire** d'attribuer un diagnostic de type (3)/autre problème à la raison sous-jacente de la consultation.

Admission pour observation

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2006, 2007, 2009, 2018

La présente norme de codification a pour objectif d'aider à attribuer un code dans le cas d'un patient qui se présente pour l'investigation d'un signe, d'un symptôme et/ou d'un résultat anormal (p. ex. test de dépistage positif) pour lequel les renseignements au dossier du patient indiquent qu'une **affection précise est suspectée** et qu'elle fait l'objet d'un examen. Lorsqu'aucune information dans le dossier n'indique que le patient fait l'objet d'un examen visant à éliminer un diagnostic d'affection suspectée, consultez la norme de codification [Symptômes ou affections sous-jacents](#).

Les codes de la catégorie Z03 sont attribués comme diagnostic principal/problème principal lorsqu'un patient fait l'objet d'une investigation pour une affection suspectée et dont les résultats ne confirment aucune maladie, ni aucun problème. Ces patients présentent un signe, un symptôme et/ou un résultat anormal (p. ex. test de dépistage positif), mais après investigation, l'affection pour laquelle ils se font examiner est écartée et rien au dossier n'indique la nécessité d'une investigation plus poussée. Reportez-vous également aux normes de codification [Dépistage de maladies précises](#) et [Diagnostic non confirmé](#).

Directives pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de la catégorie Z03 *Mise en observation et évaluation pour suspicion de maladies et d'affections, éliminées* comme diagnostic principal/problème principal lorsqu'un patient se présente pour l'investigation d'un signe, d'un symptôme et/ou d'un résultat anormal en raison d'une affection suspectée, et que **tous** les critères ci-dessous sont satisfaits :

- l'affection suspectée est écartée ou non trouvée;
- rien au dossier n'indique la nécessité d'une investigation plus poussée;
- aucune autre affection sous-jacente n'est décelée.

Attribuez un code supplémentaire pour le signe, le symptôme ou le résultat anormal, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins en information de l'établissement.



Lorsqu'une affection suspectée **est confirmée** chez un patient après investigation, attribuez un code à l'affection sous-jacente en tant que diagnostic principal/problème principal.

Attribuez un code supplémentaire pour le signe, le symptôme ou le résultat anormal, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins en information de l'établissement.



Lorsqu'une affection suspectée **est écartée** après investigation, et il est consigné dans le dossier qu'une investigation plus poussée est nécessaire, attribuez un code pour le signe, le symptôme ou le résultat anormal comme diagnostic principal/problème principal.



Lorsqu'un patient est examiné en raison d'une affection suspectée et qu'une **affection sous-jacente autre que l'affection suspectée est confirmée**, attribuez un code pour l'affection sous-jacente comme diagnostic principal/problème principal.

Remarque

N'attribuez pas les codes de la catégorie Z03 *Mise en observation et évaluation pour suspicion de maladies et d'affections, éliminées* comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Remarque

Un dépistage répété n'est pas synonyme d'investigations plus poussées nécessaires. Par conséquent, le retour d'un patient pour un test de dépistage répété (comme le test d'antigène prostatique spécifique [APS] dans six mois, ou pour une mammographie dans un an) après observation ne limite pas l'utilisation d'un code de la catégorie Z03.

Remarque

Le test immunochimique fécal (TIF) et la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) sont des tests de dépistage du cancer colorectal. Par conséquent, un patient au résultat positif qui est admis pour une endoscopie est considéré comme étant en observation pour suspicion d'un cancer colorectal. Le cancer colorectal ne doit pas nécessairement être documenté en tant qu'affection suspectée faisant l'objet d'un examen.



Exemple : Un patient présentant un taux élevé d'APS doit subir une biopsie de la prostate pour suspicion de tumeur maligne. L'investigation ne détecte aucune tumeur ni autre pathologie et aucun autre suivi n'est jugé nécessaire pour le moment.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z03.1	(M)	PP	Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne

Justification : Le patient est vu pour l'investigation d'un résultat anormal (APS élevé) afin d'écarter la présence d'une tumeur maligne. L'affection suspectée (tumeur maligne) est écartée. Rien au dossier n'indique la nécessité d'une investigation plus poussée et aucune autre affection sous-jacente n'est décelée. Par conséquent, le code de la catégorie Z03 est attribué comme diagnostic principal/problème principal.



Exemple : Un patient se présente pour une coloscopie en raison d'un TIF positif. Le diagnostic final consigné est « examen normal ». Le patient sera examiné de nouveau dans 3 à 5 ans.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z03.1	(M)	PP	Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne

Justification : Un patient est examiné en raison d'un résultat anormal (TIF positif). Un patient au TIF (ou RSOS) positif qui est admis pour une coloscopie est considéré comme étant en observation pour suspicion d'un cancer colorectal. L'affection suspectée (tumeur maligne) est écartée. Rien au dossier n'indique la nécessité d'une investigation plus poussée et aucune autre affection sous-jacente n'est décelée. Par conséquent, le code de la catégorie Z03 est attribué comme diagnostic principal/problème principal

La recommandation d'effectuer une autre coloscopie dans 3 à 5 ans ne veut pas dire qu'une investigation plus poussée est nécessaire et ne limite pas l'utilisation du code Z03.



Exemple : Un patient se présente pour observation d'apnée obstructive du sommeil après une augmentation de ses ronflements. L'apnée du sommeil est écartée.

Code	BDCP	Description
Z03.8	(M)	Mise en observation pour suspicion d'autres maladies et affections

Justification : Le patient est vu pour l'investigation d'un symptôme (ronflement) en raison de la suspicion d'une affection particulière (apnée du sommeil). Cette dernière est écartée, et rien au dossier n'indique la nécessité d'une investigation plus poussée. Aucune autre affection sous-jacente n'est décelée. Par conséquent, le code de la catégorie Z03 est attribué comme diagnostic principal.

BS Exemple : Un patient se présente pour une coloscopie en raison d'un saignement rectal. Dans son rapport, le médecin écrit « écarter la tumeur maligne », et note une diverticulose dans le colon constatée lors de l'examen. Le diagnostic postopératoire inscrit est « coloscopie normale jusqu'à l'iléon terminal ».

Code	BDCP	SNISA	Description
Z03.1	(M)	PP	Mise en observation pour suspicion de tumeur maligne

Justification : Un patient est vu pour l'investigation d'un symptôme (saignement rectal) pour écarter une tumeur maligne. L'affection suspectée (tumeur maligne) est écartée, et le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin est « coloscopie normale ». Par conséquent, le code de la catégorie Z03 est attribué comme diagnostic principal/problème principal.

La diverticulose est observée pendant l'examen et représente une découverte fortuite pour laquelle l'attribution d'un code est facultative.

BS Exemple : Un patient se présente pour une coloscopie en raison d'un saignement rectal. Le médecin consigne au dossier une diverticulose dans le colon constatée lors de l'examen. Le diagnostic postopératoire inscrit est « coloscopie normale jusqu'à l'iléon terminal ».

Code	BDCP	SNISA	Description
K62.5	(M)	PP	Hémorragie de l'anus et du rectum

Justification : Le patient présente un symptôme (saignement rectal). Rien au dossier n'indique une affection suspectée. Par conséquent, les directives concernant cette norme de codification ne sont pas applicables. Reportez-vous à la norme de codification [Symptômes ou affections sous-jacents](#).

La diverticulose est observée pendant l'examen et représente une découverte fortuite pour laquelle l'attribution d'un code est facultative.

BS Exemple : Un patient souffrant d'hématurie macroscopique se présente pour une biopsie de la vessie en raison de la suspicion d'une tumeur maligne de la vessie. Une biopsie cystoscopique est effectuée. Les résultats pathologiques confirment un adénocarcinome de la vessie.

Code	BDCP	SNISA	Description
C67.9	(M)	PP	Tumeur maligne de la vessie, sans précision

Justification : Un patient se présente pour l'investigation d'un symptôme (hématurie macroscopique) en raison de la suspicion d'une tumeur maligne de la vessie. L'affection suspectée est confirmée. Par conséquent, codifiez l'affection sous-jacente décelée (tumeur maligne) comme étant le diagnostic principal/problème principal. Le code de la catégorie Z03 n'est pas attribué, car l'affection suspectée est confirmée.

BS Exemple : Un patient se présente pour une coloscopie en vue d'écarter une tumeur maligne. Il souffre de saignement rectal continu, de mélaena et de perte de poids. L'examen du colon ne décèle aucune anomalie. Le médecin consigne que le patient sera vu dans quelques semaines pour subir une OGD afin de déterminer la cause des symptômes.

Code	BDCP	SNISA	Description
K62.5	(M)	PP	Hémorragie de l'anus et du rectum
K92.1	(1)	AP	Mélaena
R63.4	(1)	AP	Perte de poids anormale

Justification : Le patient est vu pour l'investigation de signes et de symptômes (saignement rectal, mélaena et perte de poids), car une tumeur maligne est suspectée. L'examen est normal et il est consigné dans le dossier qu'une investigation plus poussée est nécessaire. Des codes sont attribués pour les signes et les symptômes lorsque la nécessité d'une investigation plus poussée est consignée. Le code de la catégorie Z03 n'est pas attribué, car les trois critères n'ont pas été satisfaits.



Exemple : Un patient se présente pour une coloscopie en raison d'un TIF positif. Durant la coloscopie, un polype détecté dans le côlon sigmoïde est excisé. Une diverticulose est constatée lors de l'examen. Les résultats pathologiques confirment un adénome tubuleux.

Code	BDCP	SNISA	Description
D12.5	(M)	PP	Tumeur bénigne du côlon sigmoïde

Justification : Un patient se présente en raison d'un résultat anormal (TIF positif). Un patient au TIF positif qui est admis pour une coloscopie est considéré comme étant en observation pour suspicion d'un cancer colorectal. L'affection suspectée n'est pas constatée. D'autres affections sont constatées. Lorsqu'une affection sous-jacente qui n'est pas l'affection suspectée est constatée, codifiez l'affection sous-jacente comme étant le diagnostic principal/problème principal, lorsque celle-ci répond aux critères de significativité.

La diverticulose est observée pendant l'examen et représente une découverte fortuite pour laquelle l'attribution d'un code est facultative. Le code de la catégorie Z03 n'est pas attribué, car les trois critères n'ont pas été satisfaits.



Exemple : Un patient se présente pour une coloscopie en raison d'un résultat anormal (TIF positif). Le diagnostic final inscrit est « hémorroïdes internes du premier degré avec saignements ».

Code	BDCP	SNISA	Description
K64.0	(M)	PP	Hémorroïdes du premier degré

Justification : Le patient est examiné en raison d'un résultat anormal (TIF positif). Un patient au TIF positif qui est admis pour une coloscopie est considéré comme étant en observation pour suspicion d'un cancer colorectal. L'affection suspectée (tumeur maligne) n'est pas constatée. Le diagnostic final est « hémorroïdes internes du premier degré avec saignements » (une autre affection est constatée comme étant le diagnostic final). Le code de la catégorie Z03 n'est pas attribué, car les trois critères n'ont pas été satisfaits.



Exemple : Un patient se présente pour une endoscopie à cause d'une douleur à l'hypocondre droit, de saignement rectal et d'antécédents familiaux de cancer colorectal. Le médecin consigne « écarter tumeur maligne » au dossier. Les biopsies gastriques par OGD révèlent une gastrite chronique. Au cours de la coloscopie, un polype excisé du rectum permet de confirmer la présence d'un adénome tubulaire. Le diagnostic final inscrit est « gastrite et polype rectal ».

Code	BDCP	SNISA	Description
D12.8	(M)	PP	Tumeur bénigne du rectum
K29.5	(1)	AP	Gastrite chronique, sans précision

Justification : Un patient ayant des signes et des symptômes se présente pour écarter une tumeur maligne. Le diagnostic final inscrit est « gastrite et polype rectal ». L'affection suspectée n'est pas constatée. D'autres affections sous-jacentes sont constatées. Lorsqu'une affection sous-jacente qui n'est pas l'affection suspectée est constatée, codifiez l'affection sous-jacente comme étant le diagnostic principal/problème principal, lorsque celle-ci répond aux critères de significativité. Le code de la catégorie Z03 n'est pas attribué, car les trois critères n'ont pas été satisfaits.

Puisque le polype est excisé (intervention thérapeutique définitive), D12.8 représente le diagnostic principal/problème principal. Reportez-vous également à la norme de codification [Diagnostics d'importance équivalente](#).



Exemple : Une mère trouve son enfant à côté d'un contenant vide de médicaments. Elle ne sait pas combien il y avait de comprimés dans le contenant. Après une période d'observation au service d'urgence, il est établi que l'enfant n'a pas avalé de comprimés.

Code	SNISA	Description
Z03.6	PP	Mise en observation pour suspicion d'effet toxique de substances ingérées

Justification : Un empoisonnement était soupçonné, car un contenant de pilules vide se trouvait à côté de l'enfant. À la fin de l'épisode de soins, l'empoisonnement est écarté. Rien au dossier n'indique la nécessité d'une investigation plus poussée et aucune affection sous-jacente n'est constatée. Par conséquent, un code de la catégorie Z03 est attribué en tant que problème principal.



Exemple : Un bébé, né par voie vaginale, est mis en observation à la pouponnière de soins spéciaux aux fins d'investigation parce que sa mère a pris de la morphine presque tout au long de sa grossesse. Les résultats de l'investigation sont négatifs mais le séjour est prolongé de deux jours pour poursuivre l'observation à la pouponnière de soins spéciaux.

Code	BDCP	Description
Z03.8	(M)	Mise en observation pour suspicion d'autres maladies et affections
Z38.000	(0)	Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)

Justification : Il s'agit d'un nouveau-né apparemment en bonne santé qui est gardé en observation à l'hôpital pendant une période prolongée pour écarter la possibilité d'une affection sous-jacente. L'affection sous-jacente est implicite (dépendance), à cause du risque présent (la mère consommait de la morphine). Après observation et examen, il est établi qu'aucun autre traitement ou soins médicaux ne sont nécessaires. Dans ce cas, *Z03.8 Mise en observation pour suspicion d'autres maladies et affections* est attribué en tant que diagnostic principal.

Admission pour observation suivant un accident, une agression présumée ou un abus

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsque la raison de la visite vise un examen et une mise en observation à la suite d'un accident, d'un viol présumé, d'une agression sexuelle ou d'actes de violence physique et que suivant l'examen/observation :

- une blessure pouvant être classée aux catégories S00 à T19 est documentée, codifiez la blessure précisée comme diagnostic principal/problème principal.
- aucune blessure n'est documentée, attribuez un code de la catégorie Z04 *Examen et mise en observation pour d'autres raisons* comme diagnostic principal/problème principal.

S Exemple : Une patiente victime d'un accident impliquant un véhicule à moteur est conduite à l'urgence pour subir un examen et être mise en observation. Des radiographies permettent de déterminer que la patiente n'a subi aucun traumatisme. Elle obtient son congé.

Code	SNISA	Description
Z04.1	PP	Examen et mise en observation après un accident de transport

Justification : Aucun code de cause externe n'est attribué puisque la patiente n'a subi aucun traumatisme.

S Exemple : Une jeune femme se présente au service d'urgence après s'être réveillée nue au lit. Elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé la veille en raison d'une intoxication alcoolique. Elle craint d'avoir été agressée sexuellement et demande d'être examinée. À l'examen, son corps ne porte aucune trace d'agression sexuelle ni de blessure.

Diagnostic final : Agression sexuelle, trousse de prélèvements en cas de viol utilisée

Code	SNISA	Description
Z04.4	PP	Examen et mise en observation après allégation de viol et de séduction

Justification : La raison de la visite aux soins ambulatoires est de subir un examen à la suite d'un viol présumé. Lorsqu'aucune blessure n'est documentée, Z04.4 est attribué comme problème principal.



Exemple : Une patiente se présente à l'hôpital pour subir un examen à la suite d'une attaque. Elle revenait à pied du cinéma lorsque quelqu'un, qui se trouvait derrière elle, l'a saisie par le cou. Elle a perdu connaissance et ne se rappelle pas de la suite des événements. Lorsqu'elle a repris connaissance, elle était partiellement nue. À l'examen, on constate que l'hymen est déchiré et qu'elle a des ecchymoses au périnée, ce qui indique qu'elle a été victime d'une agression sexuelle. Elle a également des ecchymoses autour du cou.

Code	BDCP	SNISA	Description
S31.400	(M)	PP	Plaie ouverte du vagin et de la vulve, sans complication
S30.28	(1)	AP	Contusion d'autres organes génitaux externes
S10.9	(1)	AP	Lésion traumatique superficielle du cou, partie non précisée
Y05	(9)	AP	Agression sexuelle par la force physique

Justification : Dans cet exemple, Z04.4 n'est pas attribué comme diagnostic principal/problème principal parce que des blessures précises ont été trouvées. Le code de cause externe indique que les blessures ont été infligées à la suite d'une agression sexuelle.

Admission pour examen de contrôle

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2002, modifié en 2003, 2006, 2007, 2008, 2012, 2015, 2022

Le terme « contrôle » est utilisé pour décrire un épisode de soins pour des investigations de routine à la suite du traitement d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure. Dans ces circonstances, le patient ne présente aucun signe ou symptôme lié à la maladie, à l'affection ou à la blessure précédente; l'épisode de soins sert strictement à l'évaluation de l'état après le traitement. Les examens périodiques visant à déterminer s'il y a récurrence d'une affection traitée précédemment sont des exemples d'examens de contrôle.

Dans la CIM-10-CA, les contrôles sont classés en fonction de l'objectif et des résultats de l'examen.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque l'objectif de l'examen consiste à évaluer le statut d'une affection ou d'une blessure traitée antérieurement (antécédents personnels d'une affection pouvant être classée aux catégories Z85 à Z88) et que **l'évaluation révèle qu'aucun autre traitement n'est nécessaire**, sélectionnez l'un des codes suivants comme diagnostic principal/problème principal :

- Z08 Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne; ou
- Z09 Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes.
 - Dans les deux cas, attribuez un code supplémentaire afin d'indiquer la présence d'antécédents personnels de cette affection, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, à moins que celle-ci ne soit définie comme étant obligatoire ailleurs dans les normes de codification.

BS Lorsque l'examen révèle que l'affection primaire a récidivé ou qu'une autre affection connexe est identifiée, attribuez

- un code pour l'affection comme diagnostic principal/problème principal;
- un code supplémentaire de la catégorie Z08 ou Z09, **obligatoire**, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Reportez-vous également aux normes de codification [Antécédents personnels de tumeurs malignes primitives du sein, du poumon et de la prostate](#), [Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes](#) et [Tumeurs malignes récurrentes](#).

BS Exemple : Un patient est admis pour une cystoscopie de contrôle à la suite d'un cancer de la vessie traité antérieurement par radiothérapie. Il n'y a pas de récurrence de la tumeur maligne. Une trabéculatation de la vessie est notée.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z08.1	(M)	PP	Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne
Z85.5	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires (facultatif)
N32.8	(3)	AP	Autres affections précisées de la vessie (facultatif)

2.PM.70.BA Inspection, vessie, approche endoscopique par voie naturelle

Justification : La trabéculatation de la vessie n'est ni une récurrence ni une affection connexe. Il est facultatif de la codifier. Un diagnostic de type (3)/autre problème est attribué si elle est codifiée.

BS Exemple : Un patient est admis pour une cystoscopie pour un examen de contrôle de tumeur de la vessie traitée antérieurement par radiothérapie. Un carcinome de la vessie est détecté.

Code	BDCP	SNISA	Description
C67.9	(M)	PP	Tumeur maligne de la vessie, sans précision
Z08.1	(3)	AP	Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne
Z85.5	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des voies urinaires

2.PM.70.BA Inspection, vessie, approche endoscopique par voie naturelle

Justification : L'examen a révélé que la tumeur de la vessie a récidivé; il est donc **obligatoire** d'attribuer un code pour le cancer de la vessie, un code supplémentaire pour l'examen de contrôle et Z85.5 pour indiquer des antécédents personnels de cancer de la vessie, selon la norme de codification [Tumeurs malignes récurrentes](#).

BS Exemple : Une patiente de 45 ans qui a des antécédents de calculs rénaux se présente à l'hôpital. Quatre ans auparavant, elle a subi une néphrolithotripsie extracorporelle par ondes de choc et elle n'a plus eu de calculs depuis. Selon une analyse effectuée à ce moment-là, les calculs se composaient d'oxalate de calcium. Pour éviter la formation d'autres calculs, elle suit un traitement prophylactique à base de magnésium. Au cours de la présente visite à la clinique, elle ne se plaint d'aucun symptôme. Ses analyses d'urine de 24 heures et son échographie abdominale n'ont révélé aucune anomalie.

La patiente continue d'être suivie à la clinique et elle doit poursuivre la prise d'un supplément de magnésium. Elle sera revue dans 12 mois.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z09.8	(M)	PP	Examen de contrôle après autre traitement pour d'autres affections
Z87.4	(3)	AP	Antécédents personnels de maladies de l'appareil génito-urinaire (facultatif)

Première visite

S Exemple : Un travailleur de la construction se présente au service d'urgence avec un corps étranger dans l'œil droit. Une petite pièce de métal est retirée de la cornée droite par approche externe. Le client est avisé de revenir dans une semaine pour un examen de contrôle.

Code	SNISA	Description
T15.0	PP	Corps étranger dans la cornée
W44	AP	Corps étranger pénétrant dans ou par l'œil ou un orifice naturel
U98.6	AP	Lieu de l'événement, zone industrielle et chantier de construction

Deuxième visite

S Exemple : Le travailleur de la construction revient au service d'urgence. À l'examen, le médecin constate que la cornée droite est complètement guérie. Le client obtient son congé sans autre instruction.

Code	SNISA	Description
Z09.8	PP	Examen de contrôle après autre traitement pour d'autres affections
Z87.8	AP	Antécédents personnels d'autres affections précisées (facultatif)

BS Exemple : Un homme de 72 ans souffre d'anémie croissante. Il a des antécédents personnels d'hémi-colectomie droite pratiquée un an auparavant en raison d'un cancer du côlon. Il subit une colonoscopie qui révèle que tout est normal. Le patient devra revenir pour une oesophagogastroduodénoscopie de contrôle afin d'évaluer l'anémie.

Code	BDCP	SNISA	Description
D64.9	(M)	PP	Anémie, sans précision
Z85.0	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes digestifs (facultatif)

Justification : Il ne s'agit pas d'une investigation de routine pour un contrôle. Le patient présente des signes (anémie) pour lesquels une investigation est effectuée. Un examen de contrôle ne comprend pas les patients qui présentent un signe ou un symptôme.

BS Exemple : Un patient est admis en chirurgie d'un jour pour une coloscopie et des biopsies visant à évaluer l'état de sa colite ulcéreuse. Il continue de prendre du Remicade et est en rémission clinique. Le médecin ne signale aucune inflammation active. Le rapport de pathologie ne révèle aucune anomalie de la muqueuse du côlon, ni changement inflammatoire ou architectural.

Code	BDCP	SNISA	Description
K51.9	(M)	PP	Rectocolite hémorragique [colite ulcéreuse], sans précision

2.NK.71.BA-BJ Biopsie, intestin grêle, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

2.NM.71.BA-BJ Biopsie, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Justification : Il ne s'agit pas d'un examen de contrôle après traitement. Le patient a toujours la maladie et poursuit son traitement de Remicade. Une maladie chronique, même lorsqu'il y a rémission ou qu'un traitement permet de bien la maîtriser, n'est pas classée à l'aide d'un code indiquant des antécédents personnels de cette maladie. Le terme « en rémission » signifie que la maladie a diminué d'intensité, mais qu'elle est toujours présente. Par conséquent, un code est attribué pour la maladie chronique, soit la colite ulcéreuse.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsque le seul but d'une visite est la **prestation de soins spécifiques ou de soins de contrôle**, sélectionnez un code de l'une des catégories suivantes comme diagnostic principal/problème principal :

Z39.2 *Contrôle de routine au cours du post-partum*

Z42 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique*

Z47 *Autres soins de contrôle orthopédiques*

Z48 *Autres soins de contrôle chirurgicaux*

- Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour décrire la maladie ou la blessure sous-jacente ayant nécessité les soins de contrôle.

Remarque

Les catégories Z40-Z54 *Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques* permettent d'indiquer la raison de la prise en charge. Elles peuvent être utilisées pour des patients ayant déjà été traités pour une maladie ou une lésion traumatique, mais nécessitant des examens de contrôle ou des soins prophylactiques, des soins de convalescence ou des soins médicaux pour consolider le traitement afin de soigner un état persistant, de s'assurer qu'il n'y a pas eu de récurrence ou de prévenir une récurrence¹.

La catégorie Z48 *Autres soins de contrôle chirurgicaux* est utilisée pour décrire les visites ayant pour but de recevoir une intervention précise ou des soins de contrôle chirurgicaux liés au traitement précédent. Cela comprend les changements de pansement, les retraits de points de suture, les changements ou retraits de drains, et les fermetures planifiées de plaies postopératoires.

S Exemple : Une femme se présente la fin de semaine au service d'urgence pour faire changer un pansement (médicamenté). Elle a subi une mastectomie pour un cancer du sein la semaine précédente et a un rendez-vous pour une séance de chimiothérapie la semaine suivante.

Code	SNISA	Description
Z48.0	PP	Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)

1.YS.14.JA-H1 Pansement, peau de l'abdomen et du tronc, utilisation d'un pansement médicamenteux (facultatif)

S Exemple : Un jeune homme se présente à la clinique d'orthopédie pour faire retirer un plâtre posé six semaines auparavant en raison d'une fracture non déplacée de la cheville survenue lors d'une chute sur la glace.

Code	SNISA	Description
Z47.8	PP	Autre soin de contrôle orthopédique précisé

1.WA.38.JA-FQ Gestion d'un appareil externe, articulation de la cheville, plâtre

Admission pour convalescence

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2008, modifié en 2009, 2022

La convalescence est la période de rétablissement qui suit l'apparition d'une maladie, d'une intervention chirurgicale ou d'une blessure. Aux fins de classification, la convalescence correspond à la phase intermédiaire de guérison qui commence après le traitement et se poursuit jusqu'à ce que le patient soit prêt à retourner à la maison/lieu de résidence. Elle comprend le maintien de l'homéostasie, le traitement des plaies, la surveillance postopératoire de routine, la physiothérapie, ainsi que la prévention et le dépistage précoce de complications. Dans bien des cas, les patients sont transférés dans un autre hôpital afin de poursuivre cette phase de soins plus près de leur domicile ou pour des raisons de gestion des lits dans une région sociosanitaire. Ces patients reçoivent les soins quotidiens de routine qu'ils auraient reçus si l'épisode de soins s'était entièrement déroulé dans l'établissement d'origine. Dans certains cas, un transfert d'une unité de chirurgie d'un jour aux soins pour patients hospitalisés peut correspondre à une admission pour convalescence.

La catégorie Z54 *Convalescence* ne couvre pas

- les soins dispensés pour le traitement de l'affection d'origine;
- les soins dispensés pour le traitement d'une complication;
- les patients admis uniquement pour réadaptation;
- les patients ayant obtenu leur **congé** mais qui se présentent de nouveau pour recevoir des soins précis (comme la surveillance de dispositifs de drainage, des changements de pansement ou des examens visant à rassurer le patient).

Reportez-vous également aux normes de codification [Admission pour examen de contrôle](#) et [Syndrome coronarien aigu \(SCA\)](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA



Lorsqu'un patient est transféré d'un hôpital à l'autre ou d'une unité de chirurgie d'un jour aux soins pour patients hospitalisés dans le **seul** but de recevoir des soins de convalescence à la suite du traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'une intervention chirurgicale, attribuez un code de la catégorie Z54 *Convalescence* comme diagnostic principal.

- Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type (3), afin de préciser l'affection qui nécessite cette période de convalescence.

Exception

L'énoncé ci-dessus ne s'applique pas à la Colombie-Britannique, au Yukon, aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut qui soumettent **un** abrégé de patient hospitalisé en soins de courte durée à la BDCP pour un patient hospitalisé qui vient directement de l'unité de chirurgie d'un jour de l'établissement déclarant. Consultez la section 3 Information supplémentaire sur la saisie de données : **Saisie de données sur les chirurgies d'un jour, Patients admis directement aux soins de courte durée à partir de l'unité de chirurgie d'un jour** du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* pour obtenir des instructions supplémentaires.



Exemple : Selon les notes du médecin au dossier, le patient est admis pour convalescence après avoir subi une chirurgie pour traiter une fracture du fémur qui s'est produite lors d'une chute de son lit à la maison. Le patient est transféré de l'hôpital A à l'hôpital B pour être plus près de sa famille. Il reçoit son congé le troisième jour.

Code	BDCP	Description
Z54.0	(M)	Convalescence après intervention chirurgicale
S72.900	(3)	Fracture fermée du fémur, partie non précisée
W06	(9)	Chute d'un lit
U98.0	(9)	Lieu de l'événement, domicile

Admission à l'hôpital B pour hospitalisation

Exemple : Un patient est admis à l'hôpital A en raison d'un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST (STEMI). Il est immédiatement transféré à l'unité de chirurgie d'un jour de l'hôpital B afin de subir une intervention coronarienne percutanée (ICP) primaire. Il est ensuite admis comme patient hospitalisé à l'hôpital B avec un diagnostic de STEMI.

Code	BDCP	Description
I21.3	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : Dans le cas présent, il ne s'agit pas d'une période de convalescence (ou de soins de contrôle chirurgicaux), car les soins dispensés au patient visent encore à traiter l'affection aiguë.

Réadmission à l'hôpital A

B Exemple : Le même patient est transféré de nouveau à l'hôpital A pour poursuivre le traitement à la suite d'un infarctus du myocarde et d'une ICP.

Code	BDCP	Description
I21.3	(M)	Infarctus transmural aigu du myocarde, de localisation non précisée
R94.30	(3)	Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]

Justification : Le but du transfert est de recevoir des soins continus en fonction de l'affection initiale. Le patient n'est pas transféré **dans le seul but** de poursuivre une convalescence. Z54 n'est donc pas attribué.

Admission à la suite d'une chirurgie d'un jour

B Exemple : Un patient est admis à l'unité de chirurgie d'un jour pour subir une angiographie coronaire **non urgente**. Au cours des derniers mois, il a remarqué une augmentation de la fréquence et de la durée de son angine. Le patient a des antécédents de coronaropathie. Au cours de l'intervention, on remarque une sténose à 90 % de l'artère descendante antérieure gauche (artère primitive) qui se prête à une angioplastie coronaire. Une ICP avec insertion d'une endoprothèse est pratiquée. Le patient est admis pour la nuit pour observation.

Diagnostic : Angine de poitrine instable, coronaropathie

Code	BDCP	Description
Z54.0	(M)	Convalescence après intervention chirurgicale
I25.10	(3)	Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine
I20.0	(3)	Angine de poitrine instable (facultatif)

Justification : La raison de l'admission est de permettre la surveillance du patient suite à l'intervention chirurgicale et non de recevoir des soins continus pour la coronaropathie. Lorsque l'admission a pour seul objectif de surveiller le patient après une intervention chirurgicale, il faut utiliser la catégorie Z54.

Remarque : Cet exemple ne s'applique pas à la Colombie-Britannique, au Yukon, aux Territoires du Nord-Ouest, ni au Nunavut.

Directive pour la BDCP seulement



Lorsqu'une patiente se présente à l'hôpital uniquement pour recevoir des **soins** de routine à la suite d'un accouchement qui a eu lieu à l'extérieur de l'hôpital, attribuez Z39.0 *Soins et examens immédiatement après l'accouchement* comme diagnostic principal.



Exemple : Une patiente est transférée d'un autre établissement pour recevoir des soins postpartum à la suite d'une césarienne. Elle reçoit des soins obstétricaux de routine et obtient son congé deux jours plus tard.

Code	BDCP	Description
Z39.0	(M)	Soins et examens immédiatement après l'accouchement

Justification : Z39.0 comprend les soins postpartum dans les cas sans complication.

Dépistage de maladies précises

En vigueur depuis 2003, modifié en 2006, 2008, 2018

Le dépistage permet la détection et le diagnostic précoce d'une maladie, telle que le cancer, en examinant une personne ne présentant pas encore de symptômes reconnus ou de signes évidents de la maladie. Le dépistage n'englobe pas l'examen des personnes qui ont déjà reçu un traitement pour l'affection en question. Idéalement, un test de dépistage permet de détecter une affection avant qu'elle ne devienne sérieuse et lorsqu'il est encore possible de la traiter ou de la prévenir.

Voici quelques exemples de programmes de dépistage qui sont utilisés :

- la mammographie pour détecter les cancers du sein chez les femmes présentant des facteurs de risque en raison de leur âge ou de leurs antécédents familiaux;
- les tests PAP effectués chez toutes les femmes qui sont ou qui ont déjà été actives sexuellement;
- les tests d'antigène prostatique spécifique (APS) pour détecter le cancer de la prostate chez les hommes à risque en raison de leur âge ou de leurs antécédents familiaux;
- la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou le test immunochimique fécal (TIF), la coloscopie ou la sigmoïdoscopie, et le lavement baryté en double contraste pour détecter les cancers du côlon chez toutes les personnes de plus de 50 ans et celles de moins de 50 ans qui présentent des facteurs de risque (p. ex. antécédents familiaux);

- les tests cutanés à la tuberculine pour dépister la tuberculose chez certains groupes de population, comme les travailleurs de la santé, les employés des établissements correctionnels et les immigrants.

Remarque

Reportez-vous à la norme de codification [Admission pour observation](#) pour obtenir des directives sur l'attribution de codes lorsque l'épisode de soins est une investigation plus poussée suite à un test de dépistage positif.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient subit un test de dépistage et qu'aucun signe de maladie n'a été décelé, attribuez un code de la catégorie Z11, Z12 ou Z13 comme diagnostic principal/problème principal.

BS Lorsque le test de dépistage a permis de détecter une affection ou le signe d'une affection, attribuez un code

- à l'affection ou au signe, qui devient le diagnostic principal/problème principal;
- de la catégorie Z11, Z12 ou Z13, **obligatoire**, comme diagnostic de type (3)/autre problème.

BS Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de préciser la raison du test de dépistage (comme les antécédents familiaux).

BS Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de signaler toute découverte fortuite à l'examen.

S Exemple : Une femme de 52 ans ne présentant aucun signe ni symptôme de maladies du sein se rend dans une clinique de dépistage pour subir une mammographie. L'examen ne révèle rien d'anormal.

Code	SNISA	Description
Z12.3	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur du sein

S Exemple : Une femme de 60 ans ne présentant aucun signe ni symptôme de maladie du sein se rend dans une clinique de dépistage pour subir une mammographie. Une zone suspecte est découverte dans le quadrant supéro-externe du sein et une biopsie du sein est prévue.

Code	SNISA	Description
R92	PP	Résultats anormaux d'imagerie diagnostique du sein
Z12.3	AP	Examen spécial de dépistage de tumeur du sein

Justification : Le test de dépistage a révélé un signe d'une affection; R92 correspond donc au problème principal. Z12.3 est **obligatoire**, car il indique que la pathologie a été découverte au cours du test de dépistage.

S Exemple : Une femme de 60 ans détecte une bosse à l'auto-examen de son sein droit. Son médecin de famille la réfère pour une mammographie. L'examen permet de confirmer la présence d'une lésion au sein.

Code	SNISA	Description
N63	PP	Tuméfaction mammaire, sans précision

Justification : Étant donné que la patiente se présente avec un signe de cancer du sein, la mammographie n'est pas considérée comme un test de dépistage.

BS Exemple : Un patient sans aucun problème connu est admis en chirurgie d'un jour pour une coloscopie de dépistage en raison d'antécédents familiaux de cancer du côlon. Aucune anomalie n'est détectée.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z12.1	(M)	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs (facultatif)

BS Exemple : Un patient sans aucun problème connu est admis en chirurgie d'un jour pour une coloscopie de dépistage en raison d'antécédents familiaux de cancer du côlon. On constate la présence d'hémorroïdes internes.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z12.1	(M)	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs (facultatif)
K64.8	(3)	AP	Autres hémorroïdes précisées (facultatif)

BS Exemple : Un patient sans aucun problème connu se présente pour une coloscopie de dépistage en raison d'antécédents familiaux de cancer du côlon. À l'examen, une lésion est découverte et une biopsie est prélevée. Les résultats révèlent la présence d'un adénocarcinome du côlon sigmoïde.

Code	BDCP	SNISA	Description
C18.7	(M)	PP	Tumeur maligne du côlon sigmoïde
Z12.1	(3)	AP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs (facultatif)

Justification : Le test de dépistage a révélé la présence d'une tumeur maligne; C18.7 correspond donc au diagnostic principal/problème principal. Z12.1 est **obligatoire**, car il indique que l'affection a été découverte au cours du test de dépistage.



Exemple : Un patient ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon subit une coloscopie de dépistage. Des polypes adénomateux sont découverts au niveau du côlon sigmoïde. Une polypectomie est pratiquée.

Code	BDCP	SNISA	Description
D12.5	(M)	PP	Tumeur bénigne du côlon sigmoïde
Z12.1	(3)	AP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs (facultatif)

Justification : Le test de dépistage a révélé la présence d'une maladie néoplasique; D12.5 correspond donc au diagnostic principal/problème principal. Z12.1 est **obligatoire**, car il indique que l'affection a été découverte au cours du test de dépistage.

Remarque : Le patient subit un test de dépistage pour une maladie néoplasique (maligne ou bénigne), laquelle est découverte. Les polypes adénomateux dans le côlon sont à potentiel malin; il ne s'agit donc pas d'une découverte fortuite.

Ablation d'un organe à titre prophylactique

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Sélectionnez un code de la catégorie Z40 *Opération prophylactique* lorsqu'un patient est admis pour l'ablation chirurgicale d'organes ou de tissus non atteints en raison du risque de présence d'une affection maligne ou du traitement d'une affection maligne.

B Exemple : Un patient est admis pour une orchidectomie bilatérale prophylactique à cause d'un cancer de la prostate à un stade avancé.

Code	BDCP	Description
Z40.08	(M)	Ablation prophylactique d'un autre organe
C61	(3)	Tumeur maligne de la prostate

1.QM.89.^ ^ Excision totale, testicule

Lieu : B

Justification : Ce patient est admis pour une orchidectomie bilatérale visant à réduire le risque de métastases; par conséquent, Z40.08 est attribué.

B Exemple : Une patiente ayant des antécédents personnels de cancer du sein gauche (pas de maladie résiduelle) choisit de subir une mastectomie totale simple, du sein droit non atteint.

Code	BDCP	Description
Z40.00	(M)	Ablation du sein à titre prophylactique
Z85.31	(3)	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein gauche

1.YM.89.^ ^ Excision totale, sein (approche codifiée à l'aide de qualificateurs)

Lieu : R

Justification : Cette patiente est admise pour l'ablation chirurgicale du tissu du sein non atteint en raison du risque de tumeur maligne; par conséquent, Z40.00 est attribué. Il est également obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z85.

Reportez-vous également aux normes de codification [Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes](#) et [Antécédents personnels de tumeurs malignes primitives du sein, du poumon et de la prostate](#).

Codification des visites pour le SNISA, services de réadaptation

En vigueur depuis 2002, modifié en 2008, 2012

Directives pour le SNISA seulement

- S** Attribuez un code de la catégorie Z50 *Soins impliquant une rééducation* pour désigner le problème principal lorsque la réadaptation constitue la raison de la visite.
- S** Lorsqu'une personne est référée uniquement pour la physiothérapie (soins impliquant d'autres moyens de rééducation), attribuez Z50.1 *Autre thérapie physique* en tant que problème principal.
- S** Attribuez un code supplémentaire, facultatif, comme autre problème afin d'identifier le trouble sous-jacent.

Ces codes s'appliquent aux patients ayant déjà été traités pour une maladie ou une blessure, mais qui reçoivent des soins comprenant des interventions de réadaptation.

Reportez-vous également à la norme de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#).

S Exemple : Une femme souffrant de sclérose en plaques se rend à la clinique de réadaptation pour une séance de physiothérapie.

Code	SNISA	Description
Z50.1	PP	Autre thérapie physique
G35	AP	Sclérose en plaques (facultatif)

1.ZX.12.JA Thérapie, sites multiples, par autre technique NCA

S Exemple : Un patient avec des antécédents récents d'accident vasculaire cérébral se rend à la clinique de réadaptation pour une séance d'orthophonie.

Code	SNISA	Description
Z50.5	PP	Rééducation du langage
R47.0	AP	Dysphasie et aphasie
I69.4	AP	Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (facultatif)

6.RA.30.BR Rééducation, voix, pour le contrôle du souffle

Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2008, 2009, 2012, 2015, 2018, 2022

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient chez qui on a diagnostiqué une affection maligne est admis uniquement pour un traitement de radiothérapie, attribuez

- Z51.0 *Séance de radiothérapie* comme diagnostic principal/problème principal; ou
- Z51.0 *Séance de radiothérapie* comme diagnostic de type (1)/autre problème lorsqu'une affection après l'admission survient au cours de l'épisode de soins et qu'elle répond aux critères de diagnostic principal/problème principal.

BS Lorsqu'un patient chez qui on a déjà diagnostiqué une affection maligne est admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie visant à traiter la tumeur maligne ou les affections liées à une tumeur, attribuez

- Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* comme diagnostic principal/problème principal; ou
- Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* comme diagnostic de type (1)/autre problème lorsqu'une affection après l'admission survient au cours de l'épisode de soins et qu'elle répond aux critères de diagnostic principal/problème principal.

BS Attribuez un code supplémentaire afin d'identifier l'affection maligne, **obligatoire**, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour les visites en radiothérapie et en chimiothérapie.

BS Attribuez un code de la CCI, obligatoire, pour toute intervention de radiothérapie ou de chimiothérapie visant à traiter la tumeur maligne ou les affections liées à une tumeur.

Reportez-vous également aux normes de codification [Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires](#) et [Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés](#).

Les codes de la CCI correspondant à la chimiothérapie systémique des maladies tumorales (médicaments dont l'agent qualificateur commence par la lettre « M ») sont classés à la rubrique 1.ZZ.35.^ Pharmacothérapie, corps entier. Par exemple, la vincristine (un médicament anticancéreux) administrée par injection est classée à 1.ZZ.35.HA-M3. Ces interventions doivent être attribuées une fois seulement.

Remarque

Il ne faut pas attribuer un type de diagnostic (2) ou (3) à Z51.0 *Séance de radiothérapie* et à Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur*.

La chimiothérapie et la radiothérapie sont des interventions; par conséquent, un code de la CCI est attribué. Z51.0 *Séance de radiothérapie* et Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* sont des codes de diagnostic attribués seulement si le patient est admis uniquement pour l'administration d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie, respectivement.

Remarque

Une admission pour la curiethérapie (brachythérapie) ne devrait pas être confondue avec une admission pour la radiothérapie. Reportez-vous également à la norme de codification [Brachythérapie](#).

Lorsqu'un patient se présente pour une séance de radiothérapie ou de chimiothérapie et que la séance est annulée en raison d'une contre-indication, reportez-vous également à la norme de codification [Interventions annulées](#).

BS Exemple : Visite pour l'administration de vincristine par voie intraveineuse afin de traiter une tumeur maligne de la bronche souche gauche.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z51.1	(M)	PP	Séance de chimiothérapie pour tumeur
C34.01	(3)	AP	Tumeur maligne de la bronche souche gauche

1.ZZ.35.HA-M3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents alcaloïdes et d'autres produits naturels

Justification : Le patient est admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie. Par conséquent, Z51.1 est attribué comme diagnostic principal/problème principal. Un code supplémentaire pour désigner la tumeur maligne est attribué comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire. Il est obligatoire d'attribuer un code de la CCI pour la chimiothérapie visant à traiter la tumeur maligne ou les affections liées à une tumeur.

BS Exemple : Une patiente atteinte d'une tumeur maligne au sein se présente uniquement pour l'administration de pamidronate en vue de traiter sa perte osseuse généralisée causée par la tumeur maligne.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z51.1	(M)	PP	Séance de chimiothérapie pour tumeur
M85.80	(3)	AP	Autres anomalies précisées de la densité et de la structure osseuses, sites multiples
C50.99	(3)	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé

1.ZZ.35.HA-N5 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents du système musculosquelettique, utilisation de médicaments pour le traitement des maladies osseuses

Justification : La patiente est admise uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie. Cette dernière vise à traiter la perte osseuse. La perte osseuse dans ce cas est une affection liée à une tumeur; par conséquent, Z51.1 (non Z51.2) est attribué comme diagnostic principal/problème principal. Un code supplémentaire pour désigner la tumeur maligne est attribué comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire. Il est obligatoire d'attribuer un code de la CCI pour la chimiothérapie visant à traiter la tumeur maligne ou les affections liées à une tumeur.



Exemple : Visite pour une séance de radiothérapie visant à traiter un carcinome du lobe inférieur gauche du poumon.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z51.0	(M)	PP	Séance de radiothérapie
C34.31	(3)	AP	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon gauches

1.GT.27.JA Rayonnements, poumon NCA, faisceau externe

Justification : Le patient est admis uniquement pour l'administration d'une radiothérapie. Par conséquent, Z51.0 est attribué comme diagnostic principal/problème principal. Un code supplémentaire pour désigner la tumeur maligne est attribué comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire. Il est obligatoire d'attribuer un code de la CCI pour la radiothérapie.



Exemple : Un patient présentant un lymphome hodgkinien récidivant, qui avait subi une chimiothérapie DHAP (dexaméthasone, cytarabine à forte dose et cisplatine) pour la mobilisation et la collecte de cellules souches est admis pour une chimiothérapie BEAM (carmustine [BiCNU], étoposide, cytarabine [ara-C] et melphalan) ainsi qu'une réinfusion autologue de cellules souches.

Code	BDCP	Description
C81.9	(M)	Lymphome de Hodgkin, sans précision

- 1.LZ.19.HH-U7-A Transfusion, appareil circulatoire NCA, cellules souches, par transfusion autologue
- 1.ZZ.35.HA-M3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents alcaloïdes et d'autres produits naturels
- 1.ZZ.35.HA-M2 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents antimétabolites
- 1.ZZ.35.HA-M1 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'un agent alcoylant

Justification : Le diagnostic principal est C81.9, car le patient n'est pas admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie. Une chimiothérapie est une intervention. Par conséquent, un code de la CCI est attribué pour chaque agent chimiothérapeutique administré pour traiter la tumeur maligne. Un code de la catégorie Z51 *Autres soins médicaux* n'est pas attribué.



Exemple : Un patient présentant une leucémie myéloblastique aiguë (LMA) est admis pour un traitement de consolidation (post-rémission) à base de mitoxantrone, étoposide et cytarabine (MEC). Au cours de son admission, le patient développe une neutropénie fébrile et une entérocólite sévère liées à la chimiothérapie. Le service de chirurgie générale est consulté. Celui-ci recommande une prise en charge conservatrice au moyen d'antibiotiques par voie intraveineuse, un repos intestinal, la nutrition parentérale totale (NPT), et une observation vigilante, ce qui prolonge considérablement la durée du séjour du patient.

Code	BDCP	Série	Description
K52.1	(M)		Gastroentérite et colite toxiques
Z51.1	(1)		Séance de chimiothérapie pour tumeur
K52.1	(2)	A	Gastroentérite et colite toxiques
D70.0	(2)	A	Neutropénie
R50.9	(2)	A	Fièvre, sans précision
Y43.1	(9)	A	Antimétabolites antitumoraux ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
Y43.3	(9)	A	Autres médicaments antitumoraux ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique
C92.0	(3)		Leucémie myéloblastique aiguë [LMA][LAM]

- 1.ZZ.35.HA-M4 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents antibiotiques cytotoxiques et de substances similaires
- 1.ZZ.35.HA-M3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents alcaloïdes et d'autres produits naturels
- 1.ZZ.35.HA-M2 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents anticancéreux et immunomodulateurs, utilisation d'agents antimétabolites

1.LZ.35.HH-C6 Pharmacothérapie (locale), appareil circulatoire NCA, approche percutanée par perfusion, nutrition parentérale

Justification : Le patient est admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie visant à traiter la tumeur maligne. Toutefois, au cours de l'admission, il présente des complications qui répondent aux critères de diagnostic principal. Par conséquent, Z51.1 *Séance de chimiothérapie pour tumeur* est attribué comme diagnostic de type (1); les codes obligatoires de la CCI pour la thérapie de consolidation MEC (chimiothérapie) et la NPT sont attribués.

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient chez qui on a diagnostiqué une affection non maligne se présente uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie, attribuez

- Z51.2 *Autre forme de chimiothérapie* comme diagnostic principal/problème principal; ou
- Z51.2 *Autre forme de chimiothérapie* comme diagnostic de type (1)/autre problème lorsqu'une affection après l'admission survient au cours de l'épisode de soins et qu'elle répond aux critères de diagnostic principal/problème principal.

BS Attribuez un code supplémentaire, **facultatif**, pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement.

BS Attribuez un code de la CCI, obligatoire, pour toute chimiothérapie portant le code classée à 1.^.^35.^-M^ *Pharmacothérapie, utilisation d'agents anticancéreux et immunomodulateurs*.

Directive pour le SNISA seulement

S Attribuez un code de la CCI, obligatoire, pour toute chimiothérapie administrée au cours d'une visite à la clinique.

Remarque

Il ne faut pas attribuer un type de diagnostic (2) ou (3) à Z51.2 *Autre forme de chimiothérapie*; ce code est attribué seulement si le patient est admis uniquement pour une chimiothérapie visant à traiter une affection autre qu'une tumeur maligne ou une affection liée à une tumeur.

S Exemple : Un patient souffrant d'une bursite au coude est vu au service d'urgence pour l'administration d'un traitement à l'indométacine par voie intraveineuse pour traiter son affection.

Code	SNISA	Description
Z51.2	PP	Autre forme de chimiothérapie
M70.3	AP	Autres bursites du coude (facultatif)

Justification : Le patient est admis uniquement pour l'administration d'un traitement à l'indométacine par voie intraveineuse pour traiter une affection autre qu'une tumeur maligne ou une affection liée à une tumeur. En conséquence, *Z51.2 Autre forme de chimiothérapie* est attribué comme problème principal. Un code supplémentaire, facultatif, est attribué pour désigner l'affection (*M70.3*) comme autre problème.

S Exemple : Un patient atteint du sida est vu en soins ambulatoires uniquement pour l'administration d'une pharmacothérapie antirétrovirale.

Code	SNISA	Description
Z51.2	PP	Autre forme de chimiothérapie
B24	AP	Immunodéficience humaine virale [VIH] (facultatif)

Justification : Le patient est admis uniquement pour l'administration d'une pharmacothérapie antirétrovirale pour traiter une affection autre qu'une tumeur maligne ou une affection liée à une tumeur. En conséquence, *Z51.2 Autre forme de chimiothérapie* est attribué comme problème principal. Un code supplémentaire, facultatif, est attribué pour désigner l'affection (*B24*) comme autre problème.

Directive pour la BDCP seulement



Lorsque la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie a lieu durant la période d'hospitalisation au cours de laquelle l'intervention chirurgicale définitive est réalisée, codifiez la tumeur maligne en tant que diagnostic principal.

Remarque

Il ne faut pas attribuer un code de la catégorie Z51 *Autres soins médicaux* lorsque la chimiothérapie ou la radiothérapie est administrée pendant l'épisode de soins au cours duquel la tumeur maligne est diagnostiquée ou la chirurgie définitive est pratiquée. Un code de la catégorie Z51 *Autres soins médicaux* est attribué seulement lorsque le patient est admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie. Ces deux interventions sont consignées au moyen d'un code d'intervention de la CCI.



Exemple : Un patient atteint d'un cancer au lobe inférieur droit du poumon est admis pour subir une lobectomie. Il commence un traitement de chimiothérapie par voie intraveineuse avant d'obtenir son congé.

Code	BDCP	Description
C34.30	(M)	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon droits

1.GR.89.QB Excision totale, lobe du poumon, approche thoracique ouverte

Lieu : RH

1.ZZ.35.HA-M0 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique],
utilisation d'agents anticancéreux SAI

Justification : Le patient est admis pour une intervention chirurgicale (lobectomie). Par conséquent, la tumeur maligne est consignée comme diagnostic principal. Au cours de l'admission, le patient reçoit également une chimiothérapie par voie intraveineuse visant à traiter la tumeur maligne ou une affection liée à une tumeur. Un code de la CCI, obligatoire, est attribué pour la chimiothérapie.

Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2007, 2009

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient est admis uniquement pour l'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire visant à traiter une affection existante, attribuez Z51.4 *Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Classez toute visite axée uniquement sur l'ajustement ou le retrait (sans remplacement) d'un dispositif d'accès vasculaire implanté à Z45.2 *Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire* comme diagnostic principal/problème principal.

BS Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour identifier l'affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.

Exception

L'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire aux fins d'hémodialyse est classée à Z49.0 *Soins préparatoires en vue d'une dialyse*.

Remarque

Lorsqu'il y a un changement ou un retrait du dispositif d'accès vasculaire en raison d'une complication, n'attribuez pas Z51.4 *Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs*. Sélectionnez le code approprié dans le chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes. Reportez-vous également aux normes de codification [Affections post-intervention](#) et [Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes](#).

BS Exemple : Un patient se présente pour l'insertion d'un cathéter central par voie périphérique aux fins d'administration ultérieure d'agents anticancéreux pour le traitement de la leucémie.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z51.4	(M)	PP	Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs
C95.9	(3)	AP	Leucémie, sans précision

1.IS.53.GR-LF Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure), cathéter veineux central non tunnelisé, approche veineuse transluminale percutanée

Lieu : PI

BS Exemple : Un patient se présente pour le retrait d'un cathéter Broviac après avoir complété ses traitements de chimiothérapie. Aucun autre traitement n'est prévu.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z45.2	(M)	PP	Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire
Z85.119	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des bronches et poumon, côté non précisé

1.IS.55.GR-LF Retrait d'un appareil, veine cave (supérieure et inférieure), cathéter veineux central, approche transluminale percutanée

Admission pour transfusion sanguine

En vigueur depuis 2001, modifié en 2007, 2009, 2012, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'un patient est admis uniquement pour une séance de transfusion sanguine, attribuez

- *Z51.3 Transfusion sanguine (sans mention de diagnostic)* en tant que diagnostic principal/ problème principal;
- un code supplémentaire, facultatif, pour identifier la maladie ou l'affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.



Exemple : Un patient présentant une thalassémie majeure est admis à toutes les six semaines pour une transfusion sanguine.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z51.3	(M)	PP	Transfusion sanguine (sans mention de diagnostic)
D56.9	(3)	AP	Thalassémie, sans précision

Justification : Le patient est admis pour une transfusion sanguine seulement; par conséquent, Z51.3 est attribué comme diagnostic principal/problème principal.



Exemple : Une patiente atteinte de leucémie est admise pour une évaluation supplémentaire de la maladie. Pendant son hospitalisation, elle reçoit une transfusion sanguine dans le cadre de son traitement.

Code	BDCP	Description
C95.9	(M)	Leucémie, sans précision

Justification : Étant donné que la patiente n'a pas été admise uniquement pour recevoir une transfusion sanguine, Z51.3 n'est pas attribué.

Soins palliatifs

En vigueur depuis 2008, modifié en 2009, 2012, 2018

Les soins palliatifs font partie du continuum de soins offerts aux patients, mais ils ne sont pas nécessairement toujours formellement désignés ainsi.

La documentation pouvant appuyer la codification des soins palliatifs peut inclure ceci :

- consultation en soins palliatifs et initiation d'un plan de traitement en soins palliatifs;
- le médecin documente au dossier; « patient en soins palliatifs », « situation palliative », « soins en fin de vie », « soins de confort », « soins de soutien » ou « soins de compassion ».

Les patients en soins palliatifs font habituellement partie d'une des trois catégories suivantes :

Patient en soins palliatifs admis dans le seul but de recevoir des soins palliatifs

- Aucun traitement de survie ou traitement curatif n'est dispensé pour une affection réversible ou irréversible (palliative).

Patient en soins palliatifs admis pour le traitement d'une ou de plusieurs affections réversibles

- Un traitement de survie ou un traitement curatif est dispensé pour une affection réversible (comme la pneumonie, le caillot sanguin, la sepsie, le déséquilibre électrolytique ou la déshydratation) mais non pour une affection irréversible.
- Il est présumé que les soins palliatifs dispensés font partie du plan de traitement et correspondent à un diagnostic de type significatif.
- Souvent, ces patients retournent chez eux. Toutefois, il est possible que leur état se détériore et nécessite un changement de plan de traitement pour celui décrit dans la première catégorie.

Patient qui ne reçoit pas déjà des soins palliatifs avant l'arrivée à l'établissement

- Ces patients sont tout d'abord admis pour investigation et/ou recevoir un traitement. Les soins sont ensuite convertis en soins palliatifs.

Remarques

- Il n'est pas impératif que les soins palliatifs soient dispensés dans une unité désignée pour les soins palliatifs, dans des lits servant uniquement aux soins palliatifs ou qu'ils soient gérés par une équipe de soins palliatifs.
- Les ordonnances de ne pas réanimer ne constituent pas en soi des soins palliatifs; le dossier doit clairement faire état de soins palliatifs. Quoique les ordonnances de ne pas réanimer font partie des soins palliatifs, elles peuvent également être présentes dans les cas de soins non palliatifs.
- Un traitement de soulagement de la douleur ne constitue pas en soi des soins palliatifs. Quoique le soulagement de la douleur fasse partie des soins palliatifs, il peut aussi être dispensé aux patients qui ne reçoivent pas de soins palliatifs.
- Les affections aiguës (comme la pneumonie ou la déshydratation) peuvent être traitées dans le cadre d'un plan de traitement avec soins palliatifs.
- L'aide médicale à mourir n'est pas la même chose que les soins palliatifs. Reportez-vous également à la norme de codification [Aide médicale à mourir](#).

Directives pour la BDCP et le SNISA

- BS** Attribuez Z51.5 *Soins palliatifs* comme diagnostic de type significatif/problème principal ou autre problème lorsque le médecin a précisé au dossier que des soins palliatifs ont été dispensés.
- BS** Attribuez un ou des codes supplémentaires, **obligatoire**, pour décrire l'affection ou les affections qui nécessitent des soins palliatifs.
- BS** Lorsque les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement, attribuez le préfixe 8, **obligatoire**.

Remarque

Le préfixe 8 s'applique uniquement avec Z51.5 *Soins palliatifs*.

Pour plus de renseignements sur le préfixe 8, reportez-vous au champ 01 du groupe 10 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et à l'élément de données 43 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

S Exemple : Une patiente atteinte d'un cancer du poumon au stade terminal, qui reçoit déjà des soins palliatifs, est vue au service d'urgence à la suite d'une chute discutable à la maison. L'urgentologue consigne un diagnostic final de pneumonie/épanchement pleural. L'état de la patiente se dégrade, et elle fait un arrêt respiratoire. La patiente décède au service d'urgence 2 heures après s'être présentée à l'hôpital.

Préfixe	Code	SNISA	Description
	J18.9	PP	Pneumonie, sans précision
	J90	AP	Épanchement pleural, non classé ailleurs
8	Z51.5	AP	Soins palliatifs
	C34.99	AP	Tumeur maligne des bronches ou d'un poumon, sans précision, côté non précisé

Justification : Les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement de la patiente avant l'arrivée à l'établissement. Par conséquent, Z51.5 est attribué avec le préfixe 8, obligatoire.

S Exemple : Une patiente présentant un adénocarcinome avancé du lobe supérieur droit du poumon est admise à l'unité de chirurgie d'un jour pour insertion d'un cathéter central introduit par voie périphérique (CCIVP) dans le cadre d'une chimiothérapie palliative.

Préfixe	Code	SNISA	Description
	Z51.4	PP	Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs
8	Z51.5	AP	Soins palliatifs
	C34.10	AP	Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon droits

Justification : Les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement de la patiente avant l'arrivée à l'établissement. Par conséquent, Z51.5 est attribué avec le préfixe 8, obligatoire.

S Exemple : Un patient atteint de myélome multiple tombe de son lit à la maison et se fracture l'humérus. Selon la documentation, il suit un plan de soins palliatifs.

Préfixe	Code	SNISA	Description
	S42.300	PP	Fracture de la diaphyse de l'humérus SAI, fermée
	W06	AP	Chute d'un lit
	U98.0	AP	Lieu de l'événement, domicile
8	Z51.5	AP	Soins palliatifs
	C90.0	AP	Myélome multiple

Justification : Les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement. Par conséquent, Z51.5 est attribué avec le préfixe 8, obligatoire.

Directives pour la BDCP seulement

B Lorsqu'un patient qui reçoit déjà des soins palliatifs est admis à l'hôpital dans le **seul but** de recevoir des soins palliatifs, attribuez

- Z51.5 *Soins palliatifs* comme diagnostic principal;
- un ou des codes supplémentaires, **obligatoire**, pour décrire la ou les affections qui nécessitent des soins palliatifs.

B Lorsqu'un patient qui reçoit déjà des soins palliatifs est admis pour le traitement d'une (ou plusieurs) affection réversible, attribuez

- Z51.5 comme diagnostic de type (1), (W), (X) ou (Y);
- l'affection réversible comme diagnostic principal, sauf si les soins palliatifs deviennent ensuite responsables de la plus grande proportion du séjour;
- un ou des codes supplémentaires, **obligatoire**, pour décrire la ou les affections qui nécessitent des soins palliatifs.

B Lorsqu'un patient qui ne recevait **pas** de soins palliatifs au moment de l'admission voit son plan de traitement changé pour des soins palliatifs, attribuez

- l'affection qui a fait l'objet de l'examen ou du traitement comme diagnostic principal, sauf si les soins palliatifs deviennent ensuite responsables de la plus grande proportion du séjour (pendant au moins 24 heures dans le cas d'une admission de courte durée).

Remarque

Z51.5 *Soins palliatifs* ne doit pas être attribué comme diagnostic de type (2) ou diagnostic de type (3).

Remarque

N'attribuez pas Z51.5 *Soins palliatifs* comme diagnostic principal sur l'abrégé obstétrical ou l'abrégé du nouveau-né. Lorsque le dossier fait état des soins palliatifs, attribuez Z51.5 *Soins palliatifs* comme diagnostic de type (1).



Exemple : Un patient est admis à l'hôpital pour recevoir des soins en fin de vie en raison d'une sclérose latérale amyotrophique. À son admission, un traitement IV est commencé afin de maintenir l'hydratation. Des médicaments sont administrés contre la douleur et la dose est ajustée au besoin. Le patient décède trois jours après son admission.

Préfixe	Code	BDCP	Description
8	Z51.5	(M)	Soins palliatifs
	G12.20	(3)	Sclérose latérale amyotrophique

Justification : Selon la documentation, le patient est admis dans l'unique but de recevoir des soins palliatifs. Il est obligatoire de codifier l'affection qui nécessite des soins palliatifs et, dans le cas présent, G12.20 correspond à la définition d'un diagnostic de type (3). Le préfixe 8 est attribué avec Z51.5, parce que les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement.



Exemple : Un patient de 68 ans figurant sur le registre des soins palliatifs en raison d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en phase terminale est admis pour une pneumonie. Il est admis dans une unité dotée de lits réservés aux soins palliatifs. Toute la documentation clinique décrit le traitement de la pneumonie. L'état du patient s'améliore au cours du séjour et il obtient son congé dans un état satisfaisant.

Préfixe	Code	BDCP	Description
	J44.0	(M)	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures
	J18.9	(1)	Pneumonie, sans précision
8	Z51.5	(1)	Soins palliatifs

Justification : Selon la documentation, le patient est admis pour le traitement d'une pneumonie due à une MPOC, qui est classée de la manière habituelle. Z51.5 est attribué comme diagnostic de type (1) parce que dans le cas d'un patient qui reçoit déjà des soins palliatifs, on suppose que les soins palliatifs dispensés font partie du plan de traitement. C'est pourquoi un diagnostic de type significatif est attribué. Le préfixe 8 est attribué avec Z51.5 parce que les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement.



Exemple : Une patiente connue en soins palliatifs se présente pour le traitement d'une déshydratation. La patiente a un cancer du poumon avec tumeur maligne secondaire avancée du cerveau. Elle est admise à l'unité de médecine pour recevoir un traitement de réhydratation et obtient son congé le jour suivant.

Préfixe	Code	BDCP	Description
	E86.0	(M)	Déshydratation
8	Z51.5	(1)	Soins palliatifs
	C34.99	(3)	Tumeur maligne des bronches ou d'un poumon, sans précision, côté non précisé
	C79.3	(3)	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales

Justification : Selon la documentation, cette patiente en soins palliatifs est admise dans le but de recevoir un traitement de réhydratation. Dans le cas d'un patient qui **reçoit déjà** des soins palliatifs, on suppose que les soins palliatifs dispensés font partie du plan de traitement et que Z51.5 est attribué en tant que diagnostic de type significatif. Le préfixe 8 est attribué avec Z51.5 parce que les soins palliatifs sont consignés comme étant un élément connu du plan de traitement de la patiente avant l'arrivée à l'établissement. Il est obligatoire d'attribuer C34.99 et C79.3 pour désigner l'affection nécessitant des soins palliatifs; dans le présent exemple, ces codes correspondent à la définition d'un diagnostic de type (3).



Exemple : Une patiente atteinte d'un cancer des ovaires reçoit des soins palliatifs dans le cadre d'un programme communautaire. Elle est admise à l'hôpital le 4 janvier pour recevoir un traitement antibiotique intraveineux afin de traiter une pneumonie. Le 6 janvier, son état se détériore. La famille est consultée et la décision est prise pour que des soins de confort seulement soient dispensés. La patiente décède paisiblement le 10 janvier.

Préfixe	Code	BDCP	Description
8	Z51.5	(M)	Soins palliatifs
	J18.9	(1)	Pneumonie, sans précision
	C56.9	(3)	Tumeur maligne de l'ovaire, non précisée comme unilatérale ou comme bilatérale

Justification : Selon la documentation, la patiente est admise pour le traitement d'une affection aiguë réversible; toutefois, son état s'est aggravé. Les soins palliatifs sont responsables de la plus grande proportion du séjour. Il est obligatoire d'attribuer C56.9, car il permet d'indiquer la présence de l'affection nécessitant des soins palliatifs; dans le présent exemple, ceci correspond à la définition d'un diagnostic de type (3). Le préfixe 8 est attribué avec Z51.5 parce que les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement de la patiente avant l'arrivée à l'établissement.



Exemple : Un patient est admis pour investigation en raison de symptômes gastriques. Le lendemain, une gastroscopie et une biopsie révèlent la présence d'une linité plastique. Le médecin fait part de son pronostic (cancer incurable) au patient. Le médecin rédige une ordonnance de ne pas réanimer, après quoi le patient a une consultation en soins palliatifs et le plan de traitement est changé pour des soins palliatifs. Le patient décède à l'hôpital 20 jours suivant l'ordonnance de soins palliatifs.

Code	BDCP	Description
Z51.5	(M)	Soins palliatifs
C16.9	(1) ou (W)	Tumeur maligne de l'estomac, sans précision

Justification : Au cours de l'admission, un diagnostic d'affection incurable est posé. Les soins palliatifs, maintenant devenus le plan de traitement, sont responsables de la plus grande proportion du séjour et des ressources. Le préfixe 8 n'est pas attribué parce que les soins palliatifs ne sont pas consignés comme étant un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement.



Exemple : Un patient est admis le 1^{er} janvier pour le traitement d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et il reçoit une médication pour cette affection. Le 8 janvier, son état se détériore et le médecin discute du mauvais pronostic avec le patient et sa famille. Le patient accepte de recevoir des soins de confort et tous les traitements considérés de mesure agressive sont arrêtés. Le patient exprime le souhait de mourir à la maison; il obtient donc son congé le 10 janvier. Des soins palliatifs lui sont dispensés à son domicile.

Code	BDCP	Description
I50.0	(M)	Insuffisance cardiaque congestive
Z51.5	(M) (1) ou (W)	Soins palliatifs

Justification : Z51.5 *Soins palliatifs* ne répond pas à la définition du diagnostic principal, car les soins palliatifs ne sont pas responsables de la plus grande proportion du séjour et de la majeure partie des ressources. Le type de diagnostic (1) ou (W) est attribué en raison du changement apporté au plan de traitement. Le préfixe 8 n'est pas attribué parce que les soins palliatifs ne sont pas consignés comme étant un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement.



Exemple : Un homme de 84 ans est trouvé inconscient à son domicile le 8 juin, à 16 h 45. À leur arrivée, les ambulanciers intubent le patient et le placent sous ventilation artificielle. À l'admission à l'hôpital, l'investigation révèle que le patient a subi un accident vasculaire cérébral hémorragique. Le médecin fait part du diagnostic et du mauvais pronostic à la famille. Comme il n'y a pas de traitement pouvant améliorer l'état du patient, le médecin recommande des soins palliatifs. La famille accepte le plan de traitement en soins palliatifs. Le patient est extubé à 19 h et est transféré dans une salle de soins palliatifs où il est maintenu confortable avec l'administration de morphine et de scopolamine par intraveineuse. Il décède le 9 juin, à 8 h 45.

Code	BDCP	Description
I61.9	(M)	Hémorragie intracérébrale, sans précision
Z51.5	(1) ou (W)	Soins palliatifs

Justification : Le dossier fait état de soins palliatifs après l'admission. Ceci constitue un changement de plan de traitement ainsi Z51.5 correspond à un diagnostic de type (1) ou (W). Lorsque la prestation de soins palliatifs est entreprise après l'admission, ces soins doivent représenter la plus grande proportion du séjour pendant au moins 24 heures afin d'être considérés comme le diagnostic principal. Dans le cas présent, les soins palliatifs ne représentent pas le diagnostic principal, car le patient est resté à l'hôpital moins de 24 heures. Le préfixe 8 n'est pas attribué parce que les soins palliatifs ne sont pas consignés comme étant un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement.



Exemple : Une femme de 50 ans atteinte d'un cancer du poumon droit non à petites cellules est admise le 17 juin et reçoit un diagnostic de pneumonie. Le médecin consigne que son pronostic est mauvais. La patiente décède le 19 juin.

Code	BDCP	Description
J18.9	(M)	Pneumonie, sans précision
C34.90	(3)	Tumeur maligne des bronches ou du poumon droits, sans précision

Justification : Le diagnostic de cancer à lui seul ne permet pas de supposer que les soins palliatifs font partie du plan de traitement. Z51.5 n'est attribué que lorsque les soins palliatifs sont consignés au dossier.

Aide médicale à mourir

En vigueur en 2018

En juin 2016, le gouvernement du Canada a adopté le projet de loi C-14, qui décriminalise l'aide médicale à mourir (AMAM) au pays.

En effet, selon le projet de loi, une personne adulte capable qui consent clairement à mettre fin à sa vie et qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition et pour qui la mort est raisonnablement prévisible a le droit à l'aide médicale à mourir².

Les données sur l'AMAM peuvent servir à éclairer les politiques sur la santé à venir, évaluer la réponse des systèmes de santé au Canada face à ce nouveau service, faciliter la recherche en santé sur les trajectoires des patients en fin de vie et accroître la compréhension des expériences des patients et des dispensateurs en ce qui a trait à ce nouveau service de santé.

La présente norme de codification fournit des directives pour l'attribution des codes de la CIM-10-CA et de la CCI dans les diverses circonstances vécues par les patients nécessitant une AMAM.

L'aide médicale à mourir et les soins palliatifs

L'AMAM n'est pas synonyme de soins palliatifs. Ces derniers font partie du continuum de soins de fin de vie et portent sur la prestation de « soins de confort », « soins de soutien » ou « soins de compassion », lorsqu'on estime qu'il est inutile de poursuivre une thérapie de maintien en vie ou curative chez un patient atteint d'une maladie irréversible ou au stade terminal. L'AMAM, en revanche, consiste à aider le patient à mettre fin à sa vie, car sa maladie ne peut être soulagée par des moyens acceptables pour le patient.

Z51.5 *Soins palliatifs* n'est pas attribué pour les cas d'AMAM, car il doit uniquement être attribué si les soins palliatifs constituent un élément connu du plan de traitement du patient avant l'arrivée à l'établissement ou du plan de traitement durant l'épisode de soins.

Reportez-vous également à la norme de codification [Soins palliatifs](#).

Consultation pour l'AMAM

Généralement, au moins une consultation a lieu au sujet de l'AMAM. Il peut s'agir d'une consultation pour la demande initiale d'AMAM ou d'une consultation de suivi pour discuter plus en détail du processus à entreprendre ou confirmer la décision de recevoir l'AMAM. Un code de la CCI est attribué pour chaque consultation sur l'AMAM effectuée au cours d'un épisode de soins. L'attribut de situation applicable permet de distinguer une première consultation d'une consultation de suivi.

Remarque

La consultation initiale peut avoir eu lieu dans un autre établissement avant l'épisode de soins actuel. Si une telle situation est connue, toute consultation sur l'AMAM effectuée après la consultation initiale est une consultation de suivi, sans égard au moment ni au lieu où la consultation initiale a été effectuée.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez 2.ZZ.02.PM *Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir*, obligatoire, pour chaque consultation effectuée au cours de l'épisode de soins.

- Attribuez, obligatoire, l'attribut de situation applicable :
 - U — consultation initiale; ou
 - V — consultation de suivi.

Remarque

Lorsque la consultation a lieu durant un épisode de soins au cours duquel l'AMAM n'est pas dispensée, il faut attribuer un code pour l'affection sous-jacente qui a fait l'objet de la demande d'AMAM comme diagnostic de type (1) accompagné du préfixe J.

Z51.81 *Aide à mourir* est attribué uniquement lorsque l'AMAM est dispensée au cours de l'épisode de soins en question.



Exemple : Un patient atteint du cancer de l'œsophage, qui reçoit des soins palliatifs à domicile, est admis à l'unité de soins palliatifs. Il demande l'AMAM un jour après son admission. En présence de la famille du patient, le médecin discute des options thérapeutiques disponibles puis du processus et de la procédure liés à l'AMAM. Le 11^e jour, avant de dispenser l'AMAM, le médecin, en présence de la famille du patient, veut confirmer que le patient souhaite toujours procéder à l'AMAM. C'est alors que le patient dit au médecin qu'il a changé d'avis et qu'il préfère laisser la nature suivre son cours. Le patient décède paisiblement 3 jours plus tard.

Préfixe	Code	BDCP	Description
8	Z51.5	(M)	Soins palliatifs
J	C15.9	(1)	Lésion maligne de l'œsophage, sans précision
	Z53.2	(3) Obligatoire	Acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées

Épisode d'intervention 1

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : U Consultation initiale

Épisode d'intervention 2

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : V Consultation de suivi

Justification : Le patient a demandé l'AMAM après son admission; toutefois, il a changé d'avis. Z51.81 n'est pas attribué, car l'AMAM n'a pas été dispensée au cours de cet épisode de soins. Z51.5 est attribué comme diagnostic principal, car les soins palliatifs occupent la majorité du séjour. Z53.2 est attribué comme diagnostic de type (3), obligatoire, pour indiquer que le patient a demandé l'AMAM, mais qu'il a changé d'avis. (Reportez-vous à la norme de codification [Interventions annulées](#).) C15.9 est attribué comme diagnostic de type (1) et le préfixe J est appliqué pour indiquer que le cancer de l'œsophage est l'affection sous-jacente qui a mené le patient à demander l'AMAM. 2.ZZ.02.PM est attribué 2 fois, soit une fois pour la consultation initiale et une autre pour la consultation de suivi.



Exemple : Un patient atteint de glioblastome multiforme au stade terminal, qui reçoit des soins palliatifs à domicile, est admis pour des investigations plus poussées visant à évaluer son état. Quatre jours après son admission, il demande l'AMAM. En présence de la famille du patient, le médecin passe en revue les options thérapeutiques disponibles puis le processus et la procédure liés à l'AMAM. Le sixième jour, l'infirmière trouve le patient inerte. Le médecin est appelé. Celui-ci prononce le décès du patient.

Préfixe	Code	BDCP	Description
8	Z51.5	(M)	Soins palliatifs
J	C71.9	(1)	Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision

Épisode d'intervention 1

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : U Consultation initiale

Justification : Le patient a demandé l'AMAM après son admission; toutefois, il est décédé avant que l'AMAM soit dispensée. Z51.81 n'est pas attribué, car l'AMAM n'a pas été dispensée au cours de cet épisode de soins. Z51.5 est attribué comme diagnostic principal, et C71.9 est attribué comme diagnostic de type (1) et le préfixe J est appliqué pour indiquer que le glioblastome multiforme est l'affection sous-jacente qui a mené le patient à demander l'AMAM. 2.ZZ.02.PM est attribué une fois, pour la consultation initiale.



Exemple : Une patiente atteinte du cancer des ovaires et présentant des métastases multiples (poumon, ascite, foie et cerveau) est transférée de l'hôpital A à la clinique de l'hôpital B pour recevoir une AMAM. Le médecin explique la procédure à la patiente et confirme que celle-ci souhaite recevoir l'AMAM. On lui administre les agents suivants par voie intraveineuse : midazolam, lidocaïne, propofol et cisatracurium.

Préfixe	Code	SNISA	Description
	Z51.81	(PP)	Aide à mourir
J	C56.9	(AP)	Tumeur maligne de l'ovaire, non précisée comme unilatérale ou bilatérale
J	C78.09	(AP)	Tumeur maligne secondaire du poumon, côté non précisé
J	C78.6	(AP)	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
J	C78.7	(AP)	Tumeur maligne secondaire du foie et du canal biliaire intrahépatique
J	C79.3	(AP)	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-P7 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique],
agents du système nerveux, utilisation d'agents hypnotiques
et de sédatifs

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-P1 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique],
agents du système nerveux, utilisation d'un agent anesthésique

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-N3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique],
agents du système musculosquelettique, utilisation d'un agent
relaxant musculaire

Épisode d'intervention 1

7.SC.08.PM Autres soins personnels pour l'aide à mourir

Méthode : DI Administré par le dispensateur de soins

Épisode d'intervention 1

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : V Consultation de suivi

Justification : La patiente est admise pour une AMAM planifiée. Par conséquent, Z51.81 est attribué comme problème principal. C56.9, C78.09, C78.6, C78.7 et C79.3 sont attribués comme autres problèmes et le préfixe J est attribué pour indiquer que le cancer des ovaires avec métastases multiples est l'affection sous-jacente qui a mené la patiente à demander l'AMAM. Un code de la CCI est attribué pour chaque agent pharmaceutique administré pour faciliter le décès ainsi que 7.SC.08.PM. 7.SC.08.PM est attribué pour indiquer que l'AMAM a été dispensée au cours de l'épisode de soins en question.

Remarque : 1.ZZ.35.HA-P1 est attribué une seule fois pour la lidocaïne et le propofol, car ces deux agents sont classés sous le même qualificateur d'agent (P1). 2.ZZ.02.PM est attribué pour la consultation. La consultation initiale a eu lieu à l'hôpital A. Par conséquent, l'attribut de situation « V » est appliqué à 2.ZZ.02.PM pour indiquer qu'il s'agit d'une consultation de suivi.

Admission planifiée pour l'aide médicale à mourir

Toute demande d'AMAM doit passer par une période d'attente imposée par la loi. Au cours de cette période d'attente, le patient peut rester chez lui ou dans un établissement qui ne dispense pas d'AMAM. Une fois cette période écoulée, le patient peut être admis pour recevoir une AMAM planifiée. Dans cette circonstance, les directives ci-dessous entrent en vigueur.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez Z51.81 *Aide à mourir* comme diagnostic principal/problème principal si le patient reçoit une aide médicale à mourir (AMAM) planifiée **et** décède en conséquence.

- Attribuez un code supplémentaire pour identifier chaque affection pour laquelle l'AMAM a été demandée, obligatoire, comme diagnostic de type (1)/autre problème.
- Attribuez le préfixe J, obligatoire, à chaque code décrivant l'affection sous-jacente.

Remarque

N'appliquez pas le préfixe J au code Z51.81.

Le préfixe J permet d'identifier la ou les affections sous-jacentes pour laquelle l'AMAM a été demandée ou dispensée. Reportez-vous au champ 01 du groupe 10 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et à l'élément de données 43 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

Directives pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de la rubrique 1.ZZ.35.^*Pharmacothérapie, corps entier*, obligatoire, pour chaque agent administré aux fins de l'AMAM; et



Attribuez 7.SC.08.PM *Autres soins personnels pour l'aide à mourir*, obligatoire.

- Appliquez l'attribut de méthode applicable, obligatoire :

DI Administré par le dispensateur de soins; ou

SD Administré par soi-même (patient).

Remarque

Si les agents pharmaceutiques précis administrés pour dispenser l'AMAM ne sont pas consignés au dossier (p. ex. une combinaison d'agents pour l'AMAM a été utilisée ou les agents administrés ne sont pas précisés), attribuez le code suivant :

1.ZZ.35.HA-T9 *Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], différents agents systémiques, utilisation d'un agent pharmacologique NCA*

Remarque

L'anesthésie fait partie intégrante de l'intervention d'AMAM. Donc, lorsqu'un agent anesthésique comme le propofol est administré au cours d'une intervention d'AMAM, il est considéré comme un moyen visant à dispenser l'AMAM plutôt qu'à anesthésier le patient. Il est obligatoire de consigner la date du début de l'épisode d'intervention lorsque l'AMAM est dispensée, et il est obligatoire de consigner la technique anesthésique lorsque la date du début de l'épisode d'intervention est inscrite. Par conséquent, inscrivez la technique anesthésique 8 — *Aucune anesthésie ou interventions entreprises avant l'admission* sur l'abrégié lorsque l'AMAM est dispensée. Reportez-vous au champ 12 du groupe 11 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et à l'élément de données 53 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.



Exemple : Une patiente souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en phase terminale est admise depuis son domicile pour une AMAM planifiée. En présence de la famille de la patiente, le médecin explique la procédure à la patiente et confirme que celle-ci souhaite recevoir l'AMAM. On lui administre les agents suivants par voie intraveineuse : midazolam, lidocaïne, propofol et cisatracurium.

Préfixe	Code	BDCP	Description
	Z51.81	(M)	Aide à mourir
J	J44.9	(1)	Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-P7 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents du système nerveux, utilisation d'agents hypnotiques et de sédatifs

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-P1 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents du système nerveux, utilisation d'un agent anesthésique

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-N3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents du système musculosquelettique, utilisation d'un agent relaxant musculaire

Épisode d'intervention 1

7.SC.08.PM Autres soins personnels pour l'aide à mourir

Méthode : DI Administré par le dispensateur de soins

Épisode d'intervention 1

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : V Consultation de suivi

Justification : La patiente est admise pour une AMAM planifiée. Par conséquent, Z51.81 est attribué comme problème principal. J44.9 est attribué comme diagnostic de type (1) et le préfixe J est attribué pour indiquer que la MPOC en phase terminale est l'affection sous-jacente qui a mené la patiente à demander l'AMAM. Un code de la CCI est attribué

pour chaque agent pharmaceutique administré dans le but de faciliter le décès ainsi que 7.SC.08.PM. 7.SC.08.PM est attribué pour indiquer que l'AMAM a été dispensée au cours de l'épisode de soins en question. **Remarque** : 1.ZZ.35.HA-P1 est attribué une seule fois pour la lidocaïne et le propofol, car ces deux agents sont classés sous le même qualificateur d'agent (P1). 2.ZZ.02.PM est attribué pour la consultation.



Exemple : Un patient chez qui on avait diagnostiqué un cancer de l'œsophage reçoit des soins palliatifs à domicile en attendant de recevoir l'AMAM. Il est admis à la clinique où le médecin passe en revue la procédure et confirme que le patient est d'accord pour recevoir l'AMAM. On lui administre les agents suivants par voie intraveineuse : midazolam, lidocaïne, propofol et cisatracurium.

Préfixe	Code	SNISA	Description
	Z51.81	(MP)	Aide à mourir
J	C15.9	(OP)	Lésion maligne de l'œsophage, sans précision
8	Z51.5	(OP)	Soins palliatifs

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-P7 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents du système nerveux, utilisation d'agents hypnotiques et de sédatifs

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-P1 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents du système nerveux, utilisation d'un agent anesthésique

Épisode d'intervention 1

1.ZZ.35.HA-N3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], agents du système musculosquelettique, utilisation d'un agent relaxant musculaire

Épisode d'intervention 1

7.SC.08.PM Autres soins personnels pour l'aide à mourir

Méthode : DI Administré par le dispensateur de soins

Épisode d'intervention 1

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : V Consultation de suivi

Justification : Le patient est admis pour une AMAM planifiée. Par conséquent, Z51.81 est attribué comme problème principal. C15.9 est attribué comme autre problème et le préfixe J est attribué pour indiquer que le cancer de l'œsophage est l'affection sous-jacente qui a mené le patient à demander l'AMAM. Z51.5 est attribué avec le préfixe 8, car le patient recevait des soins palliatifs avant l'arrivée à l'établissement. Un code de la CCI est attribué pour chaque agent pharmaceutique administré dans le but de faciliter le décès ainsi que 7.SC.08.PM. 7.SC.08.PM est attribué pour indiquer que l'AMAM a été dispensée au cours de l'épisode de soins en question.

Remarque : 1.ZZ.35.HA-P1 est attribué une seule fois pour la lidocaïne et le propofol, car ces deux agents sont classés sous le même qualificateur d'agent (P1). 2.ZZ.02.PM est attribué pour la consultation.

Aide médicale à mourir dispensée au cours de l'épisode de soins

Lorsqu'un patient demande l'AMAM au cours d'un épisode de soins, il peut passer la période d'attente imposée par la loi dans un lit en soins de courte durée pour patients hospitalisés ou dans un lit en soins palliatifs. Cette situation prolonge la durée du séjour. Dans ce cas, les directives ci-dessous s'appliquent.

Directive pour la BDCP seulement



Attribuez un code pour identifier chaque affection pour laquelle l'AMAM a été demandée, obligatoire, comme diagnostic de type significatif.

- Attribuez le préfixe J, obligatoire, à chaque code décrivant l'affection sous-jacente.

Remarque

N'appliquez pas le préfixe J au code Z51.81.

Le préfixe J permet d'identifier l'affection sous-jacente pour laquelle l'AMAM a été demandée ou dispensée. Reportez-vous au champ 01 du groupe 10 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et l'élément de données 43 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

Attribuez Z51.81 *Aide à mourir* comme diagnostic de type (1) si le patient reçoit une aide médicale à mourir au cours de l'épisode de soins **et** qu'il décède en conséquence.

Remarque

Il ne faut pas attribuer Z51.81 *Aide à mourir* comme diagnostic de type (2) ou (3).

Directives pour la BDCP seulement



Attribuez un code de la rubrique 1.ZZ.35.^*Pharmacothérapie, corps entier*, obligatoire, pour chaque agent administré aux fins de l'AMAM; et



Attribuez 7.SC. 08.PM *Autres soins personnels pour l'aide à mourir, obligatoire*.

- Appliquez l'attribut de méthode applicable, obligatoire :

DI Administré par le dispensateur de soins; ou

SD Administré par soi-même (patient).

Remarque

Si les agents pharmaceutiques précis administrés pour dispenser l'AMAM ne sont pas consignés au dossier (p. ex. une combinaison d'agents pour l'AMAM a été utilisée ou les agents administrés ne sont pas précisés), attribuez le code suivant :

1.ZZ.35.HA-T9 *Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique], différents agents systémiques, utilisation d'un agent pharmacologique NCA*

Remarque

L'anesthésie fait partie intégrante de l'intervention d'AMAM. Donc, lorsqu'un agent anesthésique comme le propofol est administré au cours d'une intervention d'AMAM, il est considéré comme un moyen visant à dispenser l'AMAM plutôt qu'à anesthésier le patient. Il est obligatoire de consigner la date du début de l'épisode d'intervention lorsque l'AMAM est dispensée, et il est obligatoire de consigner la technique anesthésique lorsque la date du début de l'épisode d'intervention est inscrite. Par conséquent, inscrivez la technique anesthésique 8 — Aucune anesthésie ou interventions entreprises avant l'admission sur l'abrégé lorsque l'AMAM est dispensée. Reportez-vous au champ 12 du groupe 11 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et à l'élément de données 53 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.



Exemple : Un patient atteint de sclérose en plaques est admis à l'hôpital immobile et souffrant de douleurs irréductibles. On lui administre de la morphine par voie sous-cutanée pour soulager la douleur. Le patient souffre également d'insuffisance cardiaque congestive. Il demande l'AMAM le troisième jour de son hospitalisation, qui a duré 13 jours. En présence de la famille du patient, le médecin passe en revue les options thérapeutiques disponibles puis le processus et la procédure liés à l'AMAM. Le 13^e jour, avant de dispenser l'AMAM, le médecin confirme, en présence de la famille du patient, que celui-ci est d'accord pour recevoir l'AMAM. On lui administre les agents suivants par voie intraveineuse : midazolam, lidocaïne, propofol et rocuronium.

Préfixe	Code	BDCP	Description
J	G35	(M)	Sclérose en plaques
	Z51.81	(1)	Aide à mourir
	I50.0	(3)	Insuffisance cardiaque congestive

- 1.ZZ.35.HA-P7 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique],
agents du système nerveux, utilisation d'agents hypnotiques
et de sédatifs
- 1.ZZ.35.HA-P1 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique],
agents du système nerveux, utilisation d'un agent anesthésique
- 1.ZZ.35.HA-N3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique],
agents du système musculosquelettique, utilisation d'un agent
relaxant musculaire
- 7.SC.08.PM Autres soins personnels pour l'aide à mourir
Méthode : DI Administré par le dispensateur de soins
- 2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir
Situation : U Consultation initiale
- 2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir
Situation : V Consultation de suivi

Justification : C'est après son admission que le patient a demandé l'AMAM, qui a été dispensée au cours de cet épisode de soins. Par conséquent, Z51.81 est attribué comme diagnostic de type (1). G35 est attribué comme diagnostic principal et le préfixe J est attribué pour indiquer que la sclérose en plaques est l'affection sous-jacente qui a mené le patient à demander l'AMAM. I50.0 est attribué comme diagnostic de type (3), facultatif. Bien que l'insuffisance cardiaque congestive aurait pu contribuer à la demande d'AMAM par le patient, cette pathologie n'est pas l'affection sous-jacente qui a mené le patient à demander l'AMAM. De plus, il n'existe aucune documentation qui indique que l'insuffisance cardiaque congestive répond aux critères de significativité.

Un code de la CCI est attribué pour chaque agent pharmaceutique administré pour faciliter le décès ainsi que 7.SC.08.PM. 7.SC.08.PM est attribué pour indiquer que l'AMAM a été dispensée au cours de l'épisode de soins en question. **Remarque :** 1.ZZ.35.HA-P1 est attribué une seule fois pour la lidocaïne et le propofol, car ces deux agents sont classés sous le même qualificateur d'agent (P1). 2.ZZ.02.PM est attribué deux fois, soit une fois pour la consultation initiale et une autre pour la consultation de suivi.



Exemple : Un patient est admis pour une sclérose latérale amyotrophique (SLA). Il est également atteint de diabète sucré de type 2 avec insuffisance rénale au stade terminal. Il est examiné par un néphrologue qui recommande l'hémodialyse. Le patient la refuse. 15 jours après son admission, le patient demande l'AMAM avant que la SLA évolue davantage. Le 17^e jour, le patient est transféré aux soins palliatifs. Le 20^e jour, le patient demande à revoir le médecin au sujet de sa demande d'AMAM. Le 27^e jour, le médecin confirme, en présence de la famille du patient, que celui-ci est d'accord pour recevoir l'AMAM. On lui administre les agents suivants par voie intraveineuse : midazolam, lidocaïne, propofol et rocuronium.

Préfixe	Code	BDCP	Description
J	G12.20	(M)	Sclérose latérale amyotrophique
	Z51.81	(1)	Aide à mourir
	E11.23	(1)	Diabète sucré de type 2 avec maladie rénale avérée ou avancée
	N08.35	(3)	Glomérulopathie au cours du diabète sucré, maladie rénale chronique, stade 5
	Z51.5	(1)	Soins palliatifs

- 1.ZZ.35.HA-P7 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique],
agents du système nerveux, utilisation d'agents hypnotiques
et de sédatifs
- 1.ZZ.35.HA-P1 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique],
agents du système nerveux, utilisation d'un agent anesthésique
- 1.ZZ.35.HA-N3 Pharmacothérapie, corps entier, approche percutanée
[intramusculaire, intraveineuse, souscutanée, intradermique],
agents du système musculosquelettique, utilisation d'un agent
relaxant musculaire

7.SC.08.PM Autres soins personnels pour l'aide à mourir

Méthode : DI Administré par le dispensateur de soins

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : U Consultation initiale

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : V Consultation de suivi

2.ZZ.02.PM Évaluation (examen), corps entier, aide à mourir

Situation : V Consultation de suivi

Justification : C'est après son admission que le patient a demandé l'AMAM, qui a été dispensée au cours de cet épisode de soins. Par conséquent, Z51.81 est attribué comme diagnostic de type (1). G12.20 est attribué comme diagnostic principal et le préfixe J est attribué pour indiquer que la SLA est l'affection sous-jacente qui a mené le patient à demander l'AMAM. E11.23 est attribué comme diagnostic de type (1) et N08.35, comme diagnostic de type (3), car le patient a été vu en consultation par un néphrologue. Bien que le diabète sucré de type 2 et l'insuffisance rénale au stade terminal auraient pu contribuer à la demande d'AMAM par le patient, la SLA est l'affection sous-jacente qui a mené le patient à demander l'AMAM.

Un code de la CCI est attribué pour chaque agent pharmaceutique administré dans le but de faciliter le décès ainsi que 7.SC.08.PM. 7.SC.08.PM est attribué pour indiquer que l'AMAM a été dispensée au cours de l'épisode de soins en question. **Remarque :** 1.ZZ.35.HA-P1 est attribué une seule fois pour la lidocaïne et le propofol, car ces deux agents sont classés sous le même qualificateur d'agent (P1). 2.ZZ.02.PM est attribué trois fois, une fois pour la consultation initiale et deux fois pour les deux consultations de suivi.

Remarque

Reportez-vous à la norme de codification [Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements](#) pour les directives permettant de classer les effets indésirables provoqués par les agents administrés pour l'AMAM. N'attribuez pas le préfixe J pour les codes décrivant les effets indésirables au cours de l'usage thérapeutique.

Appliquez l'indicateur de série à l'ensemble des codes utilisés pour décrire un effet indésirable au cours de l'usage thérapeutique, conformément à la directive précisée dans la norme de codification. N'appliquez pas l'indicateur de série au code Z51.81 *Aide médicale à mourir* ni au(x) code(s) désignant l'affection sous-jacente pour laquelle l'AMAM a été demandée ou dispensée.

Nourrissons et mères en pension à l'hôpital

En vigueur depuis 2001, modifié en 2006, 2008

Directive pour la BDCP seulement

B Lorsqu'une mère est admise pour des soins précoces du post-partum et que le nouveau-né en bonne santé est également admis en tant que pensionnaire à l'hôpital, attribuez l'un des codes suivants comme diagnostic principal sur l'abrégé du nouveau-né :

- *Z76.2 Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé* lorsque le personnel infirmier se charge de surveiller le nouveau-né et de lui prodiguer des soins.
- *Z76.3 Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade* lorsque la mère elle-même prend soin de son enfant.

Abrégé du nouveau-né

B Exemple : Un nouveau-né de sexe masculin en santé est admis avec sa mère qui nécessite des soins précoces du post-partum. Le nouveau-né reçoit des soins et est supervisé par le personnel infirmier.

Code	BDCP	Description
Z76.2	(M)	Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé

Abrégé du nouveau-né

B Exemple : Un nouveau-né de sexe masculin en santé est admis avec sa mère qui nécessite des soins précoces du post-partum. Le nouveau-né est placé dans la même chambre que sa mère et celle-ci s'occupe de lui donner tous les soins nécessaires.

Code	BDCP	Description
Z76.3	(M)	Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade

Directive pour la BDCP seulement



Lorsqu'un bébé est malade et que sa mère est admise afin de pouvoir en prendre soin et le surveiller, attribuez Z76.3 *Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade* comme diagnostic principal sur l'abrégié de la mère.

Abrégé de la mère



Exemple : Pour des raisons de distance et des circonstances familiales, une mère en santé est admise pour prendre soin de son nouveau-né malade et l'allaiter.

Code	BDCP	Description
Z76.3	(M)	Personne en bonne santé accompagnant un sujet malade
Z39.1	(3)	Soins et examens de l'allaitement maternel (facultatif)

Justification : Z76.3 s'applique à toute personne en santé présente à l'hôpital dans le seul but d'accompagner une personne malade. Dans le cas présent, il s'agit de la mère. Z39.1 peut également être attribué comme diagnostic de type (3) pour indiquer que la mère allaite.

Itinérance

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2018, modifié en 2022

« Que l'itinérance soit la cause ou la conséquence d'une mauvaise santé, elle représente néanmoins un problème fondamental de santé au Canada. L'itinérance affecte un nombre considérable de Canadiens de tous les âges et est associée à un nombre important de maladies. Cependant, le système de soins de santé ne satisfait pas aux besoins des personnes sans abri³. » Le suivi de l'utilisation des soins de santé par les personnes sans abri est important pour comprendre les initiatives visant à réduire l'itinérance.

Selon l'Observatoire canadien sur l'itinérance, l'itinérance englobe une variété de situations de vie physiques, notamment vivre dans la rue ou dans des endroits qui ne sont pas conçus pour le logement des êtres humains (p. ex. trottoirs, parcs, voitures), passer la nuit dans des refuges de nuit ou vivre dans des logements temporaires (p. ex. motels, maisons de chambres, séjours chez des amis ou de la famille, « couch surfing », logements temporaires pour les immigrants et les réfugiés durant leur processus d'établissement au pays)⁴.

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez Z59.0 *Sans abri* comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire, lorsque cette situation est consignée au dossier.

Remarque

Pour les cas de patients hospitalisés, lorsque Z59.0 *Sans abri* est attribué comme code Z associé au service 99 — niveau de soins alternatif (NSA), la directive ci-dessus est respectée. Ne répétez pas Z59.0 comme diagnostic de type (3).

La documentation sur l'itinérance n'est pas limitée à celle qui est fournie par les médecins. L'objectif est d'attribuer un code pour l'itinérance lorsque celle-ci est consignée lors de l'examen de routine du dossier, et non de mener une recherche exhaustive de la documentation secondaire pour y trouver une référence à l'itinérance. L'itinérance peut être documentée à tout moment durant l'épisode de soins du patient.



Exemple : Un patient âgé de 60 ans est admis en raison d'une bronchite. Le dossier indique que ce patient habite dans un refuge pour hommes.

Code	BDCP	SNISA	Description
J40	(M)	PP	Bronchite, non précisée comme aiguë ou chronique
Z59.0	(3)	AP	Sans abri

Justification : Étant donné que l'itinérance est consignée au dossier, il est obligatoire d'attribuer Z59.0.

Remarque

Pour de plus amples renseignements sur les patients sans abri ou transitoires, reportez-vous aux champs 02, 03 et 06 du groupe 03, au champ 04 du groupe 05 et à la section 3 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et aux éléments de données 04, 05 et 06 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes

En vigueur depuis 2001, modifié en 2002, 2006, 2007, 2008, 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Utilisez le critère suivant pour déterminer quand il est nécessaire d'attribuer un code de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne*.

- La tumeur maligne a été complètement éliminée ou excisée **et** le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements (y compris un traitement adjuvant).

Remarque

Les codes des catégories Z80 *Antécédents familiaux de tumeur maligne* et Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne* ne doivent jamais être enregistrés comme diagnostic principal/problème principal.

Remarque

Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne* est obligatoire uniquement dans certaines circonstances.

Reportez-vous aux normes de codification suivantes :

- [*Antécédents personnels de tumeurs malignes primitives du sein, du poumon et de la prostate*](#)
- [*Tumeurs primitives et secondaires*](#)
- [*Tumeurs malignes récurrentes*](#)

S Exemple : Une femme se présente au service d'urgence pendant la fin de semaine pour faire changer son pansement médicamenté. Elle a subi une mastectomie (pour un cancer du sein) la semaine précédente et a un rendez-vous pour une séance de chimiothérapie.

Code	SNISA	Description
Z48.0	PP	Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux
C50.99	AP	Tumeur maligne du sein, partie non précisée, côté non précisé (facultatif)

1.YS.14.JA-H1 Pansement, peau de l'abdomen et du tronc, utilisation d'un pansement médicamenteux (facultatif)

Justification : Z85.– n'est pas attribué parce que la patiente est toujours sous traitement. Reportez-vous également à la norme de codification [Admission pour examen de contrôle](#).

BS Exemple : Un patient ayant subi une prostatectomie radicale cinq ans auparavant se présente pour un traitement de métastases osseuses.

Code	BDCP	SNISA	Description
C79.5	(M)	PP	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
Z85.4	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes génitaux (obligatoire)

Justification : Lorsqu'un patient reçoit un diagnostic de tumeur maligne secondaire, il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire afin de désigner le site primaire. Z85.4 est sélectionné parce que le traitement visant le site primaire est terminé. Reportez-vous également à la norme de codification [Tumeurs primitives et secondaires](#).

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez un code de la catégorie Z80 *Antécédents familiaux de tumeur maligne*, facultatif, avec le type de diagnostic (3)/autre problème afin de préciser la raison d'un examen ou d'une chirurgie prophylactique.

B Exemple : Une patiente présentant d'importants antécédents familiaux (côté de la mère) de tumeur maligne du sein est admise pour subir des mastectomies totales simples bilatérales prophylactiques.

Code	BDCP	Description
Z40.00	(M)	Ablation du sein à titre prophylactique
Z80.3	(3)	Antécédents familiaux de tumeur maligne du sein (facultatif)

1.YM.89.^ ^ Excision totale, sein (approche codifiée avec les qualificateurs)

Lieu : B

BS Exemple : Une patiente a d'importants antécédents familiaux de cancer du côlon. Elle est admise pour une colonoscopie non urgente pour dépistage de la maladie. Aucune maladie n'est détectée à cet examen.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z12.1	(M)	PP	Examen spécial de dépistage de tumeur de l'intestin
Z80.0	(3)	AP	Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs (facultatif)

2.NM.70.BA-BJ Inspection, gros intestin, approche endoscopique par voie naturelle (ou via un abouchement) et coloscope

Reportez-vous également aux normes de codification [Ablation d'un organe à titre prophylactique](#) et [Dépistage de maladies précises](#).

Antécédents personnels de tumeurs malignes primitives du sein, du poumon et de la prostate

En vigueur depuis 2015

Directive pour la BDCP et le SNISA



Attribuez un code de la sous-catégorie Z85.11– *Antécédents personnels de tumeur maligne des bronches et des poumons* ou Z85.3– *Antécédents personnels de tumeur maligne du sein*, **ou** encore attribuez Z85.4 *Antécédents personnels de tumeur maligne des organes génitaux*, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsque **tous** les critères suivants sont satisfaits :

- antécédents personnels de tumeur maligne primitive du sein, du poumon ou de la prostate;
- la tumeur précédente a été complètement éliminée ou excisée;
- le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements (y compris un traitement adjuvant);
- l'épisode de soins actuel porte sur un examen de contrôle, l'ablation d'un organe à titre prophylactique ou une chirurgie reconstructive.

Remarque

Les codes de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne* ne sont jamais inscrits comme diagnostic principal/problème principal.

Reportez-vous également aux normes de codification [Admission pour examen de contrôle](#), [Antécédents personnels et familiaux de tumeurs malignes](#), [Ablation d'un organe à titre prophylactique](#), [Tumeurs malignes récurrentes](#) et [Tumeurs primitives et secondaires](#).

BS Exemple : Une patiente ayant des antécédents personnels de tumeur maligne primitive du sein (pas de maladie résiduelle) choisit de subir une mastectomie totale du sein droit non cancéreux.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z40.00	(M)	PP	Ablation du sein à titre prophylactique
Z85.30	(3)	AP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein droit

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne* dans cet exemple, car les quatre critères sont satisfaits. La patiente a des antécédents de tumeur maligne primitive du sein; la tumeur maligne précédente a été complètement excisée; le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements et l'épisode de soins actuel consiste en l'ablation d'un organe à titre prophylactique.

BS Exemple : Un patient a subi, il y a deux ans, une excision du lobe supérieur gauche du poumon en raison d'une tumeur maligne primitive. Il est vu pour une bronchoscopie de contrôle : l'examen est négatif.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z08.0	(M)	MP	Examen de contrôle après traitement chirurgical d'une tumeur maligne
Z85.111	(3)	OP	Antécédents personnels de tumeur maligne des bronches et du poumon gauches

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne* dans cet exemple, car les quatre critères sont satisfaits. Le patient a des antécédents de tumeur maligne primitive du poumon; la tumeur maligne précédente a été complètement excisée; le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements et l'épisode de soins actuel consiste en un examen de contrôle.

BS Exemple : Le patient a terminé, il y a six mois, une radiothérapie en raison d'une tumeur maligne primitive de la prostate. Il est vu pour un examen de contrôle de la prostate par endoscopie : le résultat est négatif.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z08.1	(M)	MP	Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne
Z85.4	(3)	OP	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes génitaux

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne* dans cet exemple, car les quatre critères sont satisfaits. Le patient a des antécédents de tumeur maligne primitive de la prostate; la tumeur maligne précédente a été complètement excisée; le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements et l'épisode de soins actuel consiste en un examen de contrôle.

BS Exemple : Une patiente ayant subi par le passé une mastectomie totale du sein gauche en raison d'une tumeur maligne primitive du sein se présente pour une reconstruction mammaire avec implantation d'une prothèse au sein gauche.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z42.1	(M)	MP	Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein
Z85.31	(3)	OP	Antécédents personnels de tumeur maligne du sein gauche

Justification : Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z85 *Antécédents personnels de tumeur maligne* dans cet exemple, car les quatre critères sont satisfaits. La patiente a des antécédents de tumeur maligne primitive du sein; la tumeur maligne précédente a été complètement excisée; le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements et l'épisode de soins actuel consiste en une chirurgie reconstructive.



Exemple : Une patiente ayant des antécédents de cancer du sein droit, qui a été traitée il y a un an par mastectomie totale, est admise pour l'ablation du sein gauche à titre prophylactique en raison du risque de tumeur maligne. Elle poursuivra la thérapie au tamoxifène ciblant le cancer du sein droit pendant six mois.

Code	BDCP	SNISA	Description
Z40.00	(M)	MP	Ablation du sein à titre prophylactique
C50.90	(3)	OP	Tumeur maligne du sein droit, partie non précisée

Justification : Les critères n'ont pas été entièrement satisfaits. La patiente reçoit un traitement adjuvant (tamoxifène) ciblant le cancer du sein droit; par conséquent, Z85.30 *Antécédents personnels de tumeur maligne du sein droit* n'est pas attribué.

Référence

1. Organisation mondiale de la santé. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems \(ICD-10\), Tenth Revision, Volume 1](#). 2010.
2. Ministère de la justice, Gouvernement du Canada. [Au sujet du projet de loi](#). Consulté le 3 août 2017.
3. Le rond-point de l'itinérance. [Santé](#). Consulté le 1^{er} juin 2017.
4. Observatoire canadien sur l'itinérance. [La définition canadienne de l'itinérance](#). 2012.

Chapitre XXIII — Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires

Pandémies et épidémies (COVID-19)

En vigueur depuis 2021

Cette nouvelle norme de codification fournit des directives sur la classification d'un diagnostic de maladie à l'origine d'une épidémie ou d'une pandémie.

Une épidémie est l'apparition rapide d'une maladie infectieuse contagieuse qui frappe en même temps et en un même endroit un nombre disproportionné de personnes.

Une pandémie est l'apparition rapide d'une maladie infectieuse contagieuse qui s'étend à la totalité d'une région ou d'un continent, voire au monde entier. Les pandémies soulèvent des préoccupations à l'échelle nationale et internationale.

Lorsqu'une nouvelle pandémie ou une nouvelle épidémie est déclarée, il est important d'identifier spécifiquement les cas dans les données. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) autorise donc les états membres à utiliser un code précis et unique du chapitre XXIII — Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournit ensuite le code et les directives de codification pour le Canada. Les codificateurs sont tenus de signaler ces cas jusqu'à ce que le code ait été déterminé et que l'ICIS ait fourni ses directives.

Directive pour la BDCP et le SNISA

BS Lorsqu'une **nouvelle** maladie engendre la déclaration de l'état de pandémie ou d'épidémie, attendez que l'ICIS communique le ou les codes précis et uniques à utiliser avant de classer le cas.

- Attribuez le code précis et unique à la nouvelle maladie pandémique ou épidémique, conformément aux directives de l'ICIS.

COVID-19

En raison de la nature évolutive de la pandémie de COVID-19, les directives relatives à l'attribution des codes de COVID-19 seront mises à jour dans un addenda aux *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI*. Pour obtenir les directives sur l'attribution des codes de COVID-19, consultez l'*Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19)*, qui se trouve sur la page Web [Codification et classification](#) de l'ICIS.

Trouble lié au vapotage

[Voir la description des changements à l'annexe C.](#)

En vigueur depuis 2022

Cette nouvelle norme de codification fournit des directives sur la classification d'un diagnostic de trouble lié au vapotage.

L'Organisation mondiale de la santé donne la [description clinique suivante du trouble lié au vapotage](#) : Trouble résultant de l'inhalation d'un liquide vaporisé (aérosol) qui contient souvent des aromatisants, généralement dissous dans du propylène glycol et/ou de la glycérine, qui peut contenir ou non de la nicotine et d'autres substances et additifs, et qui est inhalé avec un inhalateur électronique de nicotine ou un inhalateur électronique sans nicotine. Chez la personne affectée, les infections comme cause des dommages sont peu probables ou auraient dû être exclues. Des résultats pertinents comprennent la présence avérée d'infiltrats pulmonaires (p. ex. radiographie simple du thorax montrant des opacités, ou tomodensitogramme du thorax montrant des opacités en verre dépoli). [Traduction]

Les termes suivants sont des synonymes du trouble lié au vapotage :

- Atteinte ou lésion pulmonaire liée au « dabbing » (tamponnage)
- Trouble associé au « dabbing » (tamponnage)
- Atteinte ou lésion pulmonaire liée à l'utilisation d'une cigarette électronique
- Maladie pulmonaire associée au vapotage (MPAV)
- Lésion par inhalation attribuable au vapotage

Directives pour la BDCP et le SNISA

BS Attribuez U07.0 *Trouble lié au vapotage*, **obligatoire**, lorsque le médecin ou le dispensateur de soins primaires a inscrit au dossier un diagnostic **confirmé** de trouble lié au vapotage ou un synonyme (p. ex. maladie pulmonaire associée au vapotage [MPAV]), peu importe la significativité.

BS Attribuez des codes supplémentaires, **obligatoire**, pour les manifestations d'un trouble lié au vapotage, le cas échéant (p. ex. pneumonie, insuffisance respiratoire aiguë).

Remarque

L'attribution des types de diagnostics ainsi que du problème principal et des autres problèmes dépend de la documentation clinique et des circonstances de l'épisode de soins.

Remarque

Lorsque la documentation n'indique pas clairement si le diagnostic est synonyme de trouble lié au vapotage, demandez des précisions au médecin ou au dispensateur de soins primaires.

Remarque

N'attribuez **pas** U07.0 *Trouble lié au vapotage* lorsque la documentation indique que le patient vapote ou utilise un dispositif de vapotage, mais qu'aucun diagnostic de trouble lié au vapotage n'est consigné. U07.0 ne doit **pas** être utilisé comme indicateur des patients qui vapotent. Lorsque le dossier mentionne seulement que le patient vapote (peu importe la terminologie utilisée), attribuez Z72.80 *Utilisation d'un dispositif de vapotage (vapoteur)*, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins en information de l'établissement.



Exemple : Un patient est admis à l'unité de soins intensifs depuis le service d'urgence en raison d'une insuffisance respiratoire aiguë hypoxique grave due à l'inhalation d'un concentré de tétrahydrocannabinol (ambre de cannabis) avec un dispositif de vapotage. Le patient est intubé et mis sous ventilation. Un cathéter central introduit par voie périphérique (CCIVP) est inséré. La radiographie thoracique révèle un épanchement pleural basilaire du côté droit ainsi qu'une atélectasie et une opacification accrue dans le lobe inférieur gauche. L'examen de tomodensitométrie (TDM) montre des zones de consolidation entourées d'opacités en verre dépoli ainsi que des zones de dense consolidation sous-pleurale périphérique.

Diagnostic final : Insuffisance respiratoire aiguë hypoxique due à une lésion par inhalation d'ambre de cannabis avec un dispositif de vapotage

Code	BDCP	Description
U07.0	(M)	Trouble lié au vapotage
J96.00	(1)	Insuffisance respiratoire aiguë, type I [hypoxique]

Justification : Le médecin a consigné au dossier que l'insuffisance respiratoire aiguë était due à une lésion pulmonaire par inhalation d'ambre de cannabis avec un dispositif de vapotage. Le trouble lié au vapotage est classé à U07.0 comme diagnostic principal, soit l'affection principalement responsable du séjour du patient à l'hôpital. Un code supplémentaire (J96.00) est attribué, **obligatoire**, pour la manifestation (insuffisance respiratoire aiguë) comme diagnostic de type (1).



Exemple : Un patient se rend à l'hôpital en raison d'un essoufflement de plus en plus marqué depuis 10 jours. Il a des antécédents d'asthme avec pneumonie récurrente, et présente maintenant une insuffisance respiratoire aiguë hypoxique. Le diagnostic différentiel comprend les affections suivantes : pneumonie inflammatoire infectieuse, maladie pulmonaire associée au vapotage (MPAV), pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*, pneumonite par hypersensibilité et pneumonie éosinophilique. La radiographie thoracique montre un pneumothorax apical droit de faible importance dans un contexte de maladie pulmonaire emphysémateuse. Une bronchoscopie avec lavage bronchoalvéolaire révèle la présence de cellules mixtes évoquant une bronchiolite oblitérante avec pneumopathie organisée. Le patient reçoit donc de la prednisone pour le traitement d'une bronchiolite oblitérante avec pneumopathie organisée due à une MPAV.

Diagnostic final : Pneumopathie organisée due à une MPAV et pneumothorax droit avec bulles

Code	BDCP	Description
U07.0	(M)	Trouble lié au vapotage
J84.8	(1)	Autres affections pulmonaires interstitielles précisées
J96.00	(1)	Insuffisance respiratoire aiguë, type I [hypoxique]
J93.8	(1)	Autres pneumothorax

Justification : Le médecin a consigné au dossier que la pneumonie organisée était due à une MPAV. Il faut donc attribuer U07.0 comme diagnostic principal, car il s'agit de l'affection principalement responsable du séjour du patient à l'hôpital. Des codes supplémentaires (J84.8, J96.00 et J93.8) sont attribués, **obligatoire**, pour les manifestations (bronchiolite oblitérante avec pneumopathie organisée, insuffisance respiratoire aiguë hypoxique et pneumothorax) comme diagnostics de type (1).



Exemple : Un patient est admis à l'hôpital A en raison d'une insuffisance respiratoire aiguë due à une lésion pulmonaire provoquée par le vapotage. Le patient est ensuite transféré à l'hôpital B dans le seul but de poursuivre sa convalescence.

Diagnostic final : Lésion pulmonaire aiguë due au vapotage

Code	BDCP	Description
Z54.8	(M)	Convalescence après un autre traitement
U07.0	(3)	Trouble lié au vapotage
J96.09	(3)	Insuffisance respiratoire aiguë, type non précisé

Justification : Le seul but de l'admission à l'hôpital B est de poursuivre la convalescence. Il faut donc attribuer Z54.8 comme diagnostic principal. Les codes U07.0 et J96.09 sont également attribués, **obligatoire**, comme diagnostics de type (3) pour préciser les affections qui nécessitent cette période de convalescence. Reportez-vous également à la norme de codification [Admission pour convalescence](#).



Exemple : Un patient est admis en raison d'une exacerbation de son asthme, condition pour laquelle il a déjà été hospitalisé à de multiples reprises. Lors d'un épisode de soins antérieur, il a reçu un diagnostic de lésion pulmonaire associée au vapotage. L'examen de tomodensitométrie (TDM) montre une pneumopathie interstitielle due à une lésion pulmonaire associée au vapotage, mais qui s'est grandement améliorée par rapport à l'examen de TDM précédent. Il reste des zones résiduelles dispersées d'opacités en verre dépoli, mais l'amélioration est notable et aucune nouvelle anomalie n'est relevée. Le patient a cessé de vapoter. Le médecin inscrit la remarque suivante au dossier : « lésion pulmonaire provoquée par le vapotage avec opacités en verre dépoli bilatérales, et profil évoquant une pneumopathie interstitielle ».

Diagnostic final : Exacerbation de l'asthme

Code	BDCP	Description
J45.90	(M)	Asthme, sans précision, sans état de mal asthmatique mentionné
U07.0	(3)	Trouble lié au vapotage

Justification : Le médecin a consigné la présence confirmée d'une lésion pulmonaire associée au vapotage. U07.0 *Trouble lié au vapotage* est attribué, **obligatoire**, comme diagnostic de type (3) parce que l'affection ne satisfait pas aux critères de significativité pour cet épisode de soins. Il faut attribuer J45.90 comme diagnostic principal, car il s'agit de l'affection principalement responsable du séjour du patient à l'hôpital.



Exemple : Un patient est admis en raison d'une toux et d'un essoufflement. Il s'est effondré en sortant ses poubelles. Il a commencé à vapoter pour la première fois une semaine avant l'apparition des signes et symptômes. L'examen révèle que le patient présente une diaphorèse, une tachycardie et une expiration sifflante bilatérale. Le diagnostic différentiel comprend les affections suivantes : asthme nouveau ou maladie pulmonaire associée au vapotage (MPAV). La radiographie thoracique ne montre aucun signe évoquant la présence d'une pneumonie. Le médecin inscrit ce qui suit au dossier : « maladie réactive des voies aériennes probablement déclenchée par le vapotage ». Le patient se montre motivé à cesser de vapoter. Il reçoit de l'Alvesco et du Ventolin.

Diagnostic final : Asthme déclenché par le vapotage +/- infection

Code	BDCP	Description
J45.90	(M)	Asthme, sans précision, sans état de mal asthmatique mentionné

Justification : Le diagnostic est « asthme ». Le dossier ne contient aucun diagnostic confirmé de trouble lié vapotage. U07.0 n'est pas attribué à titre d'indicateur des patients qui vapotent. Il est possible d'attribuer Z72.80 *Utilisation d'un dispositif de vapotage (vapoteur)*, facultatif, pour indiquer que le patient utilise un dispositif de vapotage.



Exemple : Un patient est transporté au service d'urgence par les services médicaux d'urgence à la suite d'une syncope. Il a subi un épisode de syncope, possiblement une crise convulsive, alors qu'il écoutait un film en vapotant. Il s'agissait de la première fois qu'il inhalait du cannabidiol (CBD) avec un dispositif de vapotage. Le patient n'est pas dans un état post-critique et ne présente pas d'incontinence.

Diagnostic final : Syncope vasovagale

Code	SNISA	Description
R55	PP	Syncope et collapsus

Justification : Le dossier ne contient aucun diagnostic confirmé de trouble lié vapotage. U07.0 n'est pas attribué à titre d'indicateur des patients qui vapotent. Il est possible d'attribuer Z72.80 *Utilisation d'un dispositif de vapotage (vapoteur)*, facultatif, pour indiquer que le patient utilise un dispositif de vapotage.

S Exemple : Le patient se présente au service d'urgence en raison d'une douleur thoracique intermittente et d'une douleur à l'épaule gauche accompagnée d'un engourdissement du bras et de la jambe gauches. Selon le rapport d'examen physique et les antécédents, le patient s'est procuré un nouveau dispositif de vapotage qu'il a utilisé pour la première fois la veille. Ses symptômes s'aggravent lorsqu'il vapote. Le médecin consigne ce qui suit au dossier : « douleur thoracique liée au vapotage ». La radiographie thoracique est normale; elle ne révèle aucune consolidation, ni œdème, ni épanchement pleural, ni pneumothorax. Le médecin conseille au patient d'éviter le vapotage, le rassure et lui donne son congé.

Diagnostic final : Douleur thoracique pas encore diagnostiquée

Code	SNISA	Description
R07.4	PP	Douleur thoracique, sans précision

Justification : Le dossier ne contient aucun diagnostic confirmé de trouble lié vapotage. U07.0 n'est pas attribué à titre d'indicateur des patients qui vapotent. Il est possible d'attribuer Z72.80 *Utilisation d'un dispositif de vapotage (vapoteur)*, facultatif, pour indiquer que le patient utilise un dispositif de vapotage.

Annexes

Annexe A — Ressources

Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Diabète sucré

Le diabète sucré est une maladie chronique due à l'absence de production de l'insuline par l'organisme ou à une mauvaise utilisation de celle-ci. L'insuline est l'hormone qui aide l'organisme à utiliser l'énergie comprise dans le sucre, les amidons et les autres aliments. Principale source d'énergie pour le corps, le glucose est une forme de sucre produite lorsque l'organisme digère les glucides (sucres et amidons). Lorsque l'organisme manque d'insuline ou l'utilise mal, le taux de glucose dans le sang (la glycémie) augmente et le patient souffre d'hyperglycémie.

Le terme pilote « Diabète » dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA permet de rechercher des complications et des affections associées au diabète sucré ou considérées comme étant associées au diabète. Les codes de combinaison sont habituellement situés dans l'index alphabétique, sous des termes secondaires comme « avec », « dû à » et « au cours du » diabète. Dans la table analytique, les affections associées au diabète sont appelées « complications ».

Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une relation de cause à effet soit explicitement documentée afin de classer des cas sous un code de diabète sucré avec complication.

Deux principales conventions de codification s'appliquent pour la classification du diabète sucré : la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque, et la directive « coder séparément ».

Deux axes sont donc utilisés pour classer le diabète sucré et la complication ou l'affection précise associée au diabète sucré. Le code à dague indique que l'étiologie ou la cause sous-jacente est le diabète sucré, et le code à astérisque représente la manifestation, la complication ou l'affection précise associée au diabète sucré.

Lorsqu'un patient atteint de diabète présente une des affections énumérées sous la directive « coder séparément », l'épisode de soins est généralement axé sur lesdites affections. Ces dernières ne sont pas assujetties aux règles de séquençement des codes à astérisque et sont admissibles à titre de diagnostic principal (DxP) ou de problème principal, s'il y a lieu.

Le diabète sucré est classé aux blocs E10 à E14 dans la CIM-10-CA. Le premier axe (code de catégorie à 3 caractères) indique le type de diabète.

Diabète sucré de type 1 (E10.–)

De cause inconnue, le diabète sucré de type 1 résulte d'une réaction auto-immune caractérisée par l'attaque et la destruction des cellules pancréatiques productrices d'insuline par le système immunitaire. L'absence de production d'insuline par les cellules bêta signifie que le glucose ne peut pas pénétrer dans les cellules du corps pour leur fournir de l'énergie. Lorsque le glucose ne peut pas pénétrer dans les cellules, il s'accumule dans le sang, et les cellules meurent littéralement de faim. Les personnes atteintes de diabète de type 1 doivent recevoir quotidiennement des injections d'insuline et vérifier régulièrement leur glycémie.

Le diabète de type 1 peut entraîner divers problèmes. Toutefois, il existe trois principales complications :

1. **L'hypoglycémie** (glycémie basse, parfois appelée « choc insulinaire ») survient lorsque la glycémie chute à un niveau trop bas.
2. **L'hyperglycémie** (glycémie élevée) survient lorsque la glycémie est trop élevée. Elle peut indiquer que le diabète n'est pas bien contrôlé.
3. **L'acidocétose/cétoacidose** (coma diabétique) se traduit par une perte de conscience découlant d'un diabète non traité ou mal traité.

Diabète sucré de type 2 (E11.–)

Le diabète sucré de type 2, lié à la résistance à l'insuline (incapacité de l'organisme à réagir correctement à l'insuline), est la forme la plus courante de diabète. Il survient lorsque l'organisme ne produit pas suffisamment d'insuline ou que les cellules ignorent l'insuline produite. Lorsque le glucose s'accumule dans le sang au lieu de pénétrer dans les cellules, il peut provoquer une carence énergétique des cellules. Au fil du temps, une glycémie élevée peut causer une hyperglycémie et d'autres complications telles qu'une athérosclérose accélérée, une neuropathie, une néphropathie ou une rétinopathie.

« Bien que la plupart des patients atteints de diabète de type 2 soient traités par une diète, de l'exercice et des antidiabétiques oraux, certains patients peuvent nécessiter par intermittence ou de façon constante un traitement par insuline pour contrôler l'hyperglycémie et prévenir un coma hyperglycémique hyperosmolaire non cétosique (CNKHH)¹. » Un traitement par insuline n'est pas un indicateur du type de diabète. Le diabète sucré de type 2 est considéré comme un diabète **insulinonécessitant** si le patient a besoin de prendre de l'insuline, alors que le diabète sucré de type 1 est considéré comme un diabète **insulinodépendant**.

Autres diabètes sucrés précisés (E13.–)

D'autres types de diabète précisés, anciennement appelés diabètes secondaires, sont causés par d'autres maladies ou par la prise de médicaments entraînant une destruction des cellules bêta pancréatiques ou le développement d'une résistance périphérique à l'insuline. À l'origine de ces types de diabète figurent souvent des maladies du pancréas qui détruisent les cellules bêta pancréatiques (p. ex. hémochromatose, pancréatite, fibrose kystique ou cancer du pancréas), des syndromes hormonaux qui interfèrent avec la sécrétion d'insuline (p. ex. phéochromocytome) ou qui causent une résistance périphérique à l'insuline (p. ex. acromégalie, syndrome de Cushing ou phéochromocytome), et des médicaments (p. ex. phénytoïne, glucocorticostéroïdes ou œstrogènes)². La recherche génétique a permis une nouvelle compréhension de la pathogénie de la forme juvénile du diabète sucré de l'âge mûr, considérée autrefois comme un diabète de type 2. Une revue de la littérature révèle que les autres types de diabète précisés peuvent représenter de 1 à 2 % de tous les diagnostics de diabète.

Tout comme un patient atteint de diabète de type 2 ne devient pas un diabétique de type 1 ou vice versa, un patient souffrant d'un type de diabète faisant partie de la catégorie **E13.–** ne devient pas un diabétique de type 1 ou 2.

Diabète sucré au cours de la grossesse (O24.5-O24.8)

Cette forme de diabète liée à la grossesse survient lorsque des taux d'hormones élevés diminuent la sensibilité des cellules à l'insuline. Le diabète gestationnel touche de 2 à 5 % des femmes enceintes et disparaît lorsque la grossesse se termine. Les femmes ayant souffert de diabète gestationnel sont plus susceptibles de développer ultérieurement un diabète sucré de type 2.

Diabète limite, un terme impropre

Selon Diabète Canada, le diabète « limite » n'existe pas, bien que ce terme semble être utilisé assez fréquemment. En général, il s'agit d'une expression courante signifiant que la personne souffre d'une forme légère de diabète ou que son traitement est limité à une diète et à de l'exercice. De plus, le terme « limite » peut laisser supposer à tort que la glycémie du diabétique n'est que légèrement élevée³.

Tolérance altérée au glucose [R73.0 *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*]

Un diagnostic de tolérance altérée au glucose indique un état prédiabétique associé à l'insulinorésistance et étroitement lié au diabète de type 2. Ceci se produit lorsque la glycémie atteint un niveau plus élevé que la normale, mais pas assez pour être qualifiée de diabète. La tolérance altérée au glucose est dépistée au moyen de l'épreuve de tolérance au glucose par voie orale, le même examen utilisé pour dépister le diabète. Les personnes dont la tolérance au glucose est altérée ont une possibilité sur trois de développer le diabète de type 2 dans les dix prochaines années, mais les risques peuvent être réduits au moyen d'une saine alimentation et de l'exercice physique.

Complications du diabète

Les complications du diabète peuvent être classées généralement comme des maladies microvasculaires ou macrovasculaires. Les complications microvasculaires incluent la neuropathie, la néphropathie et les troubles de la vision (p. ex. rétinopathie, glaucome, cataractes, maladies de la cornée). Les complications macrovasculaires comprennent entre autres les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.

Complications microvasculaires courantes du diabète sucré

Néphropathie diabétique

La néphropathie diabétique est une détérioration des reins habituellement causée par des changements dans les petits vaisseaux sanguins menant au système de filtration des reins ou aux plus petits vaisseaux sanguins dans le système de filtration lui-même, en raison d'une glycémie continuellement élevée consécutive au diabète. Les néphrons endommagés laissent passer dans l'urine les protéines qui normalement resteraient dans le sang.

La néphropathie diabétique est la cause la plus courante d'insuffisance rénale. Il n'y a aucun symptôme dans les stades précoces de la maladie. Une petite quantité de protéines dans l'urine (microalbuminurie) constitue le premier signe de lésion rénale. À mesure que les dommages aux reins progressent, de plus grandes quantités de protéines se déversent dans l'urine (macroalbuminurie) et la tension artérielle augmente. Lorsque les dommages portés aux vaisseaux sanguins perdurent, une insuffisance rénale se développe.

L'insuffisance rénale terminale constitue une insuffisance rénale complète (ou quasi complète) et permanente. Lorsqu'il y a insuffisance rénale terminale, des impuretés et un excès d'eau s'accumulent dans l'organisme. On parle alors d'urémie; si cette dernière n'est pas traitée, elle peut entraîner des convulsions, un coma et, ultimement, la mort⁴.

Intervention connexe

L'insuffisance rénale terminale se traite par dialyse ou transplantation rénale. La dialyse est une technique d'épuration du sang à l'aide d'un rein artificiel (dialyseur). La dialyse est classée à 1.PZ.21.^[^] *Dialyse, appareil urinaire NCA*. Le qualificateur indique le type de dialyse effectuée : hémodialyse ou dialyse péritonéale. L'attribution d'un code de la CCI est obligatoire lorsqu'une dialyse est effectuée durant un épisode de soins, peu importe qui pratique l'intervention et à quel endroit elle a lieu.

Rétinopathie diabétique

La rétinopathie est une déficience non inflammatoire de la rétine. La rétinopathie diabétique survient lorsque les petits vaisseaux sanguins de la rétine enflent, laissant souvent s'écouler un liquide ou lorsque de nouveaux vaisseaux sanguins minuscules apparaissent sur la rétine et la recouvrent. La rétinopathie diabétique est une cause courante de cécité chez les adultes.

De plus, de nouveaux vaisseaux sanguins minuscules peuvent se former au travers de la rétine (néovascularisation). Ces vaisseaux sanguins sont extrêmement fragiles et peuvent facilement se rompre et saigner, entraînant ainsi la formation de tissu fibreux (cicatriciel) autour d'eux. Ceci provoque un obscurcissement de la vision et peut éventuellement causer un décollement de la rétine (le tissu cicatriciel tire sur la rétine jusqu'à la décoller du fond de l'œil) et entraîner une perte soudaine de vision dans un œil.

Intervention connexe

La rétinopathie est habituellement traitée au laser selon une intervention appelée « photocoagulation panrétinienne au laser », qui est généralement effectuée sous anesthésie locale. Au cours de cette intervention, un rayon laser est dirigé vers la rétine pour détruire les nouveaux vaisseaux sanguins anormaux et ainsi empêcher la rétine de se détacher. Il a été démontré que ce traitement peut réduire de façon considérable la gravité de la perte de vision s'il est entrepris tôt. Dans la CCI, cette intervention est codifiée au code 1.CN.59.LA-AG

Destruction, rétine, utilisation d'un laser.

Neuropathie diabétique

La neuropathie diabétique consiste en une perte de fonction des nerfs périphériques chez les personnes atteintes de diabète. Plusieurs théories tentent d'expliquer pourquoi les patients diabétiques développent cette affection. Cette dernière pourrait être causée par un taux de glucose (sucre) élevé dans les nerfs qui mènerait au dysfonctionnement des voies par lesquelles l'énergie du glucose est normalement transmise. Autre possibilité : l'apport sanguin aux nerfs serait compromis, ce qui les empêcherait de fonctionner adéquatement.

Les symptômes de la neuropathie diabétique peuvent comprendre une augmentation de la sensibilité. Les patients ressentent alors des sensations anormales de douleur ou de brûlure. Ils peuvent également afficher une diminution de la sensibilité, comme un engourdissement. La neuropathie diabétique affecte typiquement les nerfs les plus longs en premier. On la retrouve donc souvent dans les pieds. La perte de la sensation de douleur et/ou de la sensibilité thermique peut prédisposer les patients atteints de diabète à développer des ulcères aux pieds — ils peuvent se cogner le pied et ne pas se rendre compte de la présence d'une plaie ouverte avant que celle-ci ne soit infectée.

Chez les patients atteints de diabète, de nombreux autres nerfs peuvent être affectés, dont les nerfs qui permettent le mouvement des yeux, ce qui peut occasionner une vision double. Une perte de vision peut aussi survenir si le nerf optique est touché.

Le système nerveux autonome peut fonctionner trop ou pas assez, ce qui peut provoquer une transpiration excessive ou insuffisante, de l'incontinence ou de la rétention urinaire, de la diarrhée ou de la constipation, des troubles sexuels (y compris dysfonctionnement érectile), des problèmes liés à l'adaptation des pupilles aux changements d'éclairage et même des évanouissements.

Complications vasculaires périphériques

Les affections vasculaires liées au diabète se caractérisent par le durcissement des artères dans tout l'organisme en raison de la maladie. La maladie artérielle périphérique (MAP) se définit par un durcissement et un rétrécissement des artères (athérosclérose) qui irriguent les bras, les jambes et d'autres parties du corps. Le flux sanguin vers ces régions se trouve donc réduit. Les artères des jambes sont le plus souvent affectées. Quand une artère est rétrécie par l'athérosclérose, les muscles des jambes ne reçoivent pas suffisamment de sang, particulièrement durant les activités intenses nécessitant une augmentation de l'apport sanguin. Le symptôme principal de la MAP de la jambe est une sensation douloureuse de serrement dans le mollet, le pied, la cuisse ou la fesse survenant au cours d'un exercice physique (tel que monter une pente ou un escalier, courir ou simplement faire quelques pas). Cette douleur est appelée « claudication intermittente ».

Interventions connexes

La MAP peut être traitée au moyen d'une intervention peu invasive appelée « **angioplastie et pose d'endoprothèse** » (1.KG.50.^{^^} *Dilatation, artères de la jambe NCA*). Au cours d'une angioplastie, un long tube mince et flexible appelé cathéter est inséré dans une minuscule incision pratiquée au-dessus d'une artère de la jambe et est dirigé vers la région obstruée, par les artères. Une fois le cathéter rendu, un ballonnet spécial attaché au cathéter est gonflé et dégonflé plusieurs fois. Le ballonnet pousse la plaque contre les parois de l'artère, ce qui a pour effet d'élargir le vaisseau. Un minuscule cylindre flexible en treillis métallique appelé « endoprothèse » (ou « stent ») peut être placé dans la région de l'artère qui s'était rétrécie afin d'éviter une récurrence. L'endoprothèse reste dans l'artère de façon permanente.

Le **pontage** crée une déviation autour de toute section rétrécie ou bloquée de l'artère (1.KG.76.^[^] *Pontage, artères de la jambe NCA*). Le sang circule alors en contournant la partie obstruée. Parfois, l'obstruction elle-même peut être retirée au moyen d'une intervention appelée **endartériectomie** (1.KG.57.^[^] *Extraction, artères de la jambe NCA*). Une **amputation** (intervention générique 93) d'un membre inférieur peut également être pratiquée chez les patients présentant de multiples complications avancées du diabète.

Complications macrovasculaires du diabète sucré

L'hyperglycémie chronique ou une glycémie élevée persistante permet au glucose de réagir avec certains composants sanguins. Lorsque ceci se produit, les sous-produits de ces réactions ont tendance à s'accrocher aux parois des vaisseaux sanguins importants. La lumière (ou l'espace intérieur) du vaisseau sanguin se rétrécit, ce qui réduit le flux sanguin en direction des divers organes. Comme elles affectent les gros vaisseaux sanguins, ces complications sont dites macrovasculaires. Les complications macrovasculaires les plus courantes sont les complications cardiaques et cardiovasculaires ainsi que les maladies vasculaires cérébrales.

Cataractes diabétiques

Les cataractes chez un patient atteint de diabète ne sont pas considérées comme « diabétiques » sauf si elles sont précisées comme telles.

Les cataractes diabétiques apparaissent à un plus jeune âge et évoluent plus rapidement jusqu'à l'opacification complète. Les jeunes personnes atteintes de diabète de type 1 développent parfois des cataractes punctiformes ou métaboliques. Un contrôle inadéquat du diabète peut être un facteur prédisposant. Les véritables cataractes diabétiques sont caractérisées par des opacités bilatérales sous capsulaire et punctiformes, postérieures et antérieures du cristallin. Cette affection est généralement précédée par une myopie soudaine et évolutive. Elle est due à une accumulation accrue de sorbitol, de fructose et de glucose dans le cristallin. Les opacités peuvent diminuer ou disparaître si la glycémie est mieux contrôlée.

E10.35† *Diabète sucré de type 1 avec cataracte diabétique* est attribué uniquement lorsque le médecin indique qu'il s'agit de ce type de cataracte en notant au dossier « cataracte diabétique » ou « cataracte associée au diabète ».

Diabète sucré et hyperglycémie

En des termes simples, le « contrôle du diabète » signifie le maintien de la glycémie dans un écart normal ou près de celui-ci. Le glucose représente la principale source d'énergie des cellules du corps. Lorsqu'il ne peut pas passer de la circulation sanguine aux cellules, le glucose s'accumule dans le sang. « Hyperglycémie » est le terme médical désignant la présence d'une trop grande quantité de sucre dans le sang. Les patients diabétiques sont hyperglycémiques lorsque leur glycémie n'est pas bien contrôlée. Par conséquent, un test de tolérance au glucose

positif (R73.0 *Anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose*) ou une hyperglycémie non précisée (R73.9 *Hyperglycémie, sans précision*) ne doit pas être codifié sous un code de la catégorie E10 à E14. Une hyperglycémie marquée peut conduire à un coma, une situation critique nécessitant une hospitalisation immédiate.

L'hyperglycémie chez les personnes diabétiques hospitalisées contribue à augmenter la mortalité et la morbidité, car elle accroît la prédisposition aux infections et prolonge la durée du séjour.

Diabète sucré et hypoglycémie

Selon Diabète Canada, l'hypoglycémie se définit comme une baisse trop importante du taux de glucose dans le sang. Ses symptômes peuvent comprendre la transpiration, les tremblements, la faim, les étourdissements, l'instabilité émotionnelle, la confusion et la vision trouble. Une glycémie faible survient lorsque le taux de glucose dans le sang baisse en deçà d'un certain niveau (habituellement inférieur à 4 mmol/L). Une alimentation insuffisante, le saut des repas ou leur remise à plus tard, l'exercice physique sans la prise des précautions nécessaires, l'administration d'une quantité excessive d'insuline et la consommation d'alcool sont des causes de l'hypoglycémie. Une chute marquée de la glycémie peut entraîner de la confusion, de la désorientation ou des crises d'épilepsie.

L'hypoglycémie peut également être appelée « choc ou réaction insulinaire ». Une hypoglycémie sévère représente un danger. Une glycémie très faible inhibe sérieusement la capacité de la personne à raisonner ou à faire preuve de bon jugement. Si la glycémie continue de plonger à des niveaux dangereusement bas, le cerveau subit de graves dommages et il s'ensuit habituellement une perte de conscience. Une hypoglycémie sévère non traitée d'urgence peut entraîner des lésions cérébrales permanentes et la mort.

Coma dans les cas de diabète sucré

Coma diabétique et hypoglycémie

Lorsque la glycémie chute à un niveau très bas, il peut en résulter une perte de conscience pouvant même évoluer vers un coma. L'hypoglycémie prive le cerveau de l'énergie provenant du glucose, et ce manque d'énergie peut entraîner des symptômes allant des maux de tête et de la confusion légère à la perte de conscience, à la crise épileptique et au coma. L'hypoglycémie sévère représente un danger. Une glycémie très faible inhibe sérieusement la capacité de la personne à raisonner ou à faire preuve de bon jugement.

Coma diabétique et hyperglycémie associés à l'acidocétose diabétique ou au syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire

Le coma diabétique est une affection mettant en danger la vie du patient. L'acidocétose diabétique et le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire (SHH) peuvent tous deux mener à un coma diabétique. Une glycémie trop élevée peut également causer une perte de conscience et dans certains cas le coma.

L'acidocétose diabétique se caractérise par une hyperglycémie, une acidose métabolique et une concentration accrue de cétone en circulation dans l'organisme causées par l'accumulation de sous-produits issus de la transformation des lipides. L'acidocétose diabétique survient principalement chez les patients atteints de diabète sucré de type 1, mais aussi parfois chez des patients atteints de diabète sucré de type 2.

Le coma hyperglycémique hyperosmolaire non cétosique est caractérisé par une hyperglycémie, une hyperosmolarité et une absence d'accumulation significative de corps cétoniques dans le sang. Il se développe souvent chez les patients diabétiques atteints d'une maladie concomitante associée à une réduction de l'apport de liquides, par exemple la pneumonie ou une infection urinaire.

Lorsque l'hyperglycémie hyperosmolaire n'entraîne pas de coma chez un patient diabétique, elle doit être classée à E1—.64 *Diabète sucré de type ~ mal contrôlé, décrit ainsi*. Si la mention « mal contrôlé » ou une mention similaire ne figure pas au dossier, celui-ci doit être retourné au médecin pour qu'il y ajoute la terminologie appropriée au portrait clinique. Lorsqu'une hyperosmolarité et une déshydratation sont documentées au dossier, il faut attribuer E87.0 *Hyperosmolarité et hypernatrémie* et E86.0 *Déshydratation*, et leur appliquer le type de diagnostic approprié selon les définitions des types de diagnostic.

Diabète sucré et complications multiples

Ulcères diabétiques

La neuropathie et la MAP surviennent très couramment chez le patient atteint de diabète, et vont souvent de pair. Ces deux maladies sont les principales responsables des ulcères chez les patients atteints de diabète. Un ulcère diabétique au pied est une plaie ouverte qui apparaît habituellement en dessous du pied. Les personnes qui prennent de l'insuline présentent plus de risques de développer un ulcère au pied, tout comme les patients atteints d'une maladie rénale, oculaire ou cardiaque liée au diabète. L'obésité, la consommation d'alcool et l'usage du tabac jouent également un rôle dans le développement des ulcères aux pieds.

La formation des ulcères découle d'une combinaison de facteurs, tels que le manque de sensibilité dans le pied, une mauvaise circulation, une difformité du pied, une irritation (comme celle causée par la friction ou la pression) et un traumatisme. Une maladie vasculaire peut compliquer un ulcère au pied parce qu'elle réduit la capacité du corps à guérir et accroît le risque d'infection. Une hausse de la glycémie peut réduire la capacité du corps à combattre une infection potentielle et également ralentir le processus de guérison.

La documentation peut indiquer que l'ulcère du pied diabétique est neuropathique, ischémique ou neuro-ischémique.

Le pied diabétique est une infection, une ulcération ou une destruction des tissus profonds associée à des anomalies neurologiques et à divers degrés de maladie vasculaire périphérique touchant les membres inférieurs. Il s'agit d'un syndrome qui se manifeste par plusieurs processus pathologiques, dont une ischémie tissulaire pouvant entraîner une dégradation des tissus. Il peut être accompagné d'ulcération ou de gangrène, et le patient est exposé à un risque plus élevé d'amputation⁵.

Étant donné l'interrelation qui existe entre ces facteurs de risque et les nombreuses complications du diabète, le pied diabétique est classé à la sous-catégorie E1-.7– *Diabète sucré de type ~ avec complications multiples*. Le code précis est sélectionné en fonction de la présence ou de l'absence de la gangrène.

Les ulcères de décubitus, aussi connus sous les noms « escarre de décubitus », « ulcères de pression » ou « plaies de lit », sont des ulcères de la peau qui se développent dans les zones du corps où l'apport sanguin est diminué en raison d'une pression prolongée. Le diabète n'est pas la cause des ulcères de décubitus, mais plutôt un facteur de risque qui peut aggraver le problème et ralentir la guérison. Conformément à la directive « utiliser un code supplémentaire » à la catégorie L89.– *Ulcer de décubitus [pression] et zone de pression*, un code de la sous-catégorie E1-.68 *Diabète sucré de type ~ avec autres complications précisées, non classées ailleurs* est attribué pour classer tout diabète sucré associé, le cas échéant.

Le contrôle de la glycémie chez les patients atteints du diabète a un impact direct sur la progression de l'angiopathie et l'irrigation des tissus. Par conséquent, la guérison d'un ulcère dépend des complications liées au diabète présentes chez le patient.

Diabète sucré et grossesse

Dans son livre *Diabetes for Canadians for Dummies*, le Dr Ian Blumer affirme que le diabète gestationnel est défini comme un diabète diagnostiqué durant la grossesse. Dans la grande majorité des cas, il disparaît dès la naissance du bébé. Les changements hormonaux et le gain de poids font partie d'une grossesse saine. Toutefois, en raison de ces deux changements, l'organisme peut éprouver des difficultés à s'adapter à ses besoins en insuline.

Causes du diabète gestationnel

- Le corps a besoin de plus d'énergie que d'habitude durant la grossesse. Il a donc besoin de plus d'insuline pour que le glucose puisse pénétrer dans les cellules afin de produire de l'énergie.
- Le placenta produit d'autres hormones durant la grossesse, et certaines de ces hormones peuvent empêcher l'insuline d'agir dans le corps, causant ainsi une résistance à l'insuline.

- Les besoins en insuline augmentent chez toutes les femmes durant la grossesse, mais chez certaines, le pancréas n'est pas capable d'en produire assez. Une grande quantité de glucose reste donc dans le sang. Ce phénomène est appelé diabète gestationnel.
- Il faut habituellement plusieurs semaines avant que le corps ne puisse plus répondre à ses besoins en insuline. Le diabète gestationnel survient donc vers la moitié de la grossesse.

Autres problèmes de la grossesse liés au diabète sucré

La plupart des femmes atteintes de diabète gestationnel peuvent mener leur grossesse à terme sans risque et accoucher normalement, mais certains problèmes liés au diabète peuvent se présenter durant la grossesse.

- L'hypertension gestationnelle, aussi connue sous le nom de « prééclampsie » — une tension artérielle élevée causée par la grossesse — est assez courante lorsque la femme enceinte est atteinte de diabète. Ce problème de santé disparaît habituellement peu après la naissance du bébé.
- Les infections, telles que les infections urinaires, sont également assez courantes au cours de la grossesse, mais encore plus chez les mères diabétiques.
- Si la glycémie de la mère n'est pas bien contrôlée pendant la grossesse, il y a un risque accru d'avortement spontané ou de mortinaissance.

Références

1. Beers MH, Berkow R. *The Merck Manual, 17th Edition*. 2000.
2. Khardori R. [Type 1 diabetes mellitus](#). Medscape. Consulté le 14 août 2014.
3. Diabetes Canada. [Diabetes](#). Consulté le 14 août 2014.
4. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC). [Treatment methods for kidney failure: Hemodialysis](#). Consulté le 15 juin 2017.
5. Birke JA, Novick A, Hawkins ES, Patout C. [A review of causes of foot ulceration in patients with diabetes mellitus](#). *Journal of Prosthetics and Orthotics*. 1991.

Annexe B — Codes d'inclusion pour les projets spéciaux sur l'AVC 340, 640 et 740

Le code de la CIM-10-CA attribué pour un AVC a une incidence sur les données recueillies dans le cadre des projets spéciaux (340 et 640) de la BDCP et du SNISA — Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral, et du projet spécial (740) de la BDCP — AlphaFIM^{MD}. La présente annexe se veut un survol des projets spéciaux sur l'AVC et fournit une liste des codes faisant partie des critères de déclaration de ces projets.

Projets spéciaux (340 et 640) de la BDCP et du SNISA — Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral, et projet spécial (740) de la BDCP — AlphaFIM^{MD}

Les projets spéciaux liés à l'accident vasculaire cérébral (AVC) permettent la saisie d'information précise sur les patients qui ont reçu un diagnostic d'AVC aigu/actuel en plus d'autres affections (citées ci-dessous) qui sont observées dans le cadre de la stratégie de l'AVC, bien qu'au regard de la CIM-10-CA, ces affections ne sont pas classées comme étant hémorragiques (I60, I61), ischémiques (I63) ni non précisées (I64). Remarque : En ce qui concerne les patientes en obstétrique, un AVC hémorragique, ischémique ou non précisé est classé à O99.4. De plus, il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire, I60.—, I61.—, I63.— ou I64, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour préciser le type d'AVC aigu/actuel qui a compliqué la grossesse, la naissance ou la puerpéralité.

Ces affections outre l'AVC sont comme suit :

- **Accident ischémique transitoire (AIT)** (G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.8 et G45.9) et **occlusion transitoire de l'artère de la rétine** (H34.0). Remarque : En ce qui concerne les patientes en obstétrique, l'AIT est classé à O99.30— et il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire (soit G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.8 ou G45.9) comme diagnostic de type (3)/autre problème pour préciser que l'affection compliquant la grossesse, la naissance ou la puerpéralité est un AIT. En ce qui concerne les patientes en obstétrique, une occlusion transitoire de l'artère de la rétine est classée à O99.80— et il est obligatoire d'attribuer le code supplémentaire H34.0 comme diagnostic de type (3)/autre problème pour préciser que l'affection compliquant la grossesse, la naissance ou la puerpéralité est une occlusion transitoire de l'artère de la rétine.

- **Phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes (G08).** Remarque : En ce qui concerne les patientes en obstétrique, cette affection est classée à O22.5– *Thrombose veineuse cérébrale au cours de la grossesse* ou O87.3– *Thrombose veineuse cérébrale au cours de la puerpéralité*, le cas échéant.
- **Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien (I67.6).** Remarque : En ce qui concerne les patientes en obstétrique, cette affection est classée à O99.40– et il est obligatoire d'attribuer le code supplémentaire I67.6 comme diagnostic de type (3)/autre problème pour préciser que l'affection compliquant la grossesse, la naissance ou la puerpéralité est une thrombose non pyogène du système veineux intracrânien.
- **Occlusion de l'artère centrale de la rétine (H34.1).** Remarque : En ce qui concerne les patientes en obstétrique, cette affection est classée à O99.80– et il est obligatoire d'attribuer le code supplémentaire H34.1 comme diagnostic de type (3)/autre problème pour préciser que l'affection compliquant la grossesse, la naissance ou la puerpéralité est une occlusion de l'artère de la rétine.

Pour une information complète et à jour et pour savoir si votre province ou territoire participe aux projets spéciaux sur les AVC (340, 640 et 740), référez-vous aux Instructions sur la collecte de données des projets spéciaux, disponibles via le lien vers le manuel de saisie de l'information de la BDGP/SNISA dans l'application de la BDGP et du SNISA.

Le tableau ci-dessous résume les codes permettant de compléter les critères liés aux projets spéciaux sur l'AVC 340, 640 et 740. À noter que le projet 740 n'inclut pas H34.0 ni H34.1 dans ses critères de déclaration.

Codes de la CIM-10-CA inclus dans les projets d'amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral de la BDCP et du SNISA et projet 740 Alpha-FIM^{MD} de la BDCP

AVC hémorragique

Code	Description
I60.0	Hémorragie sous-arachnoïdienne de la bifurcation et du siphon carotidien
I60.1	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère cérébrale moyenne
I60.2	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante antérieure
I60.3	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante postérieure
I60.4	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère basilaire
I60.5	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère vertébrale
I60.6	Hémorragie sous-arachnoïdienne d'autres artères intracrâniennes
I60.7	Hémorragie sous-arachnoïdienne d'une artère intracrânienne, sans précision
I60.8	Autres hémorragies sous-arachnoïdiennes
I60.9	Hémorragie sous-arachnoïdienne, sans précision
I61.0	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale
I61.1	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, corticale
I61.2	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, non précisée
I61.3	Hémorragie intracérébrale du tronc cérébral
I61.4	Hémorragie intracérébrale cérébelleuse
I61.5	Hémorragie intracérébrale intraventriculaire
I61.6	Hémorragie intracérébrale, localisations multiples
I61.8	Autre hémorragie intracérébrale
I61.9	Hémorragie intracérébrale, sans précision

AVC ischémique

Code	Code description
I63.0	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales
I63.1	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères précérébrales
I63.2	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales, de mécanisme non précisé
I63.3	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales
I63.4	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales
I63.5	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé
I63.6	Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène
I63.8	Autre infarctus cérébral
I63.9	Infarctus cérébral, sans précision

AVC non précisé

Code	Description
I64	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

Accident ischémique transitoire

Code	Description
G45.0	Syndrome vertébro-basilaire
G45.1	Syndrome carotidien (hémisphérique)
G45.2	Accident ischémique transitoire de territoires artériels précérébraux multiples et bilatéraux
G45.3	Amaurose fugace
G45.8	Autres accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés
G45.9	Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision

Occlusion transitoire de l'artère de la rétine

Code	Description
H34.0	Occlusion transitoire de l'artère de la rétine Remarque : H34.0 est exclus des critères de déclaration du projet 740.

Thrombose du système veineux intracrânien

Code	Description
G08	Phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes
O22.5–	Thrombose veineuse cérébrale au cours de la grossesse
O87.3–	Thrombose veineuse cérébrale au cours de la puerpéralité
I67.6	Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien Exclut : entraînant un infarctus; voir I63.6)

Occlusion de l'artère centrale de la rétine

Code	Description
H34.1	Occlusion de l'artère centrale de la rétine Remarque : H34.1 est exclus des critères de déclaration du projet 740.

Annexe C — Tableau des changements — Normes canadiennes de codification, 2022

Les objectifs de l'annexe sont les suivants :

1. résumer les changements afin de faciliter la consultation;
2. favoriser la compréhension des changements.

Le tableau ci-dessous montre les changements qui ont eu lieu dans les *Normes canadiennes de codification pour la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI*. Pour obtenir une liste de toutes les modifications apportées aux normes de codification de 2001 à 2022, consultez le Portrait de l'évolution des Normes canadiennes de codification disponible sur la page Web [Codification et classification](#) de l'ICIS. Les modifications apportées aux normes de codification abordées dans les produits inclus dans l'ensemble éducatif v2022 sont identifiées dans la colonne « Informations supplémentaires dans Destination 2022 Formation ».

Avis important : Ce tableau ne comprend pas les changements de la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI. Pour une liste complète des codes nouveaux ou désactivés, veuillez-vous référer aux annexes A et B pour la CIM-10-CA et aux annexes E et F pour la CCI. Pour une liste de tous les codes CIM-10-CA et CCI, de 2006 à 2018, voir le Portrait de l'évolution des codes de la CIM-10-CA et de la CCI disponible sur la page Web [Codification et classification](#) de l'ICIS.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Définition des types de diagnostics selon la BDCP — Normes de codification générales de la CIM-10-CA			
Modification d'une directive existante	Suppression de la référence à la norme de codification <i>Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires</i> dans l'énoncé suivant de la sous-section Déterminer si une affection répond aux critères de significativité : « une intervention diagnostique ou thérapeutique dont la codification est dite obligatoire dans la norme de codification Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés; ou »	Retirer l'exigence de significativité d'une affection lorsqu'une intervention diagnostique ou thérapeutique est pratiquée durant un épisode de soins de courte durée aux patients hospitalisés et que la codification de cette intervention est dite obligatoire dans la norme de codification <i>Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires</i> .	s.o.
Indicateur de série — Normes de codification générales de la CIM-10-CA			
Modification d'une directive existante	Modification de la directive : De : « Appliquez un indicateur de série, obligatoire, lorsqu'un code des catégories suivantes est attribué : • causes externes liées aux complications de soins médicaux et chirurgicaux (Y40 à Y84); • résistance aux antibiotiques (U82 et U83) et résistance à d'autres antimicrobiens (U84). » À : « Appliquez un indicateur de série, obligatoire, dans les circonstances suivantes : • effets indésirables en usage thérapeutique (U07.7, Y40 à Y59); • infections dues aux micro-organismes résistants aux médicaments (U82 à U84); • affections post-intervention (Y60 à Y84). »	Préciser les 3 situations dans lesquelles il est obligatoire d'utiliser l'indicateur de série et préciser que l'indicateur de série pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique s'applique aux codes U07.7 et Y40 à Y59.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Indicateur de série — Normes de codification générales de la CIM-10-CA (suite)			
Modification d'une remarque existante	Modification de la remarque : De : « Il faut s'assurer que l'indicateur de série est utilisé <i>uniquement</i> avec les codes des catégories effets indésirables en usage thérapeutique (Y40 à Y59), affections post-intervention (Y60 à Y84) et infections dues à des micro-organismes résistants aux médicaments (U82 à U84). <i>L'application d'un indicateur de série en d'autres circonstances n'est pas permise.</i> » À : « Il faut s'assurer que l'indicateur de série est utilisé <i>uniquement</i> dans les circonstances susmentionnées. <i>L'application d'un indicateur de série en d'autres circonstances n'est pas permise.</i> »	Pour correspondre avec l'énoncé modifié ci-dessus.	s.o.
Modification d'une remarque existante	Ajout du code U07.7 et d'une mention « Reportez-vous également » renvoyant à l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémie et épidémies (COVID-19) dans la remarque suivante, à la sous-section « Création d'un indicateur de série pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique » : « L'ensemble des codes inclus dans l'indicateur de série pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique indique les drogues, les médicaments ou les substances biologiques entraînant l'effet indésirable (U07.7, Y40 à Y59); le ou les effets indésirables. Reportez-vous également à la norme de codification Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements et à l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19). »	Préciser que l'indicateur de série pour décrire les effets indésirables en usage thérapeutique s'applique aux codes U07.7 et Y40 à Y59 et que les directives relatives à l'attribution du code U07.7 se trouvent dans l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19)	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Diagnostics d'importance équivalente — Normes de codification générales de la CIM-10-CA</u>			
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « ischémique » et remplacement du code I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus par le code I63.9 Infarctus cérébral, sans précision dans l'exemple suivant : « Un patient est admis suite à un accident vasculaire cérébral ischémique et passe 20 jours en neurologie [...] »	Utiliser un exemple pertinent sur le plan clinique. Les médecins doivent connaître le type d'AVC subi par le patient pour lui fournir les soins appropriés.	s.o.
<u>Affections aiguës et chroniques — Normes de codification générales de la CIM-10-CA</u>			
Nouvelle exception	Ajout de l'exception suivante : « Lorsqu'un patient est admis pour une amygdaléctomie non urgente et que l'affection est décrite comme une amygdalite à la fois aiguë et chronique [...] »	Préciser que lorsqu'un patient est admis pour une amygdaléctomie non urgente et que l'affection est décrite comme une amygdalite à la fois aiguë et chronique, l'amygdalite chronique doit être codifiée comme type de diagnostic significatif, car il s'agit du motif de l'amygdaléctomie.	s.o.
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple suivant : « Un patient est admis pour une amygdaléctomie. Le diagnostic postopératoire inscrit au dossier est "amygdalite récurrente" [...] »	Illustrer l'application des exceptions.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Symptômes ou affections sous-jacents — Normes de codification générales de la CIM-10-CA			
Modification d'une directive existante	Modification de la directive suivante : De : « Lorsqu'un patient se présente avec une manifestation de maladie ou de trouble sous-jacent connu au moment de l'admission et que seule la manifestation est traitée, cette dernière doit être indiquée comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code pour la maladie sous-jacente comme diagnostic de type (3)/autre problème. » À : « Lorsqu'un patient se présente avec une manifestation de maladie ou de trouble sous-jacent connu au moment de l'admission et que seule la manifestation est traitée, cette dernière doit être indiquée comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent, facultatif, comme diagnostic de type (3)/ autre problème, selon les besoins de l'établissement. »	Préciser qu'il est facultatif d'attribuer un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent dans une telle situation, et uniformiser l'énoncé avec d'autres énoncés de directive qui indiquent si l'attribution d'un code est facultative.	s.o.
Nouvelle exception	Ajout de l'exception suivante à la directive ci-dessus : « Il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent comme diagnostic de type (3)/autre problème, lorsque ce code est dit obligatoire ailleurs dans les normes de codification. Reportez-vous par exemple aux normes de codification Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée, Complications d'une maladie maligne et Fractures. »	Ajouter une exception à la directive modifiée « Attribuez un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement ».	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Symptômes ou affections sous-jacents — Normes de codification générales de la CIM-10-CA (suite)			
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « facultatif » au code I25.19 <i>Cardiopathie artérioscléreuse d'un type non précisé de vaisseau, vaisseau d'origine ou greffon</i> dans l'exemple suivant : « Un patient de 45 ans se présente avec une angine de poitrine instable. Il a une athérosclérose coronarienne connue au moment de l'admission [...] »	Indiquer que le code est facultatif, conformément à l'énoncé de directive selon lequel il est facultatif d'attribuer un code pour la maladie ou le trouble sous-jacent dans une telle situation.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « obligatoire » au code C18.9 <i>Tumeur maligne du côlon, sans précision</i> et ajout de la phrase « Reportez-vous également à la norme de codification Complications d'une maladie maligne » dans l'exemple suivant : « Une patiente atteinte d'un cancer du côlon à un stade avancé est admise avec une occlusion intestinale; une entéro-entérostomie est pratiquée. »	Indiquer que le code est obligatoire, conformément à la directive de la norme de codification <i>Complications d'une maladie maligne</i> selon laquelle il est obligatoire d'attribuer un code pour la maladie ou le trouble sous-jacent dans une telle situation.	s.o.
Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires (urgence, clinique et visites en chirurgie d'un jour) — Normes de codification générales de la CCI			
Modification de la liste existante	Ajout de la mention « (excluant la ventilation non invasive effectuée avec la réanimation cardiorespiratoire [RCR]) » à l'intervention 1.GZ.31.^{^^} <i>Ventilation, système respiratoire NCA</i> dans la liste Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires.	Préciser qu'il n'est pas obligatoire d'attribuer un code pour la ventilation non invasive lorsqu'elle est pratiquée simultanément avec la RCR.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Sélection des interventions à codifier pour les soins ambulatoires (urgence, clinique et visites en chirurgie d'un jour) — Normes de codification générales de la CCI (suite)</u>			
Modification de la liste existante	Modification de la description de l'intervention 1.^35.HZ-^^ dans la liste Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires. De : « Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'une endoprothèse à élution de médicaments » À : « Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'une endoprothèse à élution de médicaments ou d'un dispositif implanté »	Préciser qu'il est obligatoire de saisir un code pour la pharmacothérapie pratiquée au moyen de n'importe quel dispositif à élution de médicaments.	s.o.
Modification de la liste existante	Ajout de la mention « lorsqu'il s'agit de la seule intervention pratiquée lors d'un même épisode d'intervention » à l'intervention suivante dans la liste Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires : <i>2.CZ.28.^ Mesure de la pression, œil NCA</i>	Préciser qu'il est uniquement obligatoire d'attribuer un code pour cette intervention lorsqu'il s'agit de la seule intervention pratiquée lors d'un même épisode d'intervention. Autrement dit, il n'est pas obligatoire d'attribuer un code pour cette intervention lorsqu'elle est pratiquée simultanément avec une autre intervention.	s.o.
Modification de la liste existante	Ajout du code 7.SF.14.ZX <i>Télémanipulation robotisée d'outils, service, utilisation d'un système NCA</i> à la liste Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins ambulatoires.	Inclure la directive sur l'attribution obligatoire du code 7.SF.14.ZX fournie dans la norme de codification <i>Codes multiples dans la CCI</i> .	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Sélection des interventions à codifier pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés — Normes de codification générales de la CCI</u>			
Modification de la liste existante	Modification de la description de l'intervention 1.^35.HZ-^^ dans la liste Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés. De : « Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'une endoprothèse à élution de médicaments » À : « Toute pharmacothérapie pratiquée au moyen d'une endoprothèse à élution de médicaments ou d'un dispositif implanté »	Préciser qu'il est obligatoire de saisir un code pour la pharmacothérapie pratiquée au moyen de n'importe quel dispositif à élution de médicaments.	s.o.
Modification de la liste existante	Ajout du code 7.SF.14.ZX <i>Télémanipulation robotisée d'outils, service, utilisation d'un système NCA</i> à la liste Codes obligatoires de la CCI supplémentaires pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés.	Inclure la directive sur l'attribution obligatoire du code 7.SF.14.ZX fournie dans la norme de codification <i>Codes multiples dans la CCI</i> .	s.o.
<u>Interventions endoscopiques — Normes de codification générales de la CCI</u>			
Déplacement du contenu de l'annexe A à la norme de codification	Déplacement des sections pertinentes de l'Annexe A — Ressources (Interventions diagnostiques par coloscopie) à la norme de codification <i>Interventions endoscopiques</i>.	Ajouter le contenu pertinent de l'Annexe A — Ressources, laquelle sera supprimée dans la version 2022.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Échecs d'intervention — Normes de codification générales de la CCI			
Modification d'une remarque existante	Modification de la remarque suivante : De : « Dans un tel cas, le médecin responsable tente parfois d'éliminer la plaque ou le thrombus en injectant un agent thrombolytique directement dans l'artère coronaire. Cet acte est classé à 1.IL.35.HA-1C <i>Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), agent thrombolytique.</i> Lorsqu'un médicament est administré par voie veineuse, l'acte doit être considéré comme une pharmacothérapie systémique. Lorsque le médicament est injecté dans une artère, il est toujours classé comme une pharmacothérapie locale. » À : « Dans un tel cas, le médecin responsable tente parfois d'éliminer la plaque ou le thrombus en injectant un agent thrombolytique par cathéter dans l'artère coronaire. Cet acte est classé à 1.IL.35.HH-1C <i>Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée par cathéter, agent thrombolytique.</i> Lorsqu'un médicament est administré par voie intraveineuse, l'acte doit être considéré comme une pharmacothérapie systémique. Lorsque le médicament est injecté dans une artère, il est classé comme une pharmacothérapie locale. »	Modifier la directive en fonction des améliorations apportées à la version 2022 de la CCI, où l'approche HA-1C (injection d'agents thrombolytiques) est supprimée, et préciser qu'une injection intracoronarienne d'agents thrombolytiques est pratiquée par cathéter et jamais par injection directe dans l'artère.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Absence acquise du sein et du poumon en raison d'une tumeur maligne primitive — Chapitre II – Tumeurs			
Suppression d'une norme de codification	Suppression de la norme de codification.	Supprimer des directives pour la collecte de données qui ne sont plus nécessaire à l'échelle nationale.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)
<u>Utilisation de substances psycho-actives — Chapitre V — Troubles mentaux et du comportement</u>			
Nouvelle norme de codification	Ajout d'une nouvelle norme de codification.	Fournir des directives sur la classification des problèmes liés ou associés à l'utilisation d'une substance psycho-active et à l'utilisation de plusieurs substances.	Changements concernant les troubles mentaux et du comportement (1195F)
<u>Convulsions — Chapitre VI — Maladies du système nerveux</u>			
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque suivante : « Il y a crise unique si une deuxième crise survient moins de 24 heures après la toute première [...] »	Préciser qu'il y a crise unique si la deuxième crise survient moins de 24 heures après la toute première, et convulsions récurrentes si la deuxième crise survient plus de 24 heures après la toute première.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Modification de l'exemple suivant : De : « Un enfant de cinq ans est admis à la suite d'une convulsion non associée à une fièvre. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a fait au moins deux crises convulsives dans le passé. Diagnostic final : Trouble convulsif. » À : « Un enfant de cinq ans est admis à la suite d'une convulsion non associée à une fièvre. Le médecin écrit au dossier que l'enfant a des antécédents de convulsions. Diagnostic final : Trouble convulsif. »	Préciser à quel moment les crises ont eu lieu.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Hypertension — Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire</u>			
Nouvelle norme de codification	Ajout d'une nouvelle norme de codification.	Rendre obligatoire la codification de l'hypertension (affections classées au bloc I10 à I15) chaque fois qu'elle est consignée au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires, peu importe la significativité.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)
<u>Hypertension et affections associées— Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire</u>			
Contenu déplacé entre les normes de codification	Déplacement de la remarque suivante apparaissant dans la sous-section Cardiopathie hypertensive et néphropathie hypertensive vers la nouvelle norme de codification Hypertension : « Assurez-vous que les codes de la catégorie I10 à I13 ne sont jamais enregistrés en tant que comorbidité après l'admission [...] »	Harmoniser la remarque avec la nouvelle norme de codification rendant obligatoire la saisie de codes pour les maladies hypertensives.	s.o.
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque suivante dans la sous-section Cardiopathie hypertensive et néphropathie hypertensive : « Il est obligatoire d'attribuer un code pour l'hypertension chaque fois que cette affection est consignée [...] »	Diriger les codificateurs vers la norme de codification applicable pour la codification d'un cas comportant une maladie hypertensive.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Traitement thrombolytique — Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire			
Modification d'une directive existante	Modification de l'énoncé de directive suivant : De : « Classez l'administration d'un agent thrombolytique par injection dans une artère ou par perfusion intra-artérielle à 1.^.^35.^.^ <i>Pharmacothérapie (locale), par site.</i> » À : « Classez l'administration d'un agent thrombolytique dans une artère à 1.^.^35.HH-1C <i>Pharmacothérapie (locale), par site, approche percutanée par cathéter, agent thrombolytique.</i> »	Modifier la directive en fonction des améliorations apportées à la version 2022 de la CCI, où l'approche HA-1C (injection d'agents thrombolytiques) est supprimée, et préciser qu'une injection intracoronarienne d'agents thrombolytiques est pratiquée par cathéter et jamais par injection directe dans l'artère.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple suivant : « Un patient se présente à l'urgence en raison d'une hémiplegie et d'une faiblesse faciale. Un examen de tomodensitométrie (TDM) montre un caillot dans l'artère cérébrale moyenne (ACM) gauche... »	Démontrer qu'il est obligatoire d'attribuer un code pour le traitement thrombolytique — sans égard au diagnostic — dans l'abrégié de la première hospitalisation, même si l'Indicateur d'intervention avant l'admission ne s'applique pas dans cette situation.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Remplacement des termes « injection intracoronarienne » par « administré par cathéter intracoronarien » et remplacement du code d'injection intracoronarienne d'agents thrombolytiques 1.IL.35.HA-1C <i>Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée à l'aiguille (injection), agent thrombolytique</i> par 1.IL.35.HH-1C <i>Pharmacothérapie (locale), vaisseaux cardiaques, approche percutanée par cathéter, agent thrombolytique</i> dans l'exemple suivant : « Un patient souffrant de STEMI est admis depuis le service d'urgence pour une éventuelle ICP. Deux artères endommagées, la descendante antérieure gauche et la circonflexe sont dilatées et des endoprothèses sont insérées [...] »	Modifier la directive en fonction des améliorations apportées à la version 2022 de la CCI, où l'approche HA-1C (injection d'agents thrombolytiques) est supprimée, et préciser qu'une injection intracoronarienne d'agents thrombolytiques est pratiquée par cathéter et jamais par injection directe dans l'artère.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Angine de poitrine — Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire			
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « facultatif » au code I25.10 <i>Cardiopathie artérioscléreuse des artères coronaires d'origine</i> dans l'exemple suivant : « Un patient souffrant de coronaropathie connue est admis pour une angine de poitrine instable [...] »	Préciser qu'il est facultatif d'attribuer un code pour la maladie ou le trouble sous-jacent(e) dans une telle situation, et assurer l'uniformité avec le changement correspondant apporté à l'exemple semblable de la norme de codification <i>Symptômes ou affections sous-jacents</i> .	s.o.
Arrêt cardiaque — Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire			
Modification de l'exemple existant	Retrait du code 1.GZ.31.CB-EP Ventilation, système respiratoire NCA, approche non invasive, assistée manuellement (p. ex. masque ambu) (facultatif) et de la remarque dans la justification de l'exemple suivant : « Une patiente de 58 ans se présente au service d'urgence, car elle souffre de douleurs à la poitrine [...] »	Préciser que la ventilation non invasive est inhérente au code 1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante et qu'il n'est pas nécessaire d'attribuer un code supplémentaire pour celle-ci.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Retrait du code 1.GZ.31.CB-EP Ventilation, système respiratoire NCA, approche non invasive, assistée manuellement (p. ex. masque ambu) (facultatif) et de la remarque dans la justification de l'exemple suivant : « Un homme de 55 ans s'effondre pendant qu'il pellette la neige dans l'allée de sa maison [...] »	Préciser que la ventilation non invasive est inhérente au code 1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante et qu'il n'est pas nécessaire d'attribuer un code supplémentaire pour celle-ci.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, ischémiques et non précisés — Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire</u>			
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque suivante : « Lorsque le diagnostic final inscrit au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires est "accident vasculaire cérébral" ou "AVC" sans autre précision [...] »	Préciser qu'un diagnostic final d'accident vasculaire cérébral (AVC) sans autre précision est classé comme un AVC ischémique lorsque les rapports d'imagerie diagnostique excluent le diagnostic d'AVC hémorragique.	s.o.
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple suivant : « Un patient se présente au service d'urgence en raison d'une diminution de la mobilité faciale et d'un trouble de l'élocution. Il est admis avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) [...] »	Illustrer qu'un diagnostic final d'accident vasculaire cérébral (AVC) sans autre précision est classé comme un AVC ischémique lorsque les rapports d'imagerie diagnostique excluent le diagnostic d'AVC hémorragique.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Maladie vasculaire périphérique — Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire			
Modification de l'exemple existant	Modification de l'exemple ci-dessous et ajout du code I10.0 <i>Hypertension artérielle bénigne</i>. De : « Un patient de 65 ans se présente à l'hôpital pour une artériographie non urgente des membres inférieurs. Il souffre de douleurs gênantes dans la cuisse, provoquées par des crampes, et il a remarqué que ses symptômes se déclenchent en marchant et s'atténuent au repos. Il présente des antécédents d'hypertension, mais aucun antécédent de diabète. Le médecin consigne le diagnostic comme « MVP » (maladie vasculaire périphérique) [...] » À : « Un patient de 65 ans se présente à l'hôpital pour une artériographie non urgente des membres inférieurs. Il souffre de douleurs gênantes dans la cuisse, provoquées par des crampes, et il a remarqué que ses symptômes se déclenchent lors de la marche et s'atténuent au repos. Le médecin consigne des antécédents d'hypertension, mais aucun antécédent de diabète. Le diagnostic final inscrit au dossier est « MVP » (maladie vasculaire périphérique) [...] »	Illustrer qu'il est obligatoire d'attribuer un code pour les maladies hypertensives (affections classées au bloc I10 à I15) lorsque l'hypertension est consignée au dossier par le médecin ou le dispensateur de soins primaires, peu importe la significativité, conformément à la nouvelle norme de codification <i>Hypertension</i> .	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Ventilation invasive — Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire			
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque « L'attribut de situation est obligatoire pour tous les codes de la rubrique 1.GZ.31.^ ^ [...] »	Indiquer que le nouvel attribut de situation de la rubrique 1.GZ.31.^ ^ est obligatoire et que l'attribut de situation pour tous les épisodes de ventilation doit correspondre à celui du dernier épisode de ventilation avant le décès.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) - Ventilation, système respiratoire NCA
Nouvelle sous-section	Ajout de la sous-section « Calcul de l'attribut de situation » et du sous-titre « Calcul de l'attribut d'étendue ».	Indiquer comment calculer la valeur de l'attribut de situation.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) - Ventilation, système respiratoire NCA
Modification de l'exemple existant	Ajout de « [...] et reçoit son congé le septième jour » dans l'exemple suivant : « Une patiente est admise en raison d'une pneumonie [...] » Ajout de l'attribut de situation 0 et mise à jour de la justification.	Illustrer qu'il est obligatoire d'appliquer l'attribut de situation 0 avec un code de la rubrique 1.GZ.31.^ ^ lorsque le patient est vivant à la sortie.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) - Ventilation, système respiratoire NCA

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Ventilation invasive — Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire (suite)			
Modification de l'exemple existant	Ajout de l'attribut de situation 0 et mise à jour de la justification dans les exemples suivants : « Un patient est admis pour subir un pontage aorto-coronarien [...] » « Un patient est placé sous ventilation par intubation endotrachéale [...] » « Une patiente subit des blessures graves [...] »	Illustrer qu'il est obligatoire d'appliquer l'attribut de situation 0 avec un code de la rubrique 1.GZ.31.^ lorsque le patient est vivant à la sortie.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) - Ventilation, système respiratoire NCA
Modification de l'exemple existant	Ajout de « [...] puis décède 15 minutes après l'arrêt de la ventilation » dans l'exemple suivant : « Un patient est intubé et ventilé par une intubation endotrachéale [...] » Ajout de l'attribut de situation V1 et mise à jour de la justification.	Illustrer que la même valeur d'attribut de situation doit être appliquée à chaque code lorsque plusieurs codes de la rubrique 1.GZ.31.^ sont utilisés. Cette valeur correspond à la durée entre la fin du dernier épisode de ventilation et le moment du décès.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) - Ventilation, système respiratoire NCA
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple « Un homme tente de se suicider [...] »	Illustrer que l'attribut de situation V1 s'applique lorsque la mort cérébrale est constatée et que les mesures de maintien des fonctions vitales prennent fin.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) - Ventilation, système respiratoire NCA

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Ventilation invasive — Chapitre X — Maladies de l'appareil respiratoire (suite)			
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple « Un homme de 84 ans est trouvé inconscient à son domicile [...] »	Illustrer que l'attribut de situation V3 s'applique lorsque la durée entre la fin du dernier épisode de ventilation et le moment du décès est d'au moins 6 heures, mais ne dépasse pas 24 heures.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) - Ventilation, système respiratoire NCA
Ulcères de décubitus — Chapitre XII — Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané			
Nouvelle norme de codification	Ajout d'une nouvelle norme de codification.	Rendre obligatoire la codification des ulcères de décubitus lorsque cette affection est consignée au dossier par un médecin ou par n'importe quel professionnel paramédical réglementé. La collecte de données sur les ulcères de décubitus permet l'analyse de cette préoccupation nationale en matière de sécurité des patients, ainsi que la production de rapports connexes.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)
Épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique — Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire			
Modification de l'exemple existant	Ajout du code N14.1 Néphropathie due à d'autres drogues, médicaments et substances biologiques à l'exemple suivant et modification de la justification : « Une patiente se plaignant de malaise est admise par le service d'urgence [...] »	Indiquer le bon code obligatoire à attribuer pour les manifestations en tant qu'effet indésirable au cours de l'usage thérapeutique.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Grossesse se terminant par un avortement — Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité			
Contenu déplacé entre les normes de codification	Déplacement de la remarque « Une naissance vivante résultant d'un avortement spontané ou médical avant la 20 ^e semaine de gestation est considérée préviabie [...] » de la sous-section « Avortement médical résultant en une naissance vivante » à la sous-section « O03-O08 Grossesse se terminant par un avortement », au début de la norme de codification.	Positionner la remarque de façon à ce qu'il soit clair qu'elle s'applique à la fois aux avortements spontanés et aux avortements médicaux.	s.o.
Modification d'une remarque existante	Ajout des mots « spontané ou » dans la remarque suivante : « Une naissance vivante résultant d'un avortement spontané ou médical avant la 20 ^e semaine de gestation est considérée préviabie [...] »	Préciser que la remarque s'applique à la fois aux avortements spontanés et aux avortements médicaux.	s.o.
Nouveau sous-titre	Ajout du sous-titre « O03 Avortement spontané » et d'un paragraphe d'introduction dans la sous-section.	Préciser que cette section porte sur les avortements spontanés.	s.o.
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple « Une patiente se présente en travail à 17 semaines de gestation. Elle accouche d'un fœtus vivant [...] »	Indiquer que la remarque s'applique aux avortements spontanés de même qu'aux avortements médicaux.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Remplacement du mot « Synthocinon » par « ocytocine » dans l'exemple suivant : « Une patiente subit un avortement médical à 23 semaines de gestation pour anencéphalie fœtale [...] »	Identifier le bon médicament utilisé pour déclencher le travail.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Grossesse avec complication et grossesse sans complication — Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité</u>			
Modification de la liste existante	Ajout de « Infection aiguë (confirmée ou suspectée) causée par le virus de la COVID-19 (SRAS-CoV-2) (O98.5–) et manifestations associées (p. ex. O99.–) » et de « Maladie à virus Zika (O98.5–) » à la liste des affections qui sont toujours considérées comme des complications de la grossesse.	Préciser qu'une infection aiguë (confirmée ou suspectée) causée par le virus de la COVID-19 (SRAS-CoV-2) et ses manifestations associées ainsi que la maladie à virus Zika sont toujours considérées comme des complications de la grossesse.	s.o.
<u>Interventions associées à l'accouchement — Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité</u>			
Modification d'une directive existante	Ajout du terme « actif » à la directive suivante : « Lorsqu'un déclenchement est effectué sans mener au travail actif et que la patiente obtient son congé ou subit une césarienne, attribuez un code de la catégorie O61 <i>Échec du déclenchement du travail.</i> »	Pour préciser que O61 est attribué lorsqu'un déclenchement est effectué, mais que le travail actif ne commence pas.	s.o.
Modification d'une directive existante	Remplacement du terme « induction » par « déclenchement » dans la phrase suivante : « Plusieurs tentatives de déclenchement au cours d'une même admission, qui résultent en un déclenchement du travail suivi d'un accouchement par voie vaginale... »	Pour uniformiser avec les autres occurrences du terme.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) – Agents de déclenchement: codes et qualificateurs ajoutés, modifiés et désactivés

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Interventions associées à l'accouchement — Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (suite)			
Modification de l'exemple existant	Ajout du terme « actif » dans l'exemple suivant : « Une patiente primigeste souffrant de pré-éclampsie est admise pour le déclenchement du travail. Un gel de prostaglandine est inséré par voie intravaginale et la patiente reçoit une injection intraveineuse d'ocytocine. Cinq heures plus tard, le travail actif n'a toujours pas commencé... »	Pour préciser que, dans cet exemple, le travail « actif » n'a pas commencé, et uniformiser le texte avec la directive « Lorsqu'un déclenchement est effectué sans mener au travail actif... »	s.o.
Modification de l'exemple existant	Ajout du terme « actif » dans l'exemple suivant et remplacement du terme « induction » par « déclenchement » : « Une patiente primigeste souffrant de pré-éclampsie est admise pour un déclenchement du travail. Un gel de prostaglandine est inséré par voie intravaginale et la patiente reçoit une injection intraveineuse d'ocytocine. Le travail actif commence mais, huit heures plus tard... » Également ajouté à la justification : « Même si la patiente a accouché par césarienne, la tentative de déclenchement a mené au travail actif... »	Pour préciser que, dans cet exemple, le travail actif a commencé et que le déclenchement ne peut donc être considéré comme un échec.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Interventions associées à l'accouchement — Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité (suite)</u>			
Modification de l'exemple existant	Mettre le terme « oxytocine » au singulier dans l'exemple suivant : « Une patiente se présente à l'hôpital à 42 semaines de gestation sans signe de travail. On décide de déclencher le travail par rupture artificielle des membranes. Lorsque son col est dilaté à 5 cm, les contractions ralentissent. La patiente reçoit alors de l'oxytocine par intraveineuse. »	Pour uniformiser avec les autres occurrences du terme.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) – Agents de déclenchement: codes et qualificatifs ajoutés, modifiés et désactivés
<u>Absence de signes vitaux (ASV) — Chapitre XVIII — Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs</u>			
Modification de l'exemple existant	Retrait du code 1.GZ.31.CB-EP Ventilation, système respiratoire NCA, approche non invasive, assistée manuellement (p. ex. masque ambu) de l'exemple suivant : « Une femme de 45 ans souffrant d'obésité s'effondre en l'absence de témoins [...] »	Préciser que la ventilation non invasive est inhérente au code 1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante et qu'il n'est pas nécessaire d'attribuer un code supplémentaire pour celle-ci.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Retrait du code 1.GZ.31.CB-EP Ventilation, système respiratoire NCA, approche non invasive, assistée manuellement (p. ex. masque ambu) de l'exemple suivant : « Un homme de 45 ans en santé se rend au travail en voiture lorsque [...] »	Préciser que la ventilation non invasive est inhérente au code 1.HZ.30.JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante et qu'il n'est pas nécessaire d'attribuer un code supplémentaire pour celle-ci.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes			
Modification d'une remarque existante	Ajout du code U07.7 et d'un énoncé « Reportez-vous également à » faisant référence à l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19) dans la remarque suivante : « Il est obligatoire d'appliquer l'indicateur de série à l'ensemble des codes qui décrivent - un effet indésirable au cours de l'usage thérapeutique (U07.7, Y40 à Y59); ou - un surdosage accidentel de médicaments ou l'administration d'un médicament par erreur (X40 à X44), soit un incident survenu au cours d'actes médicaux et chirurgicaux (Y60 à Y69). Reportez-vous également à la norme de codification Indicateur de série et à l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19) »	Préciser que l'ensemble de codes sous lesquels peuvent être classés les effets indésirables en usage thérapeutique comprend U07.7 et que la directive sur l'attribution du code U07.7 se trouve dans l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19) .	s.o.
Modification d'une directive existante	Regroupement des deux premiers points de la colonne « Effets indésirables en usage thérapeutique » du tableau.	Préciser qu'un effet indésirable en usage thérapeutique peut se produire lorsque la bonne substance est prise ou administrée et que la posologie est respectée.	Changements à la norme de codification sur les réactions indésirables et les empoisonnements (1196F)

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (suite)			
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque suivante dans la colonne « Effets indésirables en usage thérapeutique » du tableau : « Les médicaments sans ordonnance viennent avec un mode d'emploi et une posologie recommandée (p. ex. un patient qui choisit un médicament en vente libre pour un usage personnel). Les médicaments sans ordonnance ne comprennent pas les substances comme l'alcool ou le cannabis. Pour que leur usage soit considéré comme thérapeutique, ces substances doivent avoir été prescrites par un clinicien dans le but de traiter une affection diagnostiquée. »	Préciser que les médicaments sans ordonnance incluent uniquement les médicaments qui viennent avec un mode d'emploi et une posologie recommandée.	Changements à la norme de codification sur les réactions indésirables et les empoisonnements (1196F)
Modification d'une remarque existante	Dans le tableau, ajout du code U07.7 à la remarque suivante dans la colonne Effet indésirable en usage thérapeutique : « Directives de codification Attribuez un code décrivant la réaction et/ou la manifestation. Inscrivez d'abord le code pour la réaction ou la manifestation, suivi d'un code de cause externe (U07.7, Y40 à Y59) extrait du tableau Index alphabétique des médicaments et autres substances chimiques (Table des effets nocifs), sous la colonne Effet indésirable en usage thérapeutique. »	Préciser que l'ensemble de codes sous lesquels peuvent être classés les effets indésirables en usage thérapeutique comprend U07.7.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (suite)			
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque suivante dans la colonne « Empoisonnements » du tableau : « N'attribuez pas un code de cause externe pour indiquer un effet indésirable en usage thérapeutique (U07.7, Y40 à Y59) avec un code d'empoisonnement. »	Préciser qu'il n'est pas correct d'attribuer un code de cause externe dénotant un effet indésirable en usage thérapeutique (U07.7, Y40 à Y59) avec un code d'intoxication de la catégorie T.	Changements à la norme de codification sur les réactions indésirables et les empoisonnements (1196F)
Modification d'une remarque existante	Modification de la remarque suivante dans la colonne « Empoisonnements » du tableau : De : Aucun code n'est attribué si le patient n'a subi aucun préjudice découlant d'un surdosage de médicaments ou de l'administration d'un médicament par erreur dans l'établissement de santé. À : Aucun code n'est attribué si le patient n'a subi aucun préjudice découlant de l'administration du mauvais médicament ou de la mauvaise dose par erreur dans l'établissement de santé.	Préciser qu'aucun code d'empoisonnement n'est attribué si le patient n'a subi aucun préjudice découlant de l'administration du mauvais médicament ou de la mauvaise dose pendant la prestation des soins.	Changements à la norme de codification sur les réactions indésirables et les empoisonnements (1196F)
Modification de l'exemple existant	Modification de la justification dans l'exemple suivant : « Une patiente se présente en travail. Une épidurale lui est administrée [...] » De : « L'administration d'un médicament par erreur n'a causé aucun préjudice à la patiente; par conséquent, aucun code n'est attribué [...] » À : « L'administration d'un médicament par erreur dans l'établissement de santé n'a causé aucun préjudice à la patiente; par conséquent, aucun code n'est attribué [...] »	Préciser que cet exemple concerne l'administration du mauvais médicament pendant la prestation de soins.	Changements à la norme de codification sur les réactions indésirables et les empoisonnements (1196F)

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (suite)			
Modification de l'exemple existant	Ajout du code N17.0 <i>Insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire</i> à l'exemple suivant : « Un patient admis pour un zona est placé sous acyclovir [...] »	Indiquer le bon code obligatoire à attribuer pour les manifestations de l'empoisonnement.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « facultatif » au code Z91.1 dans l'exemple suivant : « Un patient âgé de 17 ans souffrant d'asthme depuis plusieurs années [...] »	Préciser qu'il est facultatif d'attribuer Z91.1 <i>Antécédents personnels de non-observance d'un traitement médical et d'un régime.</i>	s.o.
Surdose d'opioïde (intoxication) — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes			
Nouvelle norme de codification	Ajout d'une nouvelle norme de codification.	Fournir des directives sur la classification des cas de surdose d'opioïde (intoxication) en s'appuyant sur le bulletin Directives de codification des surdoses d'opioïdes publié en novembre 2017, révisé en avril 2018, et en vigueur jusqu'au 31 mars 2022.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)
Lésions traumatiques récentes versus anciennes — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes			
Nouvelle exception	Ajout de l'exception suivante : « Lorsqu'une lésion est documentée comme étant liée à un événement traumatique et que la classification n'offre pas la possibilité de classer la lésion comme étant récente ou ancienne [...] »	Préciser qu'il faut attribuer le code lié au terme « traumatique », peu importe le temps écoulé, lorsque la classification n'offre pas de choix entre une lésion récente et une lésion ancienne.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) – Lésions traumatiques récentes versus anciennes

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Lésions traumatiques récentes versus anciennes — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (suite)</u>			
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple suivant : « Il y a 18 mois, la patiente a subi une luxation de l'épaule en s'étirant le bras à la suite d'une chute sur un trottoir glacé [...] »	Démontrer qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs associée à un événement traumatique est classée comme une lésion traumatique, peu importe le temps écoulé.	Exploration des principaux changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1194F) – Lésions traumatiques récentes versus anciennes
<u>Affections post-intervention — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes</u>			
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque : « Une affection consécutive à une greffe de cellules souches peut être liée [...] »	Expliquer la différence entre une affection consécutive à une greffe de cellules souches (autologues, allogéniques ou syngéniques liée aux cellules souches greffées et une affection consécutive à une greffe de cellules souches liée à la perfusion de cellules souches elle-même, et préciser comment les affections consécutives à une greffe de cellules souches sont classées.	s.o.
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple suivant : « Une patiente atteinte de sclérose en plaques est admise pour une greffe de cellules souches parce que les traitements conventionnels se sont avérés inefficaces pour ralentir la progression de la maladie [...] »	Indiquer qu'une affection consécutive à une greffe de cellules souches (autologues, allogéniques ou syngéniques) liée aux cellules souches greffées doit être classée avec le code principal de l'index alphabétique, conformément à l'étape 1c de la section Recherche du code principal d'une affection post-intervention dans l'index alphabétique.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Affections post-intervention — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (suite)</u>			
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple suivant : « Un patient est admis pour le traitement d'une maladie du greffon contre l'hôte découlant d'une allogreffe de cellules souches effectuée il y a trois semaines. »	Indiquer que la directive de la norme de codification <i>Rejet ou échec de transplantation d'organes, de greffons et de lambeaux</i> s'applique dans un tel cas.	s.o.
<u>Incidents survenus au cours d'actes médicaux et chirurgicaux — Chapitre XIX – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes</u>			
Modification de l'exemple existant	Ajout du code N17.0 Insuffisance rénale aiguë avec nécrose tubulaire à l'exemple suivant : « Un patient admis pour un zona est placé sous acyclovir [...] »	Indiquer le bon code obligatoire à attribuer pour les manifestations de l'empoisonnement.	s.o.
<u>Admission pour examen de contrôle — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé</u>			
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « facultatif » au code Z87.8 <i>Antécédents personnels d'autres affections précisées</i> dans l'exemple suivant : « Le travailleur de la construction revient au service d'urgence [...] »	Préciser qu'il est facultatif d'attribuer un code de la catégorie Z87 <i>Antécédents personnels d'autres maladies</i> .	s.o.
Nouvel exemple	Ajout de l'exemple suivant : « Un patient est admis en chirurgie d'un jour pour une coloscopie et des biopsies visant à évaluer l'état de sa colite ulcéreuse [...] »	Expliquer que lorsqu'un patient est admis pour l'évaluation d'une maladie chronique, un code d'examen de contrôle n'est pas attribué, parce qu'on considère que le patient est toujours atteint de la maladie et qu'il poursuivra le traitement visant à la gérer.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Admission pour examen de contrôle — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)			
Modification d'une directive existante	Modification de l'énoncé de directive suivant : De : « Lorsque le seul but d'une visite est la prestation de soins ou de services spécifiques, sélectionnez un code de l'une des catégories suivantes comme diagnostic principal/problème principal : » À : « Lorsque le seul but d'une visite est la prestation de soins spécifiques ou de soins de contrôle, sélectionnez un code de l'une des catégories suivantes comme diagnostic principal/problème principal : »	Remplacer le mot « services » par un terme plus approprié pour les visites classées sous Z39.2 <i>Contrôle de routine au cours du post-partum</i> , Z42 <i>Soins de contrôle comprenant une opération plastique</i> , Z47 <i>Autres soins de contrôle orthopédiques</i> et Z48 <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux</i> .	s.o.
Modification d'une remarque existante	Révision du deuxième paragraphe de la remarque : De : « La catégorie Z48 <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux</i> est utilisée pour décrire les visites ayant pour seul but de recevoir une intervention précise liée au traitement précédent. Cela comprend les changements de pansement et les vérifications de plaie afin de s'assurer que la guérison progresse tel que prévu. » À : « La catégorie Z48 <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux</i> est utilisée pour décrire les visites ayant pour but de recevoir une intervention précise ou des soins de contrôle chirurgicaux liés au traitement précédent. Cela comprend les changements de pansement, les retraits de points de suture, les changements ou retraits de drains, et les fermetures planifiées de plaies postopératoires. »	Préciser les types d'interventions liées à un traitement précédent qui sont classés dans la catégorie Z48 <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux</i> .	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
<u>Admission pour examen de contrôle — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)</u>			
Retrait d'un exemple	Retrait de l'exemple suivant : « Un patient se présente au service d'urgence après une chirurgie récente, car la plaie est [...] »	Supprimer un exemple ne comportant aucune documentation clinique à l'appui.	s.o.
<u>Admission pour convalescence — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé</u>			
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « facultatif » au code I20.0 <i>Angine de poitrine instable</i> dans l'exemple suivant : « Un patient est admis à l'unité de chirurgie d'un jour pour subir une angiographie coronaire non urgente [...] »	Indiquer qu'il est facultatif d'attribuer un code d'angine de poitrine instable, car il n'y a pas eu d'angine de poitrine instable observée durant l'épisode de soins, et il ne s'agit pas de l'affection pour laquelle la convalescence est requise.	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé			
Modification de l'exemple existant	Modification de l'exemple suivant et de l'attribution du code : De : « Un patient présentant une leucémie myéloblastique aiguë (LMA) est admis pour un traitement de consolidation (post-rémission) à base de mitoxantrone, étoposide et cytarabine (MEC). Au cours de son admission, le patient développe une neutropénie fébrile accompagnée d'une entérocolite sévère. Une hémoculture confirme la présence de staphylocoques à coagulase négative [...] » A04.8 (M) B95.7 (3) Z51.1 (1) A04.8 (2) [A] D70.0 (2) [A] Y43.3 (9) [A] C92.0 (3) À : « Un patient présentant une leucémie myéloblastique aiguë (LMA) est admis pour un traitement de consolidation (post-rémission) à base de mitoxantrone, étoposide et cytarabine (MEC). Au cours de son admission, le patient développe une neutropénie fébrile et une entérocolite sévère liées à la chimiothérapie. Le service de chirurgie générale est consulté [...] » K52.1 (M) [A] Z51.1 (1) K52.1 (2) [A] D70.0 (2) [A] R50.9 (2) [A] Y43.1 (9) [A] Y43.3 (9) [A] C92.0 (3)	Préciser que la neutropénie fébrile et l'entérocolite sévère sont des affections liées à la chimiothérapie, et indiquer le bon code obligatoire à attribuer à ces affections à titre d'effets indésirables en usage thérapeutique de la mitoxantrone et de l'étoposide (Y43.3) et de la cytarabine (Y43.1).	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)			
Modification d'une directive existante	Changement de directive. Révision de l'énoncé de directive suivant : De : « Lorsqu'un patient chez qui on a diagnostiqué une affection non maligne se présente uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie, attribuez Z51.2 <i>Autre forme de chimiothérapie</i> comme diagnostic principal/problème principal; ou Z51.2 <i>Autre forme de chimiothérapie</i> comme diagnostic de type (1)/autre problème lorsqu'une affection après l'admission survient au cours de l'épisode de soins et qu'elle répond aux critères de diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème. » À : « Lorsqu'un patient chez qui on a diagnostiqué une affection non maligne se présente uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie, attribuez Z51.2 <i>Autre forme de chimiothérapie</i> comme diagnostic principal/problème principal; ou Z51.2 <i>Autre forme de chimiothérapie</i> comme diagnostic de type (1)/autre problème lorsqu'une affection après l'admission survient au cours de l'épisode de soins et qu'elle répond aux critères de diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire, facultatif, pour désigner cette affection comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement. »	Indiquer le changement de directive selon lequel il n'est plus obligatoire d'attribuer un code supplémentaire pour identifier la maladie ou l'affection bénigne. L'attribution du code supplémentaire est facultative.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)			
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « facultatif » au code M70.3 dans l'exemple suivant, et modification de la justification : « Un patient souffrant d'une bursite au coude est vu au service d'urgence [...] »	Préciser qu'il est facultatif d'attribuer un code supplémentaire pour identifier la maladie ou l'affection bénigne.	s.o.
Modification de l'exemple existant	Ajout du mot « facultatif » au code B24 dans l'exemple suivant, et modification de la justification : « Un patient atteint du sida est vu en soins ambulatoires uniquement pour l'administration d'une pharmacothérapie antirétrovirale. »	Préciser qu'il est facultatif d'attribuer un code supplémentaire pour identifier la maladie ou l'affection bénigne.	s.o.
Itinérance — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé			
Modification d'une directive existante	Changement de directive. Modification de la directive suivante : De : « Attribuez Z59.0 <i>Sansabri</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire , pour les patients qui sont sansabri à leur admission. » À : « Attribuez Z59.0 <i>Sansabri</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire , lorsque cette situation est consignée au dossier. »	Indiquer la nouvelle directive selon laquelle il est obligatoire d'attribuer Z59.0 <i>Sansabri</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsque cette situation est consignée au dossier, peu importe les circonstances.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)
Nouvelle remarque	Ajout de la remarque suivante : « Pour les cas de patients hospitalisés, lorsque Z59.0 <i>Sansabri</i> est attribué comme code Z associé au service 99 [...] »	Préciser que lorsque Z59.0 <i>Sansabri</i> est attribué comme code Z associé au service 99 (NSA), il n'est pas nécessaire de répéter le code comme diagnostic de type (3).	s.o.

Type de changement	Description des changements	Justification	Information supplémentaire dans Destination 2022 Formation
Itinérance — Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)			
Modification d'une directive existante	Retrait des mots « à l'admission » dans l'énoncé suivant : « La documentation sur l'itinérance n'est pas limitée à celle qui est fournie par les médecins. L'objectif est d'attribuer un code pour l'itinérance lorsque celle-ci est consignée lors de l'examen de routine du dossier, et non de mener une recherche exhaustive de la documentation secondaire pour y trouver une référence à l'itinérance. L'itinérance à l'admission peut être documentée à tout moment durant l'épisode de soins du patient. »	Préciser qu'il est obligatoire d'attribuer Z59.0 <i>Sans abri</i> , peu importe le moment où le patient est sans abri (p. ex. à l'admission, après l'admission).	s.o.
Modification de l'exemple existant	Retrait des mots « à l'admission » dans la justification de l'exemple suivant : « Un patient âgé de 60 ans est admis en raison d'une bronchite. Le dossier indique que ce patient habite dans un refuge pour hommes. »	Illustrer la nouvelle directive selon laquelle il est obligatoire d'attribuer Z59.0 <i>Sans abri</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsque cette situation est consignée au dossier.	s.o.
Trouble lié au vapotage — Chapitre XXIII — Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires			
Nouvelle norme de codification	Ajout d'une nouvelle norme de codification.	Fournir des directives sur la classification d'un diagnostic de trouble lié au vapotage en s'appuyant sur le bulletin <i>Troubles liés au vapotage</i> diffusé en octobre 2019 et le bulletin <i>Directive de codification selon la CIM-10-CA pour le trouble lié au vapotage</i> diffusé en décembre 2020, les deux bulletins étant en vigueur jusqu'au 31 mars 2022. Fournir des directives sur l'utilisation du nouveau code de la version 2022 de la CIM-10-CA (Z72.80) pour désigner les cas de patients qui vapotent ou qui utilisent un dispositif de vapotage.	Points d'intérêt : version 2022 de la CIM-10-CA/CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F)

Annexe D — Attributs obligatoires de la CCI

Les attributs sont obligatoires pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- Ils ont une incidence sur le regroupement.
- Ils fournissent des détails utiles non inclus dans la structure générique du code de la CCI.
- Ils fournissent des détails pertinents à l'échelle nationale et pour les bases de données et registres de l'ICIS.
- Ils fournissent des détails importants sur les besoins du système de santé

Cette liste contient les rubriques de la CCI pour lesquels les attributs de situation, de lieu et d'étendue ont été activés comme obligatoires dans Folio.

Lorsqu'une intervention répond aux critères d'intervention : « abandonnée », « convertie » ou « reprise », selon les normes de codification, il est obligatoire d'appliquer l'attribut de situation, s'il est disponible, même si le dit attribut n'est pas activé comme étant obligatoire — c'est-à-dire que la boîte de l'attribut de situation n'est pas rose dans Folio.

Reportez-vous également aux normes de codification [Interventions abandonnées](#), [Interventions converties](#) et [Interventions reprises](#).

Pour en savoir plus sur les attributs, reportez-vous aux champs 03, 04 et 05 du groupe 11 du *Manuel de saisie de l'information de la BDCP* et aux éléments de données 48, 49 et 50 du *Manuel de saisie de l'information du SNISA*.

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.AX.13.^	Contrôle d'une hémorragie, canal rachidien et méninges	—	—	Obligatoire
1.BF.59.^	Destruction, nerfs sympathiques	—	Obligatoire	—
1.CN.13.^	Contrôle d'une hémorragie, rétine	—	—	Obligatoire
1.ET.13.^	Contrôle d'une hémorragie, nez	—	—	Obligatoire
1.FL.87.^	Excision partielle, glande sublinguale	—	Obligatoire	—
1.FM.87.^	Excision partielle, glande parotide	—	Obligatoire	—
1.FN.87.^	Excision partielle, glande sous-maxillaire	—	Obligatoire	—
1.FR.13.^	Contrôle d'une hémorragie, amygdales et végétations adénoïdes	—	—	Obligatoire
1.FU.13.^	Contrôle d'une hémorragie, glande thyroïde	—	—	Obligatoire

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.FU.87.^	Excision partielle, glande thyroïde	—	Obligatoire	—
1.FU.89.^	Excision totale, glande thyroïde	—	Obligatoire	—
1.FV.87.^	Excision partielle, glande parathyroïde	—	Obligatoire	—
1.GJ.77.^	Pontage avec extériorisation, trachée	Obligatoire	—	—
1.GM.13.^	Contrôle d'une hémorragie, bronches NCA	—	—	Obligatoire
1.GR.87.^	Excision partielle, lobe du poumon	—	Obligatoire	—
1.GR.89.^	Excision totale, lobe du poumon	—	Obligatoire	—
1.GR.91.^	Excision radicale, lobe du poumon	—	Obligatoire	—
1.GT.13.^	Contrôle d'une hémorragie, poumon NCA	—	—	Obligatoire
1.GT.59.^	Destruction, poumon NCA	—	Obligatoire	—
1.GT.87.^	Réparation de réduction, poumon NCA	—	Obligatoire	—
1.GT.85.^	Transplantation, poumon NCA	—	Obligatoire	—
1.GT.89.^	Excision totale, poumon NCA	—	Obligatoire	—
1.GT.91.^	Excision radicale, poumon NCA	—	Obligatoire	—
1.GZ.31.^	Ventilation, système respiratoire NCA	Obligatoire	—	Obligatoire
1.HD.53.^	Implantation d'un appareil interne, endocarde	—	—	Obligatoire
1.HZ.53.^	Implantation d'un appareil interne, cœur NCA	—	—	Obligatoire
1.ID.50.^	Dilatation, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.ID.53.^	Implantation d'un appareil interne, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.ID.55.^	Retrait d'un appareil, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.ID.57.^	Extraction, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.ID.74.^	Fixation, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.ID.76.^	Pontage, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.ID.79.^	Réparation d'augmentation, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.ID.80.^	Réparation, aorte NCA	—	Obligatoire	—
1.IJ.50.^	Dilatation, artères coronaires	Obligatoire	—	Obligatoire
1.IJ.55.^	Retrait d'un appareil, artères coronaires	—	—	Obligatoire

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.IJ.57.^	Extraction, artères coronaires	—	—	Obligatoire
1.IJ.76.^	Pontage, artères coronaires	—	—	Obligatoire
1.IJ.86.^	Fermeture de fistule, artères coronaires	—	—	Obligatoire
1.IM.51.^	Occlusion, artère pulmonaire	—	—	Obligatoire
1.IN.51.^	Occlusion, veine pulmonaire	—	—	Obligatoire
1.IS.53.^	Implantation d'un appareil interne, veine cave (supérieure et inférieure)	—	Obligatoire	—
1.JE.51.^	Occlusion, artère carotide	—	—	Obligatoire
1.JJ.51.^	Occlusion, tronc artériel brachiocéphalique	—	—	Obligatoire
1.JK.51.^	Occlusion, artère sous-clavière	—	—	Obligatoire
1.JL.51.^	Occlusion, artère mammaire interne	—	—	Obligatoire
1.JM.51.^	Occlusion, artères du bras NCA	—	—	Obligatoire
1.JW.51.^	Occlusion, vaisseaux intracrâniens	—	—	Obligatoire
1.JX.51.^	Occlusion, autres vaisseaux de la tête, du cou et de la colonne vertébrale NCA	—	—	Obligatoire
1.JY.51.^	Occlusion, vaisseaux thoraciques NCA	—	—	Obligatoire
1.KE.51.^	Occlusion, artères abdominales NCA	—	—	Obligatoire
1.KG.51.^	Occlusion, artères de la jambe NCA	—	—	Obligatoire
1.KQ.51.^	Occlusion, veines abdominales NCA	—	—	Obligatoire
1.KG.82.^	Rattachement, artères de la jambe NCA	—	—	Obligatoire
1.KT.51.^	Occlusion, vaisseaux du bassin, du périnée et de la région fessière	—	—	Obligatoire
1.MC.87.^	Excision partielle, ganglion(s) lymphatique(s), cervical(aux)	—	Obligatoire	—
1.MC.89.^	Excision totale, ganglion(s) lymphatique(s), cervical(aux)	—	Obligatoire	—
1.MC.91.^	Excision radicale, ganglion(s) lymphatique(s), cervical(aux)	—	Obligatoire	—
1.NF.13.^	Contrôle d'une hémorragie, estomac	—	—	Obligatoire
1.NF.78.^	Réparation de réduction, estomac	Obligatoire	—	—

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.NK.87.^	Excision partielle, intestin grêle	—	Obligatoire	—
1.NM.87.^	Excision partielle, gros intestin	—	Obligatoire	—
1.NP.13.^	Contrôle d'une hémorragie, intestin grêle et gros intestin	—	—	Obligatoire
1.NV.89.^	Excision totale, appendice	Obligatoire	—	—
1.OA.13.^	Contrôle d'une hémorragie, foie	—	—	Obligatoire
1.OA.87.^	Excision partielle, foie	—	Obligatoire	—
1.OB.13.^	Contrôle d'une hémorragie, rate	—	—	Obligatoire
1.PB.87.^	Excision partielle, glande surrénale	—	Obligatoire	—
1.PB.89.^	Excision totale, glande surrénale	—	Obligatoire	—
1.PC.13.^	Contrôle d'une hémorragie, rein	—	—	Obligatoire
1.PL.74.^	Fixation, col vésical	Obligatoire	—	—
1.PM.13.^	Contrôle d'une hémorragie, vessie	—	—	Obligatoire
1.QM.89.^	Excision totale, testicule	—	Obligatoire	—
1.RB.89.^	Excision totale, ovaire	—	Obligatoire	—
1.RD.89.^	Excision totale, ovaire avec trompe de Fallope	—	Obligatoire	—
1.RF.51.^	Occlusion, trompe de Fallope	—	Obligatoire	—
1.RF.59.^	Destruction, trompe de Fallope	—	Obligatoire	—
1.RF.89.^	Excision totale, trompe de Fallope	—	Obligatoire	—
1.RM.13.^	Contrôle d'une hémorragie, utérus et structures environnantes	—	—	Obligatoire
1.RM.87.^	Excision partielle, utérus et structures environnantes	—	—	Obligatoire
1.RS.13.^	Contrôle d'une hémorragie, vagin	—	—	Obligatoire
1.RS.80.^	Réparation, vagin	Obligatoire	Obligatoire	—

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.SC.54.^	Gestion d'un appareil interne, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SC.55.^	Retrait d'un appareil, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SC.59.^	Destruction, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SC.74.^	Fixation, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SC.75.^	Fusion, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SC.80.^	Réparation, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SC.87.^	Excision partielle, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SC.89.^	Excision totale, vertèbres	—	Obligatoire	—
1.SE.53.^	Implantation d'un appareil interne, disque intervertébral	—	Obligatoire	—
1.SE.55.^	Retrait d'un appareil, disque intervertébral	—	Obligatoire	—
1.SE.59.^	Destruction, disque intervertébral	—	Obligatoire	—
1.SE.87.^	Excision partielle, disque intervertébral	—	Obligatoire	—
1.SQ.53.^	Implantation d'un appareil interne, bassin	Obligatoire	Obligatoire	—
1.SY.80.^	Réparation, muscles du thorax et de l'abdomen	Obligatoire	Obligatoire	—
1.TA.53.^	Implantation d'un appareil interne, articulation de l'épaule	Obligatoire	Obligatoire	—
1.TA.55.^	Retrait d'un appareil, articulation de l'épaule	—	Obligatoire	—
1.VA.53.^	Implantation d'appareil interne, articulation de la hanche	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1.VA.55.^	Retrait d'un appareil, articulation de la hanche	—	Obligatoire	—
1.VA.74.^	Fixation, articulation de la hanche	—	Obligatoire	—
1.VC.74.^	Fixation, fémur	—	Obligatoire	—
1.VG.53.^	Implantation d'un appareil interne, articulation du genou	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1.VG.55.^	Retrait d'un appareil, articulation du genou	—	Obligatoire	—
1.VP.53.^	Implantation d'un appareil interne, rotule	Obligatoire	Obligatoire	—
1.VP.55.^	Retrait d'un appareil, rotule	—	Obligatoire	—
1.WY.19.^	Transfusion, moelle osseuse	Obligatoire	—	—
1.YM.59.^	Destruction, sein	—	Obligatoire	—
1.YM.78.^	Réparation de réduction, sein	Obligatoire	—	—

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
1.YM.79.^	Réparation d'augmentation, sein	Obligatoire	—	—
1.YM.87.^	Excision partielle, sein	—	Obligatoire	Obligatoire
1.YM.88.^	Excision partielle avec reconstruction, sein	—	Obligatoire	Obligatoire
1.YM.89.^	Excision totale, sein	—	Obligatoire	—
1.YM.90.^	Excision totale avec reconstruction, sein	—	Obligatoire	—
1.YM.91.^	Excision radicale, sein	—	Obligatoire	—
1.YM.92.^	Excision radicale avec reconstruction, sein	—	Obligatoire	—
2.GT.71.^	Biopsie, poumon NCA	—	Obligatoire	—
2.MA.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), région de la tête	—	—	Obligatoire
2.MC.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), cervical(aux)	—	—	Obligatoire
2.MD.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), axillaire(s)	—	—	Obligatoire
2.ME.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), médiastinal(aux)	—	—	Obligatoire
2.MF.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), intrathoracique(s) NCA	—	—	Obligatoire
2.MG.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), intraabdominal(aux)	—	—	Obligatoire
2.MH.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), pelvien(s)	—	—	Obligatoire
2.MJ.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), inguinal(aux)	—	—	Obligatoire
2.MK.71.^	Biopsie, ganglion(s) lymphatique(s), membre(s) NCA	—	—	Obligatoire
2.YM.71.^	Biopsie, sein	—	Obligatoire	—
2.ZZ.02.^	Évaluation (examen), corps entier	Obligatoire	—	—
3.IP.10.^	Radiographie, cœur avec artères coronaires	Obligatoire	Obligatoire	—
5.CA.90.^	Réduction sélective de fœtus	—	—	Obligatoire
5.MD.60.^	Accouchement par césarienne	Obligatoire	—	—
6.AA.02.^	Évaluation, santé mentale et dépendances	Obligatoire	—	—
6.AA.10.^	Consultation, santé mentale et dépendances	—	—	Obligatoire
6.AA.30.^	Traitement, santé mentale et dépendances	—	—	Obligatoire
6.DA.07.^	Facilitation, relations interpersonnelles	Obligatoire	Obligatoire	—

Rubrique de la CCI	Titre de la rubrique de la CCI	Situation	Lieu	Étendue
6.DA.08.^	Test, relations interpersonnelles	Obligatoire	—	Obligatoire
6.DA.10.^	Conseil, relations interpersonnelles	Obligatoire	Obligatoire	—
6.DA.30.^	Thérapie, relations interpersonnelles	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
6.LA.02.^	Évaluation, communication	Obligatoire	—	Obligatoire
6.LA.50.^	Formation, communication	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
6.PA.50.^	Éducation, audition	—	—	Obligatoire
6.RA.02.^	Évaluation, voix	Obligatoire	—	Obligatoire
6.RA.50.^	Entraînement vocal	—	—	Obligatoire
6.VA.02.^	Évaluation, habiletés motrices et habitudes de vie	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
6.VA.07.^	Facilitation, habiletés motrices et habitudes de vie	Obligatoire	Obligatoire	—
6.VA.08.^	Test, habiletés motrices et habitudes de vie	Obligatoire	—	Obligatoire
6.VA.50.^	Formation, habiletés motrices et habitudes de vie	—	—	Obligatoire
7.SC.08.^	Autres soins personnels	—	Obligatoire	—
7.SP.10.^	Conseil, promotion de la santé et prévention des maladies	—	—	Obligatoire
7.SP.59.^	Enseignement, promotion de la santé et prévention des maladies	—	Obligatoire	Obligatoire
7.SP.60.^	Éducation, promotion de la santé et prévention des maladies	—	Obligatoire	Obligatoire

Remarque

— Facultatif ou non activé.

Annexe E — Ressources éducatives

La présente annexe vise à fournir la liste complète des ressources de formation des *Classifications et Terminologies*. Elle compte les 5 sections suivantes :

- Suite d'apprentissage pour la version 2022 des *Normes canadiennes de codification* et des classifications
- Cours
- Guides
- Aide-mémoires
- Conseils aux codificateurs

Suite d'apprentissage — Destination : version 2022 des Normes canadiennes de codification et des classifications

La présente section fournit la liste des cours et des produits inclus dans la suite d'apprentissage sur la version 2022. La suite comprend une liste de vérification, des cours d'apprentissage en ligne, des programmes d'autoapprentissage, des aide-mémoires et un document sur les points d'intérêt.

Les produits associés à une norme de codification ou à un chapitre (comme indiqué dans la troisième colonne) sont marqués par une icône de formation. La présence de l'icône indique que le produit de formation fournit du contenu supplémentaire pertinent touchant une norme de codification ou un chapitre en particulier.

Les produits de formation sur la version 2022 énumérés ci-dessous se trouvent dans le [Centre d'apprentissage de l'ICIS](#).

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Codification et saisie des données : se préparer aux changements en 2022 (1193F)	Comment vous préparez-vous à appliquer tous les changements de la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI, des Normes canadiennes de codification et des manuels de saisie de l'information de la BDCP et du SNISA? Notre liste de vérification pratique vous indique l'ensemble des documents à consulter et des ressources à votre disposition, et précise aussi où et comment vous les procurer.	s.o.

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
En route vers 2022 : Normes canadiennes de codification et classifications (5005F)	Cette suite d'apprentissage comprend une série de cours d'autoapprentissage et d'apprentissage en ligne qui vous aideront à en savoir plus sur les changements apportés dans la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI, ainsi que des Normes canadiennes de codification et sur la façon de les appliquer. La suite comprend ce qui suit : Explorer les principaux changements dans la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI et dans les Normes canadiennes de codification (1194F) Il peut être utile d'obtenir des précisions à l'égard de certains changements apportés dans la version 2022 des classifications et des normes, et de s'exercer à les mettre en application. Ce cours comprend des sections d'autoapprentissage et des aide-mémoires qui vous aideront à vous familiariser avec les changements. Vous y trouverez les raisons qui ont motivé les changements et certains renseignements cliniques. En ce qui concerne les changements plus complexes, vous aurez également la possibilité de codifier quelques scénarios afin de vous exercer. Les aide-mémoires vous renseignent sur les changements. Les cours d'autoapprentissage vous permettent d'en savoir davantage sur certains changements, ce qui vous permettra de vous exercer et d'obtenir de la rétroaction.	s.o.

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
En route vers 2022 : Normes canadiennes de codification et classifications (5005F)	Modules d'autoapprentissage • Insuffisance ventriculaire diastolique et systolique – Explication des changements apportés à la sous-catégorie I50.1 <i>Insuffisance ventriculaire gauche</i> pour faire ressortir la distinction entre l'insuffisance ventriculaire gauche à fraction d'éjection préservée et l'insuffisance ventriculaire gauche à fraction d'éjection réduite. • Ablation par radiofréquence des nerfs rachidiens et de l'innervation des facettes articulaires (dénervation et rhizotomie) – Clarification au sujet de la classification de l'ablation par radiofréquence des nerfs rachidiens (dénervation et rhizotomie) (y compris du rameau dorsal ou du ganglion des nerfs de l'articulation sacro-iliaque). • Ventilation, système respiratoire NCA – Explication sur l'utilisation du nouvel attribut de situation pour préciser le temps qui s'est écoulé entre l'arrêt de la ventilation et le décès à la rubrique 1.GZ.31.^<i>Ventilation, système respiratoire NCA</i>. • Chirurgie mammaire d'affirmation de genre – Clarification au sujet de la classification de la chirurgie mammaire d'affirmation de genre sous la rubrique 1.YM.78.^<i>Réparation de réduction, sein</i> ou 1.YM.79.^<i>Réparation d'augmentation, sein</i>. • Endoscopie poussée – Explication sur l'utilisation d'un nouvel attribut de lieu facultatif aux rubriques 2.NK.70.^<i>Inspection, intestin grêle</i> et 2.NK.71.^<i>Biopsie, intestin grêle</i> pour identifier une endoscopie poussée effectuée sans entéroscope à ballonnet.	• Ventilation invasive • Interventions endoscopiques

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
En route vers 2022 : Normes canadiennes de codification et classifications (5005F)	Aide-mémoires • Lésions traumatiques récentes <i>versus</i> anciennes – Clarification au sujet des changements à la version 2022 de la norme de codification <i>Lésions traumatiques récentes versus anciennes</i>. • Implantation d'un appareil interne, articulation du genou – Explication des changements apportés à la rubrique 1.VG.53.^<i>Implantation d'un appareil interne, articulation du genou</i> dans la version 2022. • Agents de déclenchement du travail – Information clinique sur les agents de déclenchement du travail et explication des changements apportés à la classification des agents de déclenchement du travail dans la version 2022.	s.o.
En route vers 2022 : Normes canadiennes de codification et classifications (5005F)	Apprentissage en ligne Les cours d'apprentissage en ligne abordent les changements plus complexes; ils vous donnent des explications détaillées et vous permettent de vous exercer et d'obtenir de la rétroaction. • Changements concernant la réparation de la fente palatine et le traitement de l'insuffisance vélopharyngée (IVP) (1198F) Au terme de ce cours, vous serez en mesure – de faire la différence entre une fente palatine et une insuffisance vélopharyngée, et de reconnaître les différents types de réparations effectuées pour traiter chacune de ces affections; – de connaître les changements apportés aux rubriques de la CCI liées à la réparation d'une fente palatine (palais dur ou mou) et à la réparation de l'insuffisance vélopharyngée; – de classer correctement la réparation d'une fente palatine (palais dur ou mou) et la réparation de l'insuffisance vélopharyngée en vous exerçant à l'aide de divers scénarios.	• Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements • Surdose d'opioïde (intoxication) • Utilisation de substances psychoactives

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
En route vers 2022 : Normes canadiennes de codification et classifications (5005F) (suite)	Changements concernant le remplacement de la valvule cardiaque (1205F) Au terme de ce cours, vous serez en mesure - de classer les remplacements de valvules cardiaques par approche percutanée et de comprendre ce type d'intervention; - de comprendre les situations où les remplacements de valvules cardiaques sont classés comme une Réparation (80) plutôt qu'une Excision avec reconstruction (90); - de repérer dans la documentation clinique les détails pertinents qui vous aideront à classer les remplacements de valvules cardiaques. Changements concernant les interventions thérapeutiques sur l'oreille moyenne (1197F) Au terme de ce cours, vous serez en mesure - de définir et de distinguer les divers types d'interventions sur l'oreille moyenne et de comprendre comment ils sont classés dans la CCI; - de connaître les changements apportés aux rubriques de la CCI liées aux interventions sur l'oreille moyenne; - d'appliquer la structure des codes et les concepts généraux de la CCI à la codification des interventions sur l'oreille moyenne; - d'interpréter les protocoles opératoires et d'attribuer correctement et uniformément les codes de la CCI aux interventions sur l'oreille moyenne. Changements concernant les réactions indésirables et les empoisonnements (1196F) Au terme de ce cours, vous serez en mesure - de classer correctement une réaction indésirable en usage thérapeutique et un empoisonnement; - de faire la différence entre les substances vendues sans ordonnance et celles prescrites; - de classer une erreur dans la dose ou le médicament administré en milieu de soins qui entraîne des préjudices pour le patient; - de classer correctement une surdose d'opioïdes (intoxication).	- Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements - Surdose d'opioïde (intoxication) - Utilisation de substances psychoactives

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
En route vers 2022 : Normes canadiennes de codification et classifications (5005F) (suite)	• Changements concernant les troubles mentaux et du comportement (1195F) Au terme de ce cours, vous serez en mesure – de définir et d'appliquer les directives indiquées dans la nouvelle norme de codification <i>Utilisation de substances psychoactives</i> et de mettre vos connaissances en pratique en appliquant les directives à différents cas; – de classer correctement les nouveaux codes de la CIM-10-CA des catégories ○ <i>F12 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabinoïdes;</i> ○ <i>F15 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine;</i> ○ <i>F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives</i>	• Réactions indésirables en usage thérapeutique et empoisonnements • Surdose d'opioïde (intoxication) • Utilisation de substances psychoactives
En route vers 2022 : Normes canadiennes de codification et classifications (5005F)	Points d'intérêt de la version 2022 de la CIM-10-CA et de la CCI et des Normes canadiennes de codification (1199F) Ce cours porte à votre attention les nouveaux codes créés pour appuyer la déclaration actuelle ou future, les changements de directives et certaines corrections apportées à la CCI. Les changements peuvent avoir une incidence sur la manière dont vous codifiez, déclarez et analysez les données des banques de données de l'ICIS sur les soins de courte durée et les soins ambulatoires. Tous les changements entreront en vigueur le 1 ^{er} avril 2022.	s.o.

Cours

La présente section fournit la liste des cours des Classifications et Terminologies diffusés avant janvier 2022, accompagnés d'une brève description, et indique les normes de codification connexes, s'il y a lieu. Les cours diffusés après janvier 2022 se trouvent sur la page Web [Codification et classification](#) de l'ICIS ou dans le [Centre d'apprentissage de l'ICIS](#).

Les cours associés à une norme de codification ou à un chapitre (comme indiqué dans la troisième colonne) sont marqués par une icône de formation. La présence de l'icône indique que le produit de formation fournit du contenu supplémentaire pertinent touchant une norme de codification ou un chapitre en particulier.

Les cours indiqués ci-dessous se trouvent dans le [Centre d'apprentissage de l'ICIS](#).

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Exercices sur l'attribution des types de diagnostic/ problème principal ou autre problème (5000F)	Dans cette suite de cours, vous vous exercerez à attribuer des types de diagnostic à différents cas et vous recevrez de la rétroaction pour vous améliorer. • Exercice guidé : soins de courte durée (1136F) — Avec de l'aide : nous indiquons pour vous les éléments d'information pertinents dans le dossier, et vous attribuez les types de diagnostic. • Exercice à faire seul : soins de courte durée (1137F) — Vous repérez vous-même les éléments d'information pertinents dans le dossier, et vous attribuez les types de diagnostic. • Exercice de révision : soins de courte durée (1138F) — Vous vous exercez à corriger les codes et les types de diagnostic attribués par quelqu'un d'autre dans 3 études de cas. • Exercice de révision : soins ambulatoires (1140F) — Vous vous exercez à corriger les codes et les types de diagnostic attribués par quelqu'un d'autre dans 6 études de cas.	• Définition des types de diagnostics selon la BDCP • Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA • Codification des problèmes principaux et des autres problèmes pour le SNISA

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Emergency Department Coding: Getting Your Diagnosis Codes Right (379E) — en anglais seulement	• L'expérience vaut de l'or quand vient le temps de codifier des visites au service d'urgence — surtout lorsque les dossiers contiennent plusieurs diagnostics, des diagnostics contradictoires ou incertains, ou lorsque la documentation est incomplète ou ambiguë. • Que vous commenciez tout juste à codifier des visites au service d'urgence ou que vous souhaitiez rafraîchir vos connaissances, ce cours vous aidera à améliorer votre capacité à trouver les problèmes principaux et les autres problèmes ainsi qu'à attribuer les codes correspondants de la CIM-10-CA. Dans le cadre de différentes études de cas, vous appliquerez un processus de réflexion standard et apprendrez à faire de meilleures sélections et attributions de codes. • Pour enrichir votre apprentissage, vous recevrez de précieux commentaires, une norme de référence détaillée, un résumé des bons codes, des explications pertinentes, des justifications et des références.	• Définitions du problème principal et d'un autre problème pour le SNISA • Codification des problèmes principaux et des autres problèmes pour le SNISA
Les différents types d'AVC nécessitent différents codes (5003F)	• Cette formation, qui repose sur le cours 309 — <i>Les différents codes pour les différents types d'AVC</i>, vise à restreindre l'utilisation du code I64 <i>Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus</i> afin que le code le plus précis possible soit attribué à chaque AVC hémorragique ou ischémique. Cette suite de cours vous donnera l'occasion de vous exercer à codifier différents cas. À l'aide d'études de cas présentant différents degrés de difficulté, vous améliorerez votre confiance et vos compétences pour codifier les AVC. – De base (1089F) – Intermédiaire (1117F) – Complexe (1118F)	• Accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, ischémiques et non précisés

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique (832F)	• Ce cours porte sur la classification adéquate de l'épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique. Les différences entre la lésion rénale aiguë et la maladie rénale chronique sont présentées pour vous permettre de mieux comprendre le sujet et de pouvoir les classer avec plus d'assurance. • Dans ce cours, vous verrez qui utilise les données et de quelle manière; l'anatomie, la fonction et la pathophysiologie du rein; ainsi que la terminologie couramment utilisée pour décrire l'insuffisance rénale et les affections qui touchent la fonction rénale. Vous passerez également en revue les classifications et les normes de codification s'appliquant à la classification de la lésion rénale aiguë, de la maladie rénale chronique et de l'épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique, ainsi que les combinaisons courantes avec l'insuffisance rénale. • Enfin, vous aurez l'occasion d'effectuer des exercices pratiques tout au long du cours.	• Épisode aigu au cours d'une insuffisance rénale chronique
Explorons le tractus gastrointestinal inférieur avec la CCI (606F)	• Ce cours interactif porte sur l'attribution des codes de la CCI aux interventions chirurgicales pratiquées sur le tractus gastrointestinal inférieur. • Il met l'accent sur les principes de base de la codification aux fins de la classification des interventions à l'aide de la CCI. À partir de différentes activités et démonstrations, le cours couvre autant les interventions courantes que complexes sur le tractus gastrointestinal inférieur. • Vous aurez également l'occasion de passer en revue différentes études de cas décrivant les interventions sur le tractus gastrointestinal inférieur. <i>La codification des diagnostics n'est pas abordée dans ce cours</i> d'autoapprentissage.	S.O.

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Remplacements de l'articulation du genou (91F)	• Dans le cadre de ce cours, vous étudierez en profondeur la classification des arthroplasties du genou dans la CCI. Le cours favorise un environnement d'apprentissage au moyen de vidéos et de présentations de diapositives. Il comprend les 3 modules suivants et un examen final. – Module 1 : Renseignements cliniques sur l'articulation du genou – Module 2 : Codes de la CCI relatifs au remplacement de l'articulation du genou – Module 3 : Application des codes de la CCI	S.O.
Chirurgie de remplacement de la hanche (853F)	• Ce cours permet d'acquérir toutes les connaissances nécessaires sur les arthroplasties de la hanche (totale et partielle) et les resurfaçages de la hanche, afin d'appliquer les bons codes et attributs de la rubrique 1.VA.53.^<i>Implantation d'un appareil interne, articulation de la hanche.</i>	S.O.

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Utilisation de la CIM-10-CA et de la CCI : guide complet à l'intention des analystes (1005F)	- Fondé sur le contenu de la formation Les analyses de tendances, la CIM-10-CA et la CCI, ce cours porte sur les classifications, la BDCP et le SNISA. Il explique comment utiliser les normes de codification avec les éléments de données de la BDCP et du SNISA en lien avec la CIM-10-CA et la CCI. Sujets traités : - Structure de la CIM-10-CA et de la CCI - Interventions et qualificateurs dans les codes de la CCI - Indicateurs de série et préfixes des diagnostics - Question générale à laquelle on tente de répondre dans une analyse ou un rapport - Différence entre les tableaux de conversion et d'évolution et importance de ces tableaux - Emplacement des ressources pour l'analyse des données (normes de codification, directives et conventions de codification) et utilisation de ces ressources pour la sélection des cas et l'analyse des données	S.O.
iCODE mis en pratique (5001F)	Cette suite d'apprentissage vous familiarise avec la stratégie iCODE et vous offre l'occasion de la mettre en pratique dans diverses études de cas. La suite d'apprentissage sur iCODE comprend les cours suivants : Introduction à la stratégie iCODE (982F) La stratégie iCODE est une stratégie de résolution de problèmes en 5 étapes simples, conçue pour vous aider à codifier efficacement les dossiers complexes. Ces étapes vous aideront à interpréter les documents sources et à appliquer les normes de codification et les classifications afin de sélectionner les codes de façon appropriée. Dans ce cours, vous apprendrez à appliquer chaque étape de la stratégie dans le cadre de votre travail.	S.O.

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
iCODE mis en pratique (5001F) (suite)	Étude de cas iCODE : sepsie, pneumonie et MPOC (307F) Ce cours vous permet d'appliquer les étapes de la stratégie de résolution de problèmes à une étude de cas difficile afin de sélectionner les codes de façon appropriée. L'étude de cas traite de différentes affections, dont la sepsie, la pneumonie et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Étude de cas iCODE : Fracture périprothétique pathologique et taux d'hémoglobine postopératoire bas (459F) Ce cours vous permet d'appliquer les étapes de la stratégie de résolution de problèmes à une étude de cas difficile afin de sélectionner les codes de façon appropriée. L'étude de cas inclut diverses affections, y compris une fracture périprothétique pathologique, un cancer métastatique du sein et un taux d'hémoglobine bas. Étude de cas iCODE : affections post-intervention multiples (539F) Ce cours vous permet d'appliquer les étapes de la stratégie de résolution de problèmes à une étude de cas difficile afin de sélectionner les codes de façon appropriée. L'étude de cas porte sur le dossier chirurgical d'un patient hospitalisé en soins de courte durée présentant plusieurs affections post-intervention. Étude de cas iCODE : cancer du sein métastatique (605F) Ce cours vous permet d'appliquer les étapes de la stratégie de résolution de problèmes à une étude de cas difficile afin de sélectionner les codes de façon appropriée. L'étude de cas porte sur le dossier médical d'une patiente hospitalisée en soins de courte durée en raison d'un cancer métastatique du sein. Le cours explique la sélection des codes de diagnostics, des préfixes de diagnostics et des types de diagnostics.	S.O.

Guides

La présente section fournit la liste des guides des Classifications et Terminologies, accompagnés d'une brève description, et indique les normes de codification connexes, s'il y a lieu. Le parcours d'apprentissage est également précisé.

Les guides associés à une norme de codification ou à un chapitre (comme indiqué dans la troisième colonne) sont marqués par une icône de formation. La présence de l'icône indique que le produit de formation fournit du contenu supplémentaire pertinent touchant une norme de codification ou un chapitre en particulier.

Les produits ci-dessous se trouvent sur la page Web [Codification et classification](#) de l'ICIS.

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
La CCI : guide d'attribution des codes d'interventions	Ce guide présente les exigences de base nécessaires à la codification à l'aide de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) ainsi que les détails relatifs aux problèmes fréquents. Il regroupe les notions essentielles au sujet de la CCI qui provenaient auparavant de diverses sources. De plus, il dresse un portrait exhaustif de son application de base et aide tous les utilisateurs de la CCI à progresser au-delà des rudiments. Il comprend les chapitres qui suivent : • Chapitre 1 : Introduction • Chapitre 2 : Utilisation de la CCI — notions de base • Chapitre 3 : Utilisation de la CCI — champ par champ • Chapitre 4 : Utilisation de la CCI — recours au dossier clinique	• Normes de codification générales de la CCI

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Guide de codification des données en obstétrique	Ce guide traite de certains des aspects les plus complexes et les plus exigeants de la codification des données en obstétrique à l'aide de la CIM-10-CA et de la CCI. Tous les chapitres présentent des renseignements cliniques pertinents et passent en revue les normes de codification applicables ainsi que les codes de la CIM-10-CA et de la CCI. À la fin des chapitres, vous aurez l'occasion de mettre en application les notions apprises en répondant à une étude de cas. Le guide comprend les chapitres qui suivent : • Chapitre 1 : Introduction • Chapitre 2 : Faux travail et travail avant terme • Chapitre 3 : Rupture prématurée des membranes • Chapitre 4 : Maturation cervicale, déclenchement et stimulation du travail • Chapitre 5 : Dystocie et échec du travail • Chapitre 6 : Accouchement vaginal assisté • Chapitre 7 : Présentation et extraction par le siège • Chapitre 8 : Césarienne • Chapitre 9 : Hémorragie post-partum • Chapitre 10 : Détresse fœtale	• Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité
Guide d'utilisation de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA)	Décrit le format, la structure et les concepts de base de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA), et fournit des instructions sur la navigation dans Folio Views (l'infobase CIM-10-CA au format électronique). Le guide ne vise pas à développer l'expertise des utilisateurs en matière d'attribution des codes de la CIM-10-CA.	s.o.
Guide d'utilisation de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI)	Décrit le format, la structure et les notions de base de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) et fournit des instructions sur la navigation dans Folio Views (l'infobase CCI au format électronique). Le guide ne vise pas à développer l'expertise des utilisateurs en matière d'attribution des codes de la CCI.	s.o.

Produit de formation	Description du cours	Norme de codification ou chapitre
Parcours d'apprentissage	Fournit un aperçu de tous les produits de formation visant les classifications, la BDCP, le SNISA et les Groupes clients. Il contient de plus des renseignements supplémentaires comme le public cible et le rôle de chaque cours dans le plan d'apprentissage du participant.	s.o.

Aide-mémoires

La présente section fournit la liste des aide-mémoires des Classifications et Terminologies, accompagnés d'une brève description. La liste comprend les aide-mémoires diffusés avant janvier 2022. Tous les aide-mémoires, y compris ceux diffusés après janvier 2022, se trouvent sur la page Web [Codification et classification](#) de l'ICIS.

Titre	Description
Stratégie iCODE	Description de la stratégie iCODE. La stratégie iCODE est une stratégie de résolution de problèmes en 5 étapes simples, conçue pour vous aider à codifier efficacement les dossiers complexes. Ces étapes vous aideront à interpréter les documents sources et à appliquer les normes de codification et les classifications afin de sélectionner les codes de façon appropriée.
Résolution d'un problème de codification	Aide les professionnels en gestion de l'information sur la santé à résoudre des problèmes de codification. Vous y trouverez une liste des ressources et outils qui pourraient contenir la solution à votre problème de codification, une liste des critères pour la soumission de questions de codification à l'ICIS au moyen de l'outil d'interrogation et les éléments qu'il est obligatoire d'inclure lorsque vous soumettez une question au service d'interrogation en ligne des Classifications.
Recherche dans l'infobase CIM-10-CA	Fournit de l'information sur la navigation dans Folio Views et la recherche dans l'infobase. Pour obtenir d'autres renseignements, consultez l'outil Folio Views Mise en route de la CIM-10-CA.
Recherche dans l'infobase CCI	Fournit de l'information sur la navigation dans Folio Views et la recherche dans l'infobase. Pour obtenir d'autres renseignements, consultez l'outil Folio Views Mise en route dans la CCI.
CIM-10-CA/CCI et analyse de données	Fournit aux analystes la liste des étapes à suivre pour analyser les données canadiennes sur les hospitalisations.

Titre	Description
Niveau de soins alternatif (NSA) — Liste des codes de diagnostic : des précisions sur son utilisation	Aide les codificateurs à attribuer correctement le code Z associé au service 99 (NSA) selon les renseignements sur le niveau de soins alternatif contenus dans le dossier. La liste simplifiée devrait améliorer l'uniformité de la codification ainsi que la qualité et la comparabilité des données sur les raisons du statut NSA dans l'ensemble des provinces et territoires. De plus, les utilisateurs finaux des données sur les NSA peuvent se servir de l'aide-mémoire pour mieux comprendre les diverses raisons ou circonstances associées à chaque code.
Attribution de types de diagnostic : abrégés de la BDCP	Comprend une définition des types de diagnostic et de leur utilisation prévue, ainsi qu'un diagramme pour déterminer si un diagnostic est significatif. Une liste des types de diagnostic et les critères de significativité sont aussi inclus.
Greffons et lambeaux	Comprend les définitions des termes utilisés pour décrire les greffons, les lambeaux et les interventions comprenant des greffons et des lambeaux. Le document est conçu pour aider à choisir le bon qualificateur de tissu dans la CCI.
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Contient la définition d'un infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST (STEMI) et d'un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST (NSTEMI), des renseignements cliniques sur ces affections et un diagramme montrant l'évolution typique du diagnostic et du traitement de patients présentant des symptômes du syndrome coronarien aigu (SCA). L'aide-mémoire a pour but de favoriser l'attribution de codes exacts et uniformes.
Aide-mémoire sur les AVC	Examine les différents types d'AVC et la manière dont ils sont classés, ce qui permet de comprendre l'information à trouver dans la documentation pour attribuer le code qui convient le mieux.
Aide-mémoire sur l'anatomie des AVC	Comprend des diagrammes de l'anatomie du cerveau pour permettre de distinguer les AVC hémorragiques, les AVC ischémiques et les AVC causés par une embolie.
Outil de classification des AVC et processus de vérification	Examine les différents types d'AVC et comprend un diagramme montrant les différents types d'AVC et les codes de la CIM-10-CA correspondants. Contient aussi un processus de vérification de la documentation ainsi que des messages clés pour l'attribution du bon code d'AVC.
Lésion rénale aiguë et maladie rénale chronique	Explique les principales différences entre une lésion rénale aiguë et la maladie rénale chronique.
Critères de significativité des comorbidités ou des problèmes s'appliquant aux maladies rénales	Aide les codificateurs à déterminer si une lésion rénale aiguë ou une maladie rénale chronique répond aux critères de significativité.

Titre	Description
Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS)	Résume les scénarios possibles de syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) et leur classification.
Affection post-intervention : repérer le code principal	Contient un diagramme qui facilite l'attribution du code principal qui convient à une affection post-intervention.
Liste d'inclusion des catégories Y83 et Y84	Guide élaboré dans le but d'uniformiser l'attribution des interventions aux sous-catégories Y83 et Y84.
COVID-19 : sélection du code de la CIM-10-CA et de la CCI	Sert de complément à l' Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19) , et oriente la codification des épisodes de soins liés à la COVID-19.

Conseils aux codificateurs

La présente section consolide tous les conseils aux codificateurs pertinents ayant été diffusés avant janvier 2022. Les conseils aux codificateurs diffusés à partir de janvier 2022 se trouvent sur la page Web [Codification et classification de l'ICIS](#). Les conseils aux codificateurs fournissent de la formation et des éclaircissements sur un sujet précis. Ils ont été révisés et actualisés au besoin. Les conseils qui ne sont plus pertinents ont été retirés.

Conseil	Description
Normes de codification générales de la CCI	
Échec d'intervention, Intervention abandonnée, Changement de plan	À partir d'un protocole opératoire, vous devez déterminer s'il y a eu un changement de plan pendant l'intervention, une intervention abandonnée ou un échec d'intervention. La bonne réponse et la justification sont fournies.
Attributs de la CCI : obligatoires ou facultatifs	Donne des conseils pour favoriser l'uniformité de la collecte des attributs de la CCI lorsqu'il est obligatoire d'appliquer un attribut à un code de la CCI.
Utiliser la classification anatomique thérapeutique chimique pour sélectionner l'agent pharmacologique approprié dans la CCI	Explique comment utiliser le système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé afin de trouver le bon qualificateur de la CCI pour un agent pharmacologique qui ne se trouve pas dans la classification.

Conseil	Description
Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires	
<i>Interprétation nuancée des infections</i>	Fournit des descriptions qui permettent de comparer une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments et une infection causée par un organisme sensible à un médicament précis; une infection qui a été confirmée et une infection qui a été écartée; une infection présente à l'admission et une infection contractée après l'admission; ainsi qu'une infection causée par un micro-organisme résistant aux médicaments et un sujet porteur d'un micro-organisme résistant aux médicaments (c'est-à-dire que le micro-organisme est présent, mais qu'il ne provoque pas de maladie).
Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire	
<i>Arrêt cardiaque</i>	Comprend une liste des synonymes du terme « arrêt cardiaque », de l'information sur l'utilisation d'un code de la CCI pour consigner une réanimation, et un questionnaire d'évaluation avec les bonnes réponses et leur justification.
<i>I21 Infarctus aigu du myocarde : attribution du type de diagnostic</i>	Orient le codificateur vers la directive donnée dans la norme de codification <i>Syndrome coronarien aigu</i> . Comprend des questions d'évaluation de la compréhension, ainsi que les bonnes réponses et la justification. Fournit les critères de sélection pour une vérification de la qualité des données.
Chapitre XI — Maladies de l'appareil digestif	
<i>Classification des hernies multiples selon la CIM-10-CA</i>	Donne de l'information sur les 3 axes (type, latéralité et degré de gravité) du code de la CIM-10-CA attribué pour décrire une hernie; fournit des précisions pour attribuer le bon code de la CIM-10-CA lorsqu'un patient présente plusieurs hernies classées selon différents axes; et contient des exemples avec leur justification pour illustrer l'application de la classification.
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	
<i>Classification des lésions des tissus mous</i>	Facilite la sélection du code lorsque la documentation indique « lésion des tissus mous » et donne 5 exemples qui illustrent l'application de la directive fournie dans ce conseil.

Conseil	Description
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité	
<i>Anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus</i>	Donne des précisions sur le code à attribuer à un épisode de soins de l'accouchement lorsque des signes d'une anomalie réelle de la fréquence cardiaque du fœtus (FCF) ou d'une FCF non rassurante ont été consignés. Fournit aussi des exemples des termes habituellement utilisés dans les dossiers pour ce diagnostic.
<i>Codes d'intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances, à la rétention du fœtus et à l'interruption de grossesse</i>	Donne des renseignements sur les codes d'intervention obstétricale de la section 5 de la CCI qui sont valides dans différentes situations. Fournit des définitions et des exemples pour chacune des situations, soit les mortinaissances, la rétention du fœtus et l'interruption de grossesse.
<i>Technologie de procréation assistée (TPA)</i>	Donne de l'information sur ce qui est ou non considéré comme une technologie de procréation assistée; explique en quoi cela influe sur l'attribution du code de la catégorie Z37 <i>Résultat de l'accouchement</i> (abrégé de la mère) et de la catégorie Z38 <i>Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance</i> (abrégé du bébé).
<i>Typage des diagnostics pour l'épisode de soins de l'accouchement</i>	Donne des conseils pour uniformiser l'attribution du sixième caractère et l'application des types de diagnostic aux codes de la CIM-10-CA du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité, pour l'épisode de soins de l'accouchement.
Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	
<i>Trouvez l'erreur : utilisation des codes du chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00 à P96)</i>	Donne un exemple d'un code de la CIM-10-CA du chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale attribué sur l'abrégé d'une mère, et fournit une vérification de la qualité des données pour s'assurer que le bon code de diagnostic a été attribué.
<i>Le sixième caractère des codes Z37 et Z38</i>	Donne des conseils pour uniformiser l'attribution du sixième caractère aux codes de la catégorie Z37 <i>Résultat de l'accouchement</i> (abrégé de la mère) et de la catégorie Z38 <i>Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance</i> (abrégé du bébé). Fournit un contrôle de la qualité des données pour vérifier que le sixième caractère attribué à l'abrégé de la mère est le même que celui de l'abrégé du bébé.

Conseil	Description
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	
<i>Affections post-intervention — codes résiduels</i>	Donne des renseignements sur les affections post-intervention qui doivent être classées sous un code résiduel de la CIM-10-CA. Présente, au moyen d'exemples, les étapes à suivre pour trouver un code d'affection post-intervention dans la classification et fournit la bonne réponse et la justification.
<i>Codification des bris d'appareils selon les circonstances</i>	Fournit des exemples concernant des bris d'appareils, avec des énoncés sur les différentes circonstances dans lesquelles un bris peut se produire et des codes attribués dans chacune de ces circonstances, selon qu'un appareil interne se soit brisé en raison d'une force intrinsèque ou extrinsèque, et selon que le bris se soit produit lors de l'insertion ou du retrait ou durant la manipulation par le personnel médical et qu'un fragment (morceau) est retenu.
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	
<i>Codes Z : quelles sont les différences?</i>	Précise les circonstances dans lesquelles attribuer certains codes Z; met l'accent sur les codes des catégories Z09 <i>Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes</i> , Z47 <i>Autres soins de contrôle orthopédiques</i> , Z48 <i>Autres soins de contrôle chirurgicaux</i> , Z41 <i>Thérapie sans raison médicale</i> et Z42 <i>Soins de contrôle comprenant une opération plastique</i> . Vous pouvez évaluer votre compréhension en répondant aux questions et en consultant les réponses et les justifications.

Normes de codification générales de la CCI

Échec d'intervention, Intervention abandonnée, Changement de plan

Étudions le rapport d'intervention ci-dessous. L'intervention prévue pour le patient était une cystoprostectomie avec création d'un conduit iléal.

Rapport d'intervention

Nous sommes entrés dans l'espace rétropéritonéal. Nous avons immédiatement découvert une masse pelvienne dure et fixée. L'espace de Retzius était extrêmement difficile d'accès et semblait oblitéré par le cancer du patient. L'espace à l'arrière du pubis était inaccessible, sa surface extrêmement dure ne présentait aucun plan tissulaire visible. De même, nous n'avons pas pu décoller la face latérale de l'espace de Retzius pour dégager les vaisseaux iliaques. Nous avons donc décidé de pénétrer dans la cavité péritonéale. La partie du péritoine se trouvant au-dessus de la vessie a été soulevée en hémostase, puis percée d'un geste vif. Nous avons incisé le péritoine, depuis l'ombilic jusqu'à la vessie. L'ouraque a été disséqué dans un mouvement descendant, à partir de l'ombilic jusqu'au dôme vésical.

Il est devenu évident que le côlon sigmoïde était solidement fixé à la face latérale gauche de la vessie. Nous avons procédé à une longue dissection pour le libérer et avons finalement réussi à le dégager quelque peu.

Nous avons commencé à penser que la vessie et la prostate ne pouvaient peut-être pas être réséquées, mais dans l'espoir que la poursuite de la dissection changerait la situation, nous avons décidé de procéder avec précaution. Nous avons effectué des dissections latérales des deux côtés pour tenter de libérer les vaisseaux iliaques. La présence probable de nodules métastatiques des deux côtés est devenue évidente. Nous n'avons pas réussi à accéder aux vaisseaux iliaques, qui semblaient atteints par la tumeur. Nous avons quand même pratiqué une résection bilatérale des cordons spermatiques, en utilisant des pinces et du fil de suture 0-Vicryl pour l'hémostase. Malheureusement, cette intervention n'a pas vraiment été bénéfique.

La réévaluation de la vessie et de la prostate nous a permis de constater qu'il s'agissait indéniablement d'une tumeur au stade 4. On a clairement observé les adhérences latérales, antérieures et postérieures de la tumeur en plusieurs endroits. Les adhérences pelviennes nous semblaient sévères et malignes, ce qui de toute évidence allait nous empêcher de procéder avec prudence. Nous en sommes venus à la conclusion que le patient présentait malheureusement une maladie métastatique non résécable et incurable et que nous n'avions d'autre choix que d'abandonner l'intervention à ce stade.

De quoi s'agit-il? (choisir la bonne réponse)

- A. Changement de plan au cours d'une intervention
- B. Intervention abandonnée
- C. Échec d'intervention

Si vous avez choisi **A. Changement de plan au cours d'une intervention**, vous avez la bonne réponse.

Selon la norme de codification *Changement de plan au cours d'une intervention*, lorsqu'une intervention différente de celle initialement prévue est réalisée, ne codifiez que l'intervention réellement pratiquée. L'intervention thérapeutique prévue n'a aucune importance clinique et ne doit pas être enregistrée dans l'abrégié. La codification des interventions thérapeutiques correspond à l'intervention réellement pratiquée. Donc, même si l'intervention prévue était une cystoprostatectomie radicale avec conduit iléal, l'intervention réellement pratiquée est la libération d'adhérences étendues.

Pourquoi ne s'agit-il pas d'une intervention abandonnée?

Le chirurgien a documenté ce qui suit : « Nous en sommes venus à la conclusion que cet homme avait malheureusement une affection non résécable et incurable. Nous n'avons d'autre choix que d'abandonner l'intervention à ce stade ».

Le patient devait subir une cystoprostatectomie. Pourquoi ne pas attribuer 1.PM.91.^[^] *Excision radicale, vessie* avec l'attribut de situation « A » — abandon en cours d'intervention?

Selon la norme de codification *Interventions abandonnées*, une intervention abandonnée est définie comme suit :

« ... une intervention planifiée, pouvant être classée aux sections 1 ou 5, qui a commencé et qui, pour une raison habituellement imprévisible, ne peut pas être poursuivie au-delà d'une incision, d'une inspection, d'une biopsie ou d'une anesthésie. »

Puisque l'intervention pratiquée va au-delà d'une incision, d'une inspection, d'une biopsie ou d'une anesthésie, il ne s'agit donc pas d'une intervention abandonnée.

Pourquoi ne s'agit-il pas d'un échec d'intervention?

Selon la norme de codification *Échecs d'intervention*, une intervention qualifiée d'échec est définie comme suit :

« ... à la fin de l'intervention, le résultat attendu est peu satisfaisant ou n'est pas entièrement atteint. Classez un échec d'intervention de la même façon que les interventions réussies. »

La cystoprostectomie n'a pas été pratiquée en raison de la fixation de la tumeur à de multiples endroits et il aurait été imprudent de poursuivre l'intervention. Il s'agit donc d'un changement de plan.

Reportez-vous également aux normes de codification [Interventions abandonnées](#), [Échecs d'intervention](#), [Changement de plans au cours d'une intervention](#) et [Interventions annulées](#).

Attributs de la CCI : obligatoires ou facultatifs

Le présent document a pour but de favoriser l'uniformité de la collecte des attributs de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Les données ne sont fiables et utilisables que si elles sont saisies uniformément par tous les codificateurs.

Les attributs de situation, de lieu et d'étendue de la CCI, appliqués aux codes de la CCI, permettent de mieux décrire l'intervention. Toutefois, les codes ne nécessitent pas tous un attribut. Certains attributs

- ne sont pas activés au niveau de la rubrique — désignés par une boîte d'attribut grise;
- sont activés comme étant facultatifs (sauf si des circonstances particulières s'appliquent) — désignés par une boîte d'attribut jaune;
- sont activés comme étant obligatoires — désignés par une boîte d'attribut rose.

Facultatifs

La décision de consigner un attribut de la CCI désigné comme étant facultatif dans Folio relève de l'autorité compétente ou de l'établissement.

Obligatoires

L'application de l'attribut de la CCI est obligatoire si la boîte d'attribut est rose. Conformément aux normes canadiennes de codification, il est aussi obligatoire d'appliquer un attribut de la CCI qui est activé au niveau de la rubrique dans les circonstances particulières suivantes, même si la boîte d'attribut est jaune :

- Appliquez l'attribut de situation **A — abandon en cours d'intervention** au code de la CCI pour indiquer qu'une intervention planifiée de la section 1 ou 5 ne peut être poursuivie au-delà d'une incision, d'une inspection, d'une biopsie ou d'une anesthésie.

Remarque : L'attribution d'un code de la CCI pour l'intervention abandonnée est facultative. Si elle est obligatoire dans l'autorité compétente ou l'établissement en question, il est alors obligatoire d'appliquer l'attribut de situation **A**.

- Appliquez l'attribut de situation **C — convertie** pour indiquer que l'intervention a été réalisée par approche ouverte si l'intervention a commencé par approche endoscopique, mais qu'elle a été modifiée (convertie) pour une approche ouverte.

- Appliquez l'attribut de situation **R — reprise** si l'intervention est une reprise complète ou partielle d'une intervention antérieure résultant d'un problème prévu ou non.
- Appliquez l'attribut de lieu **B — bilatéral** au code unique de la rubrique appropriée si la même intervention générique est pratiquée sur des sites anatomiques bilatéraux et qu'il n'y a aucune variation dans les composantes du code de la CCI.
- Appliquez l'attribut de lieu **L — gauche** ou **R — droit** pour distinguer les codes (d'une même rubrique) lorsque la même intervention générique est pratiquée sur des sites anatomiques bilatéraux et qu'il y a une variation dans toute composante du code de la CCI.

Reportez-vous également aux normes de codification [Codes multiples dans la CCI](#), [Interventions abandonnées](#), [Interventions converties](#) et [Interventions reprises](#), ainsi qu'à [l'Annexe D — Attributs obligatoires de la CCI](#).

Application des attributs obligatoires de la CCI

Appliquez les attributs obligatoires de la CCI. Laissez le champ de l'attribut vide s'il n'est pas obligatoire.

Exemple	Code de la CCI	Attribut		
		Situation	Lieu	Étendue
1. Le patient est admis pour une sigmoïdectomie endoscopique en raison d'un cancer du côlon. Le chirurgien a constaté des adhérences et a plutôt choisi de pratiquer l'excision par approche ouverte. Il a refermé par formation d'un abouchement avec fermeture distale.	1.NM.87.TF			
2. Le patient est admis pour une fixation ouverte, avec broche et clou, à la suite d'une fracture du radius et du cubitus distaux gauches.	1.TV.74.LA-NV			
3. Le patient consulte pour demander l'aide médicale à mourir.	2.ZZ.02.PM			
4. La patiente est admise pour une salpingo-ovariectomie bilatérale en raison d'un cancer des ovaires. Mais la laparotomie révèle que la tumeur est si étendue que son retrait est impossible. Le chirurgien referme l'abdomen sans tenter de pratiquer l'excision.	2.OT.70.LA			

Réponses

1. Situation — C, Lieu — SG

Justification : Selon les normes de codification, même si la boîte d'attribut de situation est jaune, l'intervention a d'abord été pratiquée par approche endoscopique pour être ensuite modifiée pour une approche ouverte; il est donc obligatoire d'appliquer l'attribut de situation **C**. La boîte d'attribut de lieu est rose (obligatoire).

2. Aucun attribut

Justification : Les boîtes d'attribut de situation et de lieu sont jaunes (facultatif) à la rubrique 1.TV.74.^^. Aucune des circonstances particulières indiquées dans les normes de codification ne s'applique. N'appliquez donc pas les attributs sauf s'ils sont obligatoires dans l'autorité compétente ou l'établissement.

3. Situation — U

Justification : La boîte d'attribut de situation est rose (obligatoire) à la rubrique 2.ZZ.02.^^.

4. Aucun attribut

Justification : Le code de la CCI (1.RD.89.LA) pour l'intervention abandonnée est facultatif. Attribuez le code 1.RD.89.LA seulement si l'application de l'attribut est obligatoire dans l'autorité compétente ou l'établissement, et appliquez l'attribut de situation **A**, obligatoire, même si la boîte d'attribut est jaune.

Utiliser la classification anatomique thérapeutique chimique pour sélectionner l'agent pharmacologique approprié dans la CCI

Le présent conseil aux codificateurs explique comment trouver l'agent pharmacologique approprié dans la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) lorsque l'agent précis ne s'y trouve pas.

L'annexe D de la CCI (Agents pharmacologiques, biologiques et autres — Tableau des conversions des composants de code de la CCI en code ATC) dresse la liste des agents pharmacologiques génériques et fournit des exemples. Les avancées en médecine entraînent l'approbation continue de nouveaux agents pharmacologiques. Or, l'annexe D ne peut être mise à jour à la même fréquence que ces progrès.

Si vous ne trouvez pas un agent pharmacologique dans la CCI, vous pouvez utiliser la [classification anatomique thérapeutique chimique \(ATC\)](#) comme guide. Une fois que vous avez trouvé le code ATC, utilisez l'annexe D pour déterminer le qualificateur de la CCI correspondant, selon la note à la rubrique 1.ZZ.35.^^ *Pharmacothérapie, corps entier*.

Remarque : La classification des médicaments ATC a été créée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et est tenue à jour par le Centre collaborateur de l'OMS pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux.

Recherche dans la classification ATC de l'OMS

Si l'agent pharmacologique ne se trouve pas dans la liste qui figure à l'annexe D de la CCI, suivez les étapes ci-dessous pour faire une recherche dans la classification ATC de l'OMS :

1. Rendez-vous sur le [site Web de l'OMS sur la classification ATC](#) (en anglais seulement) et cherchez le nom générique (libre de droits) de l'agent pharmacologique. Au besoin, utilisez une ressource fiable comme le [Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques \(CPS\)](#) pour trouver le nom générique. Par exemple, vous pouvez trouver sur le site Web de la classification ATC la trifluridine, qui est administrée pour le traitement des tumeurs malignes.
2. Sélectionnez l'agent pharmacologique approprié dans les résultats de recherche en déterminant l'organe ou le système corporel sur lequel l'agent pharmacologique agit et les propriétés thérapeutiques de ce dernier. Par exemple, la trifluridine est associée à 2 codes ATC :
 - a. S01AD lorsqu'elle est administrée comme agent anti-infectieux (antiviral) pour les yeux;
 - b. L01BC lorsqu'elle est administrée comme agent antinéoplasique et immunomodulateur (antimétabolite).

Remarque : Si 2 agents pharmacologiques sont administrés et qu'ils sont associés à un code de combinaison dans la classification ATC, utilisez le code de combinaison au lieu des 2 codes ATC séparés.

3. À l'annexe D de la CCI, repérez le code ATC dans la quatrième colonne du tableau. Vous trouverez le qualificateur correspondant de la CCI sur la même ligne, dans la première colonne.

Remarque : Les codes ATC qui figurent à l'annexe D comportent de 3 à 5 caractères. Vous n'avez donc besoin que des 3 à 5 premiers caractères du code ATC pour trouver le qualificateur correspondant de la CCI. Par exemple, le code ATC L01BC correspond à L01B dans l'annexe D, et au qualificateur M2 de la CCI.

4. Déterminez le site anatomique (local selon le site ou systémique — corps entier) et la voie d'administration de l'agent pharmacologique pour attribuer le bon code de la CCI. Par exemple, la trifluridine administrée par voie orale pour traiter une tumeur maligne est classée à 1.ZZ.35.CA-M2 *Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs, approche par voie naturelle (orale), utilisation d'agents antimétabolites*.

Si vous n'êtes pas certain de la classification d'un agent pharmacologique, soumettez une question de codification au moyen de l'outil d'interrogation en ligne, avec une copie dépersonnalisée de la documentation clinique pertinente.

Sélection d'un agent pharmacologique dans la CCI

Le tableau suivant illustre comment utiliser la classification ATC pour trouver le code approprié dans la CCI.

Cas 1
Une patiente atteinte d'une colite ulcéreuse sévère n'est pas en rémission malgré le traitement habituel. Durant sa visite, on commence à lui administrer 300 mg de védolizumab par voie intraveineuse.
Code ATC : L04 Immunosuppresseurs Qualificateur de la CCI : M8 Agents immunosuppresseurs Code de la CCI : 1.ZZ.35.HA-M8 <i>Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'agents immunosuppresseurs</i>
Cas 2
Un patient ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate est admis à l'hôpital pour une douleur constante. Durant son hospitalisation, il reçoit un comprimé de 50 mg de bicalutamide par jour.
Code ATC : L02 Thérapie endocrinienne Qualificateur de la CCI : M6 Traitement endocrinien Code de la CCI : 1.ZZ.35.CA-M6 <i>Pharmacothérapie, corps entier, agents anticancéreux et immunomodulateurs, approche par voie naturelle (orale), utilisation d'un traitement endocrinien</i>
Cas 3
Un patient est admis à l'hôpital en raison d'une crise d'asthme. Durant son hospitalisation, il reçoit 50 mcg de mométasone par inhalateur 2 fois par jour.
Code ATC : R03 Glucocorticoïdes Qualificateur de la CCI : R3 Antiasthmatiques Code de la CCI : 1.GZ.35.CA-R3 <i>Pharmacothérapie (locale), appareil respiratoire NCA, utilisation d'un agent antiasthmatique</i>

Évaluation de la compréhension

Trouvez le code ATC, le qualificateur de la CCI et le code de la CCI complet.

Description du cas

Exercices
1. Un patient atteint de sclérose latérale amyotrophique (SLA) se présente à la clinique pour recevoir une perfusion d'edaravone.
2. Une patiente se présente à la clinique pour recevoir une injection de Depo-Provera.
3. Un patient se présente à la clinique avec une inflammation oculaire due à des allergies. Il reçoit 2 gouttes de lotéprednol dans chaque œil.

Réponses

1. Code ATC : N07 Autres médicaments du système nerveux

Qualificateur de la CCI : P9 Autres médicaments du système nerveux

Code de la CCI : 1.ZZ.35.HA-P9 *Pharmacothérapie, corps entier, agents du système nerveux, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'autres médicaments du système nerveux*

2. Code ATC : G03 Hormones sexuelles et modulateurs de l'appareil génital

Qualificateur de la CCI : I5 Hormones sexuelles et modulateurs de l'appareil génital

Code de la CCI : 1.ZZ.35.HA-I5 *Pharmacothérapie, corps entier, agents de l'appareil génito-urinaire et hormones sexuelles, approche percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisation d'hormones sexuelles et d'un modulateur de l'appareil génital*

Remarque : Le nom générique du Depo-Provera est « médroxyprogestérone ».

3. Code ATC : S01 Corticostéroïdes, non associés

Qualificateur de la CCI : Q5 Agents ophtalmiques

Code de la CCI : 1.CZ.35.JA-Q5 *Pharmacothérapie (locale), œil NCA, approche externe et utilisation d'un agent ophtalmique NCA*

Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires

Interprétation nuancée des infections

Objet : Des écarts au chapitre de la codification des infections ont été décelés. Il est donc important de déterminer

- si l'infection a été confirmée ou non;
- si l'infection a été contractée avant ou après l'admission;
- s'il y a infection active ou si le patient n'est que porteur d'un micro-organisme infectieux.

Il est essentiel d'attribuer les bons codes de la CIM-10-CA et les bons types de diagnostic pour obtenir des données de qualité qui pourront servir à améliorer les résultats pour les patients. Le professionnel de la gestion de l'information sur la santé doit avoir une connaissance approfondie des normes de codification et la mettre à profit chaque fois qu'il analyse un cas. C'est la seule façon d'assurer la fiabilité des données. Le tableau ci-dessous présente une interprétation nuancée de scénarios d'infection courants et les répercussions de cette interprétation sur la codification des infections et le typage des diagnostics.

Codification des infections : interprétation et points à prendre en compte

Scénario A	Scénario B	Points à prendre en compte
Infection à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	Infection à <i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méthicilline (SASM)	Dans le cas d'une infection à SARM, le traitement par méthicilline est inefficace puisque la bactérie est résistante à ce médicament. Il est obligatoire d'attribuer des codes de la CIM-10-CA pour identifier a) le siège de l'infection, b) le micro-organisme infectieux et c) la résistance à un médicament particulier (dans ce cas-ci, U82.1 <i>Résistance à la méthicilline</i>). Il est également obligatoire de toujours lier ces codes au moyen d'un indicateur de série. Dans le cas d'une infection à SASM, le recours à la méthicilline est efficace puisque la bactérie est sensible à ce médicament. U82.1 <i>Résistance à la méthicilline</i> ne doit pas être attribué à ce type d'infection.

Scénario A	Scénario B	Points à prendre en compte
Diagnostic d'infection confirmé L'infection a été confirmée selon divers facteurs, comme un examen physique, des épreuves de laboratoire, des examens d'imagerie médicale ou des données cliniques. Reportez-vous également à l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19).	Diagnostic d'infection écarté L'infection a été écartée selon divers facteurs, comme un examen physique, des épreuves de laboratoire, des examens d'imagerie médicale ou des données cliniques. Reportez-vous également à l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19).	Un code n'est attribué que si le médecin ou le dispensateur de soins principal consigne un diagnostic d'infection confirmé dans le dossier. En présence de symptômes, les protocoles de prévention des infections sont souvent mis en œuvre avant que le diagnostic d'infection ne soit confirmé, par exemple si on soupçonne une infection à <i>Clostridium difficile</i> (C. difficile) chez un patient ayant une diarrhée. Cette précaution permet d'éviter la propagation de l'infection, si celle-ci était confirmée par une épreuve de laboratoire. Si les résultats des examens initiaux permettent d'écarter le diagnostic d'infection, aucun code d'infection n'est attribué. Le patient n'a pas (ou n'avait pas) d'infection. Pour en savoir davantage, consulter le document d'information de l'Agence de la santé publique du Canada sur l'infection à C. difficile. Reportez-vous également à l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19).
Infection Un micro-organisme est présent sur le corps ou dans l'organisme, et provoque une maladie.	Porteur Un micro-organisme est présent sur le corps ou dans l'organisme, mais ne provoque pas de maladie.	Il faut examiner le dossier avec soin pour s'assurer que le micro-organisme — en particulier un micro-organisme résistant aux médicaments — est classé avec exactitude à titre d'infection confirmée ou de sujet porteur. L'attribution d'un code obligatoire à un sujet porteur d'un micro-organisme résistant aux médicaments peut s'appuyer sur une note du médecin, du personnel infirmier ou du personnel responsable de la prévention des infections. En revanche, l'infection doit d'abord être confirmée par le médecin ou le dispensateur de soins principal pour qu'il y ait attribution d'un code d'infection active.

Scénario A	Scénario B	Points à prendre en compte
Comorbidité avant l'admission Affection significative présente avant l'admission ou au moment de l'admission.	Comorbidité après l'admission Affection significative qui survient après l'admission.	Il faut situer le début de l'affection pour être en mesure d'attribuer le bon type de diagnostic à la comorbidité. Dans le cas d'infections, il faut porter attention à la manifestation des symptômes et à l'information temporelle relative aux épreuves de laboratoire, car elles sont importantes. Par exemple, la présence de symptômes d'infection jumelée à des résultats positifs aux hémocultures effectuées à l'arrivée au service d'urgence ou le jour de l'admission évoque une comorbidité avant l'admission même si le médecin ou le dispensateur de soins principal ne consigne cette infection qu'à un moment ultérieur (parfois plusieurs jours plus tard). En revanche, on peut raisonnablement supposer qu'il s'agit d'une comorbidité après l'admission si l'état du patient se détériore ou s'il présente des signes d'une nouvelle affection après son admission. Puisque chaque cas est distinct, il faut examiner le dossier avec soin pour attribuer le bon type de diagnostic.
Il s'agit d'une affection post-intervention Si l'affection ou le symptôme n'est pas attribuable à une autre cause et survient pendant un épisode de soins continus dans les 30 jours suivant une intervention (y compris les transferts d'un établissement à l'autre) ou si une relation de cause à effet est documentée, peu importe le temps qui s'est écoulé entre les 2.	Il ne s'agit pas d'une affection post-intervention Si l'affection ou le symptôme survenu au cours de la période postopératoire de 30 jours est attribuable à une autre cause, ce qui englobe • une affection qui représente une aggravation de l'état en cours de traitement; • une exacerbation d'un état préexistant; • une affection attribuable à une autre cause.	Avant de désigner une affection post-intervention, il faut examiner le dossier avec soin pour s'assurer que l'affection n'existait pas avant l'intervention ou qu'elle n'est pas attribuable à une autre cause. Par exemple, le patient fait une hémorragie gastro-intestinale attribuable à un ulcère antral dans les 24 heures qui suivent une intervention. Cette hémorragie n'est pas une affection post-intervention puisqu'elle est attribuable à une autre cause.

Rappelez-vous que les **résultats des examens de laboratoire ne doivent pas servir à l'attribution des codes**. Les hémocultures positives n'indiquent pas automatiquement qu'il y a une infection. Il faut que le diagnostic soit consigné au dossier (de la manière précisée dans le tableau ci-dessus).

Reportez-vous également à l'[Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies \(COVID-19\)](#).

Voici en outre quelques ressources utiles à l'intention du professionnel de la gestion de l'information sur la santé :

- produits de formation de l'ICIS
- outil d'interrogation en ligne
- site Web de l'ICIS (icis.ca)

Reportez-vous également aux normes de codification [Infections](#) et [Micro-organismes résistants aux médicaments](#), et à l'[Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies \(COVID-19\)](#).

Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire

Arrêt cardiaque

Un code d'arrêt cardiaque est attribué lorsque le médecin a consigné des termes comme « asystolie », « arrêt cardiaque », « arrêt cardio-respiratoire » ou « arrêt circulatoire » au dossier **et** qu'une manœuvre de réanimation a été pratiquée (peu importe le résultat).

Un code de réanimation cardiaque est attribué lorsque celle-ci a été amorcée avant l'admission et qu'elle s'est poursuivie après celle-ci, ou que la réanimation a été pratiquée durant l'épisode de soins. Un code d'intervention n'est pas attribué si les manœuvres de réanimation ont cessé avant l'admission.

Questionnaire d'évaluation

(À l'aide de l'information ci-dessus et de la norme de codification *Arrêt cardiaque*, répondez aux questions suivantes.)

1. Un « arrêt cardiaque » est consigné au dossier du patient. Le personnel paramédical a commencé la réanimation cardio-cérébrale (RCC) sur les lieux. Le rythme sinusal du patient est revenu à la normale durant son transport en ambulance vers l'hôpital. La RCC a été interrompue avant l'arrivée au service d'urgence. Un code de réanimation cardiaque est attribué.
 - a. Vrai
 - b. Faux
2. Une « asystolie » est consignée au dossier du patient. Le personnel paramédical a entamé la réanimation cardiopulmonaire (RCP). Le patient a été intubé et ventilé à l'aide d'un masque et ballon. L'urgentologue a évalué le patient et a ordonné son admission à l'unité de soins coronariens. Le patient était toujours sous intubation et ventilation.
 - i) I46.0 *Arrêt cardiaque réanimé avec succès* est attribué comme diagnostic de type (1) dans l'abrégé du patient hospitalisé en soins de courte durée.
 - a. Vrai
 - b. Faux

- ii) 1.GZ.31.CA-EP *Ventilation, système respiratoire NCA, approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), assistée manuellement* (p. ex. masque ambu) est attribué dans l'abrégié du patient hospitalisé en soins de courte durée.
- a. Vrai
- b. Faux
3. Le patient est tombé sous les yeux d'un passant. Remarquant qu'il ne respirait plus et qu'il n'avait pas de pouls, le passant a entamé la réanimation cardiopulmonaire (RCP). Le personnel paramédical a pris le relais et a poursuivi les manœuvres jusqu'à l'arrivée au service d'urgence, où le décès du patient a été constaté. Diagnostic final du médecin : absence de signes vitaux.
- Un code d'arrêt cardiaque est attribué.
- a. Vrai
- b. Faux

Bonnes réponses

1. b) Faux. Les manœuvres de réanimation ont été interrompues avant l'arrivée du patient à l'hôpital. Elles n'étaient pas en cours au moment de l'admission.
2. i. a) Vrai. Une « asystolie » a été inscrite au dossier du patient; le patient était sous intubation et ventilation avant et après son admission. Selon la norme de codification Définition des types de diagnostics selon la BDGP, I46.0 Arrêt cardiaque réanimé avec succès répond aux critères de significativité.

ii. a) Vrai. Le patient était sous intubation et ventilation avant et après son admission. Un code de la catégorie 1.GZ.31.^^ *Ventilation, système respiratoire NCA* est obligatoire conformément à la norme de codification *Ventilation invasive*.
3. b) Faux. Un « arrêt cardiaque » n'est pas consigné au dossier du patient. Le diagnostic qui a été inscrit est « absence de signes vitaux » et ceci est classé au code R99 Autres causes de mortalité mal définies et non précisées.

Reportez-vous également aux normes de codification [Arrêt cardiaque](#), [Définition des types de diagnostics selon la BDGP](#), [Ventilation invasive](#) et [Absence de signes vitaux \(ASV\)](#).

I21 *Infarctus aigu du myocarde* : attribution du type de diagnostic

Compte tenu de la directive énoncée dans la norme de codification *Syndrome coronarien aigu (SCA)*, les codes de la catégorie I21.– devraient rarement être attribués comme diagnostic de type (3).

Instruction : Passez en revue la norme de codification *Syndrome coronarien aigu (SCA)*, puis répondez par vrai ou faux à chacun des énoncés ci-dessous.

Question : Un code de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* est attribué comme diagnostic de type (3) dans un abrégé de la BDCP dans les situations suivantes :

- A. Il est utilisé comme code supplémentaire (c.-à-d. sandwich) pour décrire une affection post-intervention de façon plus précise.

Vrai ou faux?

- B. Un patient est admis en raison d'une affection qui n'est pas liée à l'IAM (c.-à-d. admission dans les 28 jours suivant un IAM), et l'IAM n'est pas traité pendant cet épisode de soins.

Vrai ou faux?

- C. Un patient ayant récemment fait un IAM est admis (c.-à-d. admission dans les 28 jours suivant l'IAM) pour une intervention coronarienne percutanée non urgente visant à traiter une coronaropathie.

Vrai ou faux?

- D. Un patient est admis à des fins d'observation continue après avoir été traité dans un autre établissement. L'IAM est survenu 30 jours auparavant.

Vrai ou faux?

- E. Un patient fait un autre IAM auquel un code de la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition* est attribué dans l'abrégé et l'IAM initial est également codifié.

Vrai ou faux?

Bonnes réponses

- A. Faux. Un infarctus aigu du myocarde (IAM) qui répond à la définition d'une affection post-intervention n'est jamais attribué comme code supplémentaire (sandwich). Le code d'IAM (I21) est le code principal de l'affection post-intervention. Un type de diagnostic significatif est toujours attribué à un infarctus du myocarde en phase aiguë.
- B. Faux. Un type de diagnostic significatif est toujours attribué à un infarctus du myocarde en phase aiguë.
- C. Faux. Dans ce cas, le code pour la coronaropathie est le diagnostic principal et le code pour l'IAM (I21) est un type de diagnostic significatif conformément à la norme de codification *Syndrome coronarien aigu (SCA)*.
- D. Faux. Étant donné que le patient reçoit toujours des soins (c.-à-d. observation) pour l'infarctus du myocarde, l'affection est classée à la catégorie I21. Le même critère inclus au point B s'applique, car l'IAM est encore jugé aigu même s'il remonte à plus de 28 jours. I25.2 *Infarctus du myocarde* est attribué à l'infarctus du myocarde uniquement si les 2 critères s'appliquent.
- E. Vrai. Un infarctus du myocarde à répétition se dit d'un infarctus qui se produit dans les 28 jours suivant l'infarctus du myocarde initial (c.-à-d. lorsque l'infarctus initial est encore en phase aiguë). Lorsque tel est le cas, un code de la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition* est attribué comme diagnostic de type significatif. Selon la norme de codification *Syndrome coronarien aigu (SCA)*, un code de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* peut être attribué à titre facultatif comme diagnostic de type (3).

Vérification de la qualité des données

Critères de sélection : Enregistrements qui comportent un code de la catégorie I21 *Infarctus aigu du myocarde* comme diagnostic de type (3) **sans** code supplémentaire de la catégorie I22 *Infarctus du myocarde à répétition* attribué comme diagnostic significatif de type (M, 1, 2, W, X, Y). Examinez les renseignements inscrits au dossier pour effectuer la correction appropriée.

Reportez-vous également à la norme de codification [*Syndrome coronarien aigu \(SCA\)*](#).

Chapitre XI — Maladies de l'appareil digestif

Classification des hernies multiples selon la CIM-10-CA

Il est parfois difficile de classer le cas d'un patient qui présente plus d'une hernie, comme en témoignent les nombreuses questions de codification à ce sujet. Les hernies sont classées selon 3 axes : type (p. ex. crurale, inguinale), latéralité (le cas échéant) et degré de gravité (p. ex. occlusion, gangrène). Maintenant, comment classer le cas si le patient présente plus d'une hernie du même type, mais de degrés de gravité différents? Le présent conseil aux codificateurs indique comment classer des hernies multiples selon la CIM-10-CA lorsque divers axes s'appliquent.

Classification des hernies du même type

Si un patient présente une hernie bilatérale dont les 2 côtés sont du même type (p. ex. inguinale des côtés gauche et droit) ou plus d'une hernie unilatérale du même type (p. ex. 2 hernies inguinales du côté gauche), attribuez le code approprié pour le type et la latéralité, puis sélectionnez le degré de gravité le plus élevé pour le troisième axe. L'index alphabétique ci-dessous montre ces codes. Le degré de gravité en question (p. ex. occlusion) n'a pas à être présent dans les 2 hernies.

Hernie, herniaire (acquise) (récidivante) K46.9

– inguinale (directe) (externe) (funiculaire) (indirecte) (interne) (oblique) (par glissement) (scrotale) (unilatérale) K40.9

– – bilatérale K40.2

– – – avec

– – – – gangrène (et occlusion) K40.1

– – – – occlusion K40.0

– – unilatérale K40.9

– – – avec

– – – – gangrène (et occlusion) K40.4

– – – – occlusion K40.3

Il est *moins* important de savoir si les 2 côtés ou les 2 hernies présentent une occlusion ou une gangrène que de savoir s'il y a présence d'occlusion ou de gangrène.

Appliquer la classification de hernies multiples

Cas 1 Un patient atteint de hernies inguinales bilatérales se présente pour faire réparer ses hernies. Son dossier indique que la hernie du côté gauche est incarcerated.

Diagnostic	Type de diagnostic	Justification
K40.0 Hernie inguinale bilatérale, avec occlusion, sans gangrène	M	K40.0 est attribué, car il s'applique à la hernie dont le degré de gravité est le plus élevé (c.-à-d. incarcerated). Il est plus important de savoir qu'il y a occlusion que de savoir que les hernies présentent des degrés de gravité différents.

Cas 2 Un patient atteint de 2 hernies inguinales du côté gauche se présente pour faire réparer ses hernies. Son dossier indique qu'une des hernies est incarcerated par du gras.

Diagnostic	Type de diagnostic	Justification
K40.3 Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, avec occlusion, sans gangrène	M	K40.3 est attribué, car il s'applique à la hernie dont le degré de gravité est le plus élevé (c.-à-d. incarcerated). Il est plus important de savoir qu'il y a occlusion que de savoir que les hernies présentent des degrés de gravité différents.

Cas 3 Un patient atteint d'une hernie crurale incarcerated du côté droit et d'une hernie inguinale du côté droit se présente pour faire réparer ses hernies.

Diagnostic	Type de diagnostic	Justification
K41.3 Hernie crurale, unilatérale ou sans précision, avec occlusion, sans gangrène	M	K41.3 et K40.9 sont attribués, car ces 2 hernies sont de types différents (la première est crurale, la deuxième est inguinale). Puisque les types de hernies sont différents, le degré de gravité approprié est indiqué séparément.
K40.9 Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène	1	

Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

Classification des lésions des tissus mous

Ce conseil aux codificateurs a pour but de faciliter la sélection du code lorsque la documentation indique « **lésion des tissus mous** ». Comme le terme ne figure pas dans l'index alphabétique, les codificateurs des visites au service d'urgence trouveront utiles les 5 exemples de cas cliniques présentés ici.

Les lésions des tissus mous concernent principalement les muscles, les tendons et les ligaments. Ce type de blessure survient souvent pendant une activité sportive ou un exercice physique. Toutefois, de simples activités de la vie quotidienne peuvent parfois causer une lésion.

Les lésions traumatiques des tissus mous sont classées dans 2 groupes : les lésions aiguës et les lésions dues à une sollicitation excessive.

- Les lésions aiguës sont causées par un traumatisme soudain, comme une chute, une torsion ou un coup porté au corps. Les entorses, les foulures et les contusions sont des types de lésions aiguës.
- Les lésions dues à une sollicitation excessive surviennent de façon progressive lorsqu'une activité, sportive ou autre est répétée si souvent que certaines parties du corps n'arrivent pas à se régénérer entre les activités. Les tendinites et les bursites sont des types de blessures aux tissus mous généralement dues à une sollicitation excessive.

Comme les lésions des tissus mous peuvent toucher toutes les parties du corps, le premier axe de classification est le site de la lésion. Le code attribué par la suite variera selon le cas.

Cas 1 : Un patient se présente au service d'urgence en raison d'une contusion à la cheville, survenue lorsqu'il a fait tomber un poids de 10 lb sur sa cheville. Le médecin confirme l'absence de fracture et consigne une lésion des tissus mous.

Le degré de précision le plus élevé pour ce cas est la contusion. Recherchez le terme pilote « contusion » et le terme mis en retrait « cheville » dans l'index alphabétique.

S90.0 Contusion de la cheville

Cas 2 : Un patient se présente au service d'urgence en raison d'une cheville enflée. Il déclare s'être tordu la cheville et avoir manqué 3 marches dans les escaliers. Le médecin confirme l'absence de fracture et consigne : « lésion des tissus mous — entorse de la cheville ». Pour éviter de mettre du poids sur sa cheville, le patient doit porter une attelle souple ou un plâtre. Il doit se reposer, appliquer de la glace, maintenir la cheville sous compression et surélevée, et prendre des anti-inflammatoires.

Le degré de précision le plus élevé pour ce cas est l'entorse de la cheville. Recherchez le terme pilote « entorse » et le terme mis en retrait « cheville » dans l'index alphabétique.

S93.49 Entorse et foulure de la cheville, sans précision

Cas 3 : Une patiente se présente au service d'urgence en raison d'une douleur à la cheville; elle est incapable de marcher à la suite d'une blessure sportive. On observe un œdème important, des ecchymoses et une douleur invalidante. Le médecin confirme l'absence de fracture; les examens d'imagerie diagnostique indiquent une rupture significative du tendon. La cheville de la patiente est immobilisée avec un plâtre.

Le degré de précision le plus élevé pour ce cas est la rupture du tendon (de la cheville). Recherchez le terme pilote « rupture » et le terme mis en retrait « tendon » dans l'index alphabétique, qui vous redirigera vers le terme pilote « traumatisme » et le terme mis en retrait « muscle » à rechercher par site anatomique.

S96.98 Lésion traumatique autre et non précisée d'un muscle et d'un tendon non précisés au niveau de la cheville et du pied

Cas 4 : La seule information consignée est « Chute dans les escaliers, lésions des tissus mous — cheville ».

Le degré de précision le plus élevé pour ce cas est le site anatomique (cheville); le type de lésion n'est pas consigné. Le code pourrait être sélectionné parmi les catégories suivantes :

S90.— Lésion traumatique superficielle de la cheville et du pied;

S93.— Luxation, entorse et foulure des articulations et des ligaments au niveau de la cheville et du pied; ou

S96.— Lésion traumatique de muscles et de tendons au niveau de la cheville et du pied.

Lorsque le type de lésion n'est pas consigné, sélectionnez le code sans précision de la blessure la moins significative parmi les options disponibles :

S90.9 Lésion traumatique superficielle de la cheville et du pied, sans précision

Cas 5 : Un patient se présente au service d'urgence en raison d'une douleur au genou, apparue après qu'il a éprouvé une sensation de « déchirement ou claquement » en jouant au rugby. On observe un œdème, une sensibilité au toucher, de la douleur et une réduction de l'amplitude des mouvements. Les examens d'imagerie diagnostique permettent au médecin de confirmer l'absence de fractures. Une attelle de Zimmer est mise en place, et le patient obtient son congé avec la consigne de prendre un rendez-vous de suivi avec la clinique d'orthopédie. Le diagnostic final est « blessure du ligament croisé antérieur (LCA) ».

Le degré de précision le plus élevé pour ce cas est la blessure du LCA. Une blessure ligamentaire courante sans autre précision est classée comme une entorse de ligament. Recherchez le terme pilote « entorse » et le terme mis en retrait « croisée » (site anatomique du ligament).

S83.501 Autres entorses et foulures du ligament croisé antérieur du genou

Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité

Anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus

Objectif : S'assurer que les codes de la CIM-10-CA se rapportant à la détresse fœtale ne sont pas attribués si aucune **anomalie** réelle de la fréquence cardiaque du fœtus (FCF) n'a eu lieu.

O68 Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale

O68 Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale	Accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O68.0 Travail et accouchement compliqués d'une <u>anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus</u> ⁺⁺	O68.001 
O68.2 Travail et accouchement compliqués d'une <u>anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus</u> avec présence de méconium dans le liquide amniotique	O68.201 

Ces codes (O68.001 et O68.201) sont attribués à l'épisode de soins de l'accouchement en présence de signes d'une **anomalie** de la FCF ou d'une FCF **non rassurante**. Cependant, les changements dans la FCF ne sont pas tous inquiétants. La FCF de référence se situe entre 110 et 160 battements par minute. Pendant le travail, on peut s'attendre à des changements normaux de FCF au moment des contractions. Par contre, les changements de FCF deviennent inquiétants lorsqu'ils sont anormaux ou persistants. Le tableau qui suit explique les fluctuations possibles de la FCF et présente la terminologie habituellement utilisée dans les dossiers. Il n'a pas pour objet d'aider les codificateurs à interpréter les tracés de monitoring fœtal ni les fluctuations de la FCF.

Terme consigné au dossier	Signification
Accélérations — élévations périodiques de la FCF	Normal : Il s'agit d'une réaction normale du fœtus à la suite d'une hausse de l'activité durant le travail. Les accélérations sont rassurantes, car elles confirment que le fœtus n'est pas en état d'hypoxie.
Variabilité de la FCF	Normal : La variabilité n'est pas préoccupante, à condition qu'aucune caractéristique atypique ne soit présente.
Décélérations précoces	Normal : La décélération précoce est une baisse graduelle de la fréquence cardiaque qui se produit au début d'une contraction. Elle est une réponse normale aux contractions.
Tachycardie	Anormal : La tachycardie peut être un signe d'hypoxie fœtale et elle est préoccupante.

Terme consigné au dossier	Signification
Bradycardie	Anormal : La bradycardie peut être un signe d'hypoxie fœtale et elle est préoccupante.
Décélérations tardives	Lorsque le ralentissement est occasionnel, la décélération tardive peut être normale. Les décélérations tardives persistantes ou répétitives sont toutefois alarmantes et nécessitent l'intervention du dispensateur de soins.
Décélérations variables et caractéristiques atypiques	Bien que la variabilité et les décélérations occasionnelles ne soient pas inquiétantes, la présence de caractéristiques atypiques ou d'une décélération variable persistante peut être préoccupante.

La mention au dossier d'une variabilité occasionnelle, d'accélérations ou de décélérations précoces ne signifie pas nécessairement que la FCF est inquiétante; ces cas ne sont donc pas classés à un code de la catégorie O68 *Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale*.

Les codes O68.001 et O68.201 comprennent les cas documentés de tachycardie et de bradycardie fœtale, d'irrégularité de la FCF (à ne pas confondre avec « variabilité ») et de FCF non rassurante. Lorsque ces problèmes sont consignés au dossier ou que la FCF anormale (anomalie de la FCF) donne lieu à une intervention (p. ex. accouchement avec instrument ou assisté), un code de cette catégorie est attribué comme type de diagnostic significatif.

Codes d'intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances, à la rétention du fœtus et à l'interruption de grossesse

Objectif

Les codificateurs ont exprimé leur souhait d'obtenir de l'information sur les codes d'intervention obstétricale valides dans différentes situations.

Le présent conseil aux codificateurs couvre 3 sujets, soit les mortinaissances, la rétention du fœtus et l'interruption de grossesse :

1. Codes d'intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances
2. Codes d'intervention de la section 5 applicables à la rétention du fœtus
3. Codes d'intervention de la section 5 applicables à l'interruption de grossesse

Aperçu

Le choix du code d'intervention en cas de mort intra-utérine dépend du moment où la mort du fœtus est survenue. La mort intra-utérine à compter de la 20^e semaine de grossesse est considérée comme un accouchement (consultez les codes d'intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances). Avant la 20^e semaine de grossesse, elle est considérée comme une rétention d'un fœtus (consultez les codes d'intervention de la section 5 applicables à la rétention du fœtus).

Par opposition, les interventions dont le but est d'interrompre la grossesse et où le fœtus est vivant sont considérées comme une interruption de grossesse, et des codes d'intervention différents s'appliquent (consultez les codes d'intervention de la section 5 applicables à l'interruption de grossesse).

Le présent conseil aux codificateurs couvre la sélection des codes de la section 5 de la CCI qui peuvent être utilisés pour l'expulsion, l'extraction et l'assistance pour le retrait du fœtus en cas de mortinaissance, de rétention du fœtus et d'interruption de grossesse. Les interventions suivant une mortinaissance, une rétention du fœtus et une interruption de grossesse sont également couvertes.

1. Codes d'intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances

Définitions

Mortinaissance

Mort d'un fœtus *in utero* qui se produit à **partir de la 20^e semaine complète** de grossesse (également appelée mort intra-utérine tardive).

Les interventions visant à expulser, à extraire ou à faciliter le retrait d'un fœtus mort sont traitées comme un accouchement.

Sélection des codes

1. Pour les interventions qui visent à **déclencher le travail**, sélectionnez un ou plusieurs codes du groupe
 5.AC.^.^ *Interventions thérapeutiques antepartum*
2. Pour les interventions pratiquées **pendant le travail**, sélectionnez un ou plusieurs codes du groupe
 5.LC.^.^ *Interventions au cours du travail latent* ou
 5.LD.^.^ *Interventions au cours du travail actif*

3. Pour les interventions qui visent à **faciliter l'accouchement**, sélectionnez un ou plusieurs codes de la rubrique
5.MD.11.^ à 5.MD.47.^
 4. Pour les interventions pratiquées pour **réaliser l'accouchement**, sélectionnez un code*
de la rubrique
5.MD.50.^ à 5.MD.60.^.
 5. Pour les interventions pratiquées **après l'accouchement**, sélectionnez un ou plusieurs
codes du groupe
5.PC.^.^ *Interventions thérapeutiques postpartum*
- * Au moins un code d'intervention (code de l'accouchement, 5.MD.50.^ à 5.MD.60.^) est requis pour une mortinaissance.

Exemple

La mort intra-utérine s'est produite à environ 24 semaines de grossesse. La patiente est admise pour un déclenchement du travail par administration intraveineuse d'un agent ocytotique, lequel est suivi d'un accouchement vaginal spontané.

5.MD.50.AA *Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie*

5.AC.30.HA-I2 *Déclenchement du travail, perfusion percutanée d'un agent utérotonique*

Exclusion

La mort du fœtus **avant** la 20^e semaine complète de grossesse est une rétention du fœtus (et non une mortinaissance), même si l'expulsion du fœtus a lieu après 20 semaines. Consultez les codes d'intervention de la section 5 applicables à la rétention du fœtus.

Reportez-vous également aux codes d'intervention de la section 5 applicables à l'interruption de grossesse.

2. Codes d'intervention de la section 5 applicables à la rétention du fœtus

Définitions

Rétention du fœtus

Mort d'un fœtus *in utero* qui se produit **avant la 20^e semaine complète** de grossesse, avec rétention du fœtus, même si l'expulsion a lieu après 20 semaines (également appelée mort fœtale intra-utérine précoce).

Les interventions visant à expulser, à extraire ou à faciliter le retrait d'un fœtus en cas de rétention sont considérées comme une interruption naturelle.

Sélection des codes

1. Pour les interventions qui visent à **déclencher ou à faciliter l'expulsion**, sélectionnez un ou plusieurs codes du groupe

5.AC.^.^ Interventions thérapeutiques antepartum

2. Pour les interventions qui visent à **réaliser (effectuer) le retrait**, sélectionnez un code de la rubrique

5.PC.91.^ Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement)

3. Pour les interventions pratiquées **après le retrait**, sélectionnez un ou plusieurs codes du groupe

5.PC.^.^ Interventions thérapeutiques postpartum

Prenez note qu'il n'y a pas de nombre minimal de codes d'intervention pour une rétention de fœtus.

Exemples

Exemple 1 : La mort intra-utérine se produit à 16 semaines. La patiente est admise pour administration de misoprostol, laquelle est suivie d'une expulsion spontanée.

5.AC.30.CK-I2 *Déclenchement du travail, administration par voie naturelle (cervicale, vaginale) d'un agent utérotonique*

Exemple 2 : La rétention du fœtus est diagnostiquée à 18 semaines. La patiente est admise 2 semaines plus tard pour dilatation et curetage. Pendant l'intervention, la mise en place du tenaculum provoque un saignement du col de l'utérus qui est contenu au moyen de sutures.

5.PC.91.GA *Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement), dilatation et curetage*

5.PC.80.JJ Réparation chirurgicale, post-partum, déchirure, lacération obstétricale récente du col lors d'un accouchement par voie basse

Exclusion

La mort du fœtus qui se produit **à partir de la 20^e semaine** de grossesse est une mortinaissance (et non une rétention du fœtus). Consultez les codes d'intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances.

Reportez-vous également aux codes d'intervention de la section 5 applicables à l'interruption de grossesse.

3. Codes d'intervention de la section 5 applicables à l'interruption de grossesse

Définitions

Interruption de grossesse

Intervention médicale ou chirurgicale intentionnelle visant à interrompre la grossesse, le fœtus étant vivant au début de l'intervention, peu importe le résultat pour le fœtus (produits de conception, mortinaissance, naissance vivante).

Les interventions visant à expulser, à extraire ou à faciliter le retrait d'un fœtus vivant sont traitées comme une interruption de grossesse (avortement provoqué).

Sélection des codes

1. Pour les interventions visant à **faciliter ou à réaliser l'interruption**, sélectionnez un ou plusieurs codes du groupe
5.CA.^.^ Interruption de grossesse
2. Pour les interventions pratiquées **après l'interruption**, sélectionnez un ou plusieurs codes du groupe
5.PC.^.^ Interventions thérapeutiques postpartum

Prenez note qu'au moins un code d'intervention (pour réaliser l'interruption) doit être saisi en cas d'interruption de grossesse.

Exemple

La patiente est admise à 26 semaines pour une interruption en raison de graves anomalies cardiaques chez le fœtus. Le travail est déclenché au moyen d'ocytocines administrées par voie intraveineuse. Le fœtus est expulsé et survit environ 2 heures.

5.CA.88.HA-I2 *Interruption pharmacologique de grossesse, approche percutanée [p. ex. intraveineuse, injection intraamniotique ou extraamniotique], agent utérotonique*

Exclusions

Les interventions pratiquées lorsque le fœtus est mort sont exclues. Veuillez consulter les codes d'intervention de la section 5 applicables aux mortinaissances et les codes d'intervention de la section 5 applicables à la rétention du fœtus.

Reportez-vous aux normes de codification [Grossesse se terminant par un avortement](#) et [Poursuite de la grossesse après avortement/réduction sélective de fœtus dans les grossesses multiples](#).

Technologie de procréation assistée (TPA)

Les TPA comprennent toute technologie visant à manipuler l'ovulation, la fertilisation et la conception. Le type de technologie utilisé dépend de la cause sous-jacente de l'infertilité.

Catégories Z37 et Z38

Les catégories Z37 *Résultat de l'accouchement* et Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* comportent un sixième caractère. Ainsi, les grossesses résultant du recours aux TPA peuvent être distinguées de celles issues d'une ovulation et d'une conception entièrement spontanées et non assistées.

La valeur 0 au sixième caractère indique que la grossesse résulte d'une ovulation et d'une conception naturelles et spontanées; la valeur 1 au sixième caractère indique qu'il a fallu manipuler les spermatozoïdes et/ou l'ovule d'une quelconque façon pour qu'une grossesse survienne.

Quelles sont les techniques comprises dans les TPA?

Aux fins de sélection d'un code des catégories Z37 et Z38, les TPA comprennent toute technologie visant à manipuler l'ovulation, la fertilisation et la conception, y compris l'insémination artificielle. Plus précisément

- la fécondation in vitro (FIV), avec ou sans injection intracytoplasmique de sperme (IICS), ou la maturation in vitro (MIV) de l'ovocyte;
- le transfert d'embryon frais ou congelé;

- la stimulation ovarienne ou l'induction de l'ovulation, ce qui comprend l'utilisation de médicaments tels que le citrate de clomifène (médicaments de marque Clomid, Milophene et Serophene), les gonadotrophines humaines de la ménopause (hMG) provenant d'une source urinaire ou recombinée, les produits de l'hormone folliculostimulante (FSH) provenant d'une source urinaire ou recombinée ou les agonistes de l'hormone lutéinisante (LH);
- l'insémination artificielle.

Quelles sont les techniques non comprises dans les TPA?

Les TPA ne comprennent pas les interventions chirurgicales visant à rectifier les problèmes de reproduction attribuables à un défaut anatomique propre au sexe, comme les trompes de Fallope endommagées ou bloquées chez la femme ou la varicocèle chez l'homme. Elles n'incluent pas non plus la maternité de substitution. Enfin, les TPA n'incluent pas les médicaments visant à accélérer la mobilité des spermatozoïdes.

On ne s'attend pas à ce que le codificateur vérifie les visites antérieures dans le dossier de la patiente pour déterminer si la grossesse en cours résulte d'un recours à une TPA. Si le dossier de la patiente ne contient aucun renseignement sur l'admission actuelle qui permet de déterminer que la grossesse résulte d'un recours à une TPA, sélectionnez un sixième caractère de « 0 ».

Vérification de la qualité des données

Assurez-vous que le code Z37 *Résultat de l'accouchement* sur l'abrégé de la mère correspond au code Z38 *Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance* sur l'abrégé du nouveau-né. Ces 2 codes doivent avoir la même valeur au sixième caractère afin d'indiquer si la grossesse et le nouveau-né résultent d'une ovulation et d'une conception naturelles et spontanées (valeur 0) ou d'une TPA (valeur 1).

Typage des diagnostics pour l'épisode de soins de l'accouchement

Comme vous le savez, les patientes en soins obstétricaux diffèrent des autres patients hospitalisés en soins de courte durée puisqu'elles ne sont pas malades. La grossesse n'est pas une affection, mais un état qui peut être associé à des complications précises (propres à l'état de grossesse). Cela dit, une patiente enceinte peut également présenter d'autres comorbidités non obstétricales qui compliquent la grossesse. La codification et le typage des diagnostics (en particulier les critères de significativité) des patientes en soins obstétricaux diffèrent donc quelque peu de ceux des autres patients.

Le présent conseil aux codificateurs a donc pour objectif de fournir des conseils et une orientation cohérente pour le typage des diagnostics liés à l'épisode de soins de l'accouchement.

Sixième caractère et type de diagnostic attribués à l'épisode de soins de l'accouchement

On attribue habituellement un diagnostic de type (1) aux codes commençant par O (affections obstétricales) qui décrivent un diagnostic significatif survenu avant ou pendant l'accouchement au cours de l'épisode de soins de l'accouchement, et un diagnostic de type (2) aux codes commençant par O qui décrivent un diagnostic significatif survenu après l'accouchement, lorsque l'épisode de soins concerne un accouchement.

Le sixième caractère du code attribué à un épisode de soins de l'accouchement doit être l'une ou l'autre des 2 valeurs suivantes :

- 1 — accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum ou intrapartum au cours de l'épisode de soins actuel
- 2 — accouchement, avec mention de complications post-partum ou puerpérales au cours de l'épisode de soins actuel

En règle générale, le sixième caractère correspond au type de diagnostic attribué au code O. Donc, si le sixième caractère est 1, le type de diagnostic (1) est attribué au code O, et si le sixième caractère est 2, le type de diagnostic (2) est attribué au code O.

Il y a toutefois des exceptions :

1. Si l'affection correspond à la définition de diagnostic principal (DxP), elle est codifiée comme diagnostic de type (M).
2. Si l'affection n'est pas significative, elle est codifiée comme diagnostic de type (3).
3. Si l'affection n'est pas propre à la grossesse, les règles générales d'attribution du type de diagnostic s'appliquent (c.-à-d. si l'affection que présente la patiente enceinte pourrait également survenir chez une personne qui ne l'est pas).

Attribution de types de diagnostics pour l'épisode de soins de l'accouchement

Cas 1 Une patiente atteinte de diabète gestationnel est admise pour le déclenchement du travail. Un accouchement vaginal spontané s'ensuit. Le cordon ombilical est enroulé autour du cou du nourrisson, mais est facilement dégagé. Une déchirure obstétricale du périnée du deuxième degré est réparée. La patiente fait une hémorragie postpartum en raison d'une rétention placentaire.

Diagnostic	Type de diagnostic	Justification
O24.801 Diabète sucré survenant au cours de la grossesse (gestationnel), accouchement avec ou sans mention de troubles antepartum	M	Il s'agit d'une affection obstétricale significative survenant avant ou pendant l'accouchement et constituant la raison du déclenchement du travail. L'affection renvoie à la première exception puisqu'elle correspond au DxP. Par conséquent, le sixième caractère et le type de diagnostic diffèrent.
O70.101 Déchirure obstétricale du périnée, du deuxième degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum	1	Il s'agit d'une affection obstétricale significative survenant avant ou pendant l'accouchement. Le sixième caractère et le type de diagnostic sont identiques.
O72.202 Hémorragie du post-partum, tardive et secondaire, accouchement, avec mention de complications post-partum	2	Il s'agit d'une affection obstétricale significative survenant après l'accouchement. Le sixième caractère et le type de diagnostic sont identiques.
O69.801 Travail et accouchement compliqués d'autres anomalies du cordon ombilical, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum	3	Cette affection obstétricale n'est pas significative. L'affection renvoie à la deuxième exception puisqu'elle n'est pas significative. Par conséquent, le sixième caractère et le type de diagnostic diffèrent.
Z37.000 Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées	3	Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z37.– à tous les accouchements. Si un code O est attribué (c.-à-d. que Z37.– n'est pas le DxP), alors le code de la catégorie Z37.– est consigné comme diagnostic de type (3).

Cas 2 La patiente est admise en raison de prééclampsie sévère. Le deuxième jour, elle subit un infarctus aigu de la paroi antérieure du myocarde. L'ECG révèle un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI). Le quatrième jour, le bébé naît par césarienne pratiquée d'urgence.

Diagnostic	Type de diagnostic	Justification
O14.101 Prééclampsie sévère, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum	M	Il s'agit d'une affection obstétricale significative survenant avant ou pendant l'accouchement. L'affection renvoie à la première exception puisqu'elle correspond au DxP. Par conséquent, le sixième caractère et le type de diagnostic diffèrent.
O99.401 Maladies de l'appareil circulatoire compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum	2	Il s'agit d'une affection non obstétricale significative survenant avant ou pendant l'accouchement, mais après l'admission. Dans ce cas-ci, O99.401 est le code approprié, car il permet de faire état de l'infarctus du myocarde en phase aiguë. L'infarctus du myocarde renvoie à la troisième exception puisqu'il ne s'agit pas d'une affection propre à la grossesse (c.-à-d. qu'il peut survenir chez une personne qui n'est pas enceinte). Par conséquent, les règles générales d'attribution du type de diagnostic s'appliquent. Le sixième caractère et le type de diagnostic diffèrent, afin de signaler une affection survenue après l'admission.
I21.0 Infarctus transmural aigu du myocarde, de la paroi antérieure	3	L'attribution de ce code est conforme à la directive « Utiliser un code supplémentaire pour identifier l'affection spécifique » qui figure à la catégorie O99.
R94.30 Modification de l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde avec une surélévation du segment ST [STEMI]	3	L'attribution de ce code est conforme à la directive « Utiliser un code supplémentaire de la sous-catégorie (R94.3–) afin d'identifier tous les résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires » qui figure à la catégorie I21.
Z37.000 Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées	3	Il est obligatoire d'attribuer un code de la catégorie Z37.– à tous les accouchements. Si un code O est attribué (c.-à-d. que Z37.– n'est pas le DxP), alors le code de la catégorie Z37.– est consigné comme diagnostic de type (3).

Reportez-vous également aux normes de codification [Définition des types de diagnostics selon la BDGP](#), [Sélection du sixième caractère pour la codification de l'obstétrique](#), [Séquence des codes de diagnostic en obstétrique](#), [Accouchement normal](#) et [Grossesse avec complication et grossesse sans complication](#).

Chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

Trouvez l'erreur : utilisation des codes du chapitre XVI — Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00 à P96)

Le tableau suivant est extrait d'un abrégé soumis à la Base de données sur les congés des patients (BDGP). Saurez-vous repérer l'erreur?

Code du diagnostic de la CIM-10-CA	Description des codes de la CIM-10-CA
O42.021	Rupture prématurée des membranes à terme, avec début du travail dans les 24 heures, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O70.001	Déchirure obstétricale du périnée, du premier degré, accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
P08.1	Autres enfants gros pour l'âge gestationnel
Z37.000	Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Code d'intervention de la CCI	Description du code d'intervention de la CCI
5.MD.50.AA	Accouchement par voie vaginale, assistance manuelle (présentation par le sommet), sans épisiotomie

Remarque

Dans les cas d'obstétrique, rappelez-vous la règle générale : les codes O– s'appliquent à la mère et les codes P–, au bébé.

Les codes du chapitre XVI décrivent des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale. Il est concevable qu'un adulte continue de souffrir d'un trouble dont l'origine se situe dans la période périnatale. Par conséquent, il n'existe aucune règle de vérification de l'ICIS qui limite l'utilisation des codes P– dans les abrégés soumis à la BDGP.

Vérification de la qualité des données

Dans le cas des abrégés de patients adultes (âgés de 19 à 44 ans) dans lesquels figure un code de diagnostic qui commence par P, vérifiez les renseignements au dossier et l'abrégié afin de vous assurer que le code de diagnostic approprié a été attribué.

Le sixième caractère des codes Z37 et Z38

Z37.0 Naissance unique, enfant vivant

Z37.000 (version canadienne) Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées

Z37.001 (version canadienne) Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant d'une technologie de procréation assistée (TPA)

Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital

Note:

Technologie de procréation assistée (TPA) comprend induction d'ovulation, injection intracytoplasmique de sperme (ICSI), transfert d'embryon, et fécondation in vitro (FIV).

Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital	Produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)	Produit résultant d'une technologie de procréation assistée (TPA)
Z38.00 Naissance par voie vaginale	Z38.000 	Z38.001 

Qu'est-ce qui cloche?

Abrégé de la mère : Z37.001 *Naissance unique, enfant vivant, grossesse résultant d'une technologie de procréation assistée (TPA)*

Abrégé du nouveau-né : Z38.000 *Enfant unique, né à l'hôpital, naissance par voie vaginale, produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)*

Vérification de la qualité des données

Critères de sélection : Les enregistrements dont le **sixième caractère** du code **Résultat de l'accouchement** (p. ex. Z37.000) sur l'abrégé de la mère **ne correspond pas** au sixième caractère du code **Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance** (p. ex. Z38.001) sur l'abrégé du nouveau-né.

Explication de l'erreur : Le **sixième caractère** du code **Résultat de l'accouchement** (p. ex. Z37.000) ne correspond pas au sixième caractère du code **Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance** (Z38.001). Le **sixième caractère** du code **Résultat de l'accouchement** et du code **Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance** doivent correspondre. Examinez le dossier de la mère et celui du nouveau-né afin d'établir quel abrégé doit être rectifié.

Reportez-vous également à la norme de codification [*Sélection du sixième caractère pour la codification de l'obstétrique.*](#)

Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Affections post-intervention — codes résiduels

Lors d'une analyse des données des années précédentes, nous avons constaté qu'un nombre étonnamment élevé d'abrégiés de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) contenaient un ou plusieurs codes résiduels liés à des affections post-intervention.

À quelles affections post-intervention attribue-t-on un code résiduel?

Un code résiduel est attribué en tant que code principal à une affection post-intervention lorsque

1. l'affection post-intervention est précisément indexée sous un code résiduel; ou

Exemple : Pneumonie associée au ventilateur

Pneumonie (aiguë) (double) (migratoire) (non résorbée) (purulente) (septique) (à)
(de) J18.9

– associée au ventilateur (PAV) J95.88

2. l'affection post-intervention ne figure pas dans l'index et qu'il est conseillé, dans l'outil d'interrogation en ligne, de lui attribuer un code résiduel.

Exemple : Glissement d'une fundoplicature de Nissen

K91.8 *Autres atteintes de l'appareil digestif postintervention, non classées ailleurs*

Suivez les étapes nécessaires pour rechercher les affections post-intervention ci-dessous. Est-ce que le code résiduel est le code principal approprié ou non?

Exemple 1 : Rétrécissement du rectum dû à une irradiation

K91.8 [Série A] *Autres atteintes de l'appareil digestif postintervention, non classées ailleurs*

K62.4 (3) [Série A] *Sténose de l'anus et du rectum*

Y84.2 (9) [Série A] *Acte radiologique et radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention*

Exemple 2 : Pneumonie à la suite d'une résection du foie

J95.88 [Série A] *Autres troubles respiratoires postintervention*

J18.9 (3) [Série A] *Pneumonie, sans précision*

Y83.6 (9) [Série A] *Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention*

Exemple 3 : Hypotension peropératoire (pontage aortocoronarien)

I97.8 [Série A] *Autres troubles de l'appareil circulatoire postintervention, non classés ailleurs*

I95.9 (3) [Série A] *Hypotension, sans précision*

Y83.2 (9) [Série A] *Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention*

Bonnes réponses

Exemple 1 : Rétrécissement du rectum dû à une irradiation

K91.8 [Série A] *Autres atteintes de l'appareil digestif postintervention, non classées ailleurs*

K62.4 (3) [Série A] *Sténose de l'anus et du rectum*

Y84.2 (9) [Série A] *Acte radiologique et radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention*

Utilisation appropriée du code résiduel : La recherche dans l'index alphabétique mène à un code résiduel lorsqu'un rétrécissement du rectum représente une affection post-intervention. Un code supplémentaire est attribué pour apporter plus de précisions, parce que K91.8 ne décrit pas complètement l'affection et qu'un autre code est disponible. L'utilisation de ce code n'est pas contre-indiquée.

Exemple 2 : Pneumonie à la suite d'une résection du foie

Y83.6 (9) [Série A] *Ablation d'un autre organe (partielle) (totale) à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention*

Utilisation inappropriée du code résiduel : Il n'y a pas de sous-terme signifiant « postopératoire » pour la pneumonie qui se rapporte à ces circonstances (résection). Le code régulier est attribué comme code principal, et il est relié au code de cause externe à l'aide de l'indicateur de série. Le code résiduel J95.88 *Autres troubles respiratoires postintervention* n'est pas attribué.

Exemple 3 : Hypotension peropératoire (pontage aortocoronarien)

Y83.2 (9) [Série A] *Intervention chirurgicale avec anastomose, pontage ou greffe à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'incident au cours de l'intervention*

Utilisation inappropriée du code résiduel : Il n'y a pas de sous-terme signifiant « postopératoire » pour l'hypotension qui se rapporte à ces circonstances. Le code régulier est attribué comme code principal, et il est relié au code de cause externe à l'aide de l'indicateur de série. Le code résiduel I97.8 *Autres troubles de l'appareil circulatoire postintervention, non classés ailleurs* n'est pas attribué.

Reportez-vous également à la norme de codification [Affections post-intervention](#).

Codification des bris d'appareils selon les circonstances

Les circonstances dans lesquelles un appareil peut se briser influent sur l'attribution des codes. Vous trouverez ci-dessous des énoncés des différentes circonstances dans lesquelles un bris peut se produire et des codes attribués dans chacune de ces circonstances.

N'oubliez pas que les définitions des types de diagnostics s'appliquent à tous les codes.

Si un appareil interne se brise en raison d'une force intrinsèque, on attribue **alors** un code des catégories T82 à T85 et un code des catégories Y70 à Y82.

Exemple : Un patient se présente en raison d'un bris de la prothèse de la hanche. Il n'y a aucun antécédent de traumatisme.

T84.033 [Série A] *Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, bris et dissociation*

Y79.2 [Série A] *Appareils orthopédiques, associés à des incidents adverses, prothèse et autres implants, matériaux et accessoires*

Justification : Une prothèse qui est conçue pour demeurer dans le corps et qui se brise pendant qu'elle est en place est classée comme une complication mécanique. Lorsque le bris (ou le dysfonctionnement) de la prothèse n'est pas attribuable à une force extrinsèque, le code de cause externe est sélectionné à partir des catégories Y70 à Y82.

Si un appareil interne se brise en raison d'une force extrinsèque, on attribue **alors** un code des catégories T82 à T85 et un code des catégories V01 à X59.

Exemple : Un patient se présente en raison d'un bris de la prothèse de la hanche. Le patient est tombé d'une chaise à la maison.

T84.033 Complication mécanique d'une prothèse de la hanche, bris et dissociation

W07 Chute d'une chaise

U98.0 Lieu de l'événement, domicile

Justification : Une prothèse qui est conçue pour demeurer dans le corps et qui se brise pendant qu'elle est en place est classée comme une complication mécanique. Lorsque le bris (ou le dysfonctionnement) de la prothèse est attribuable à une force extrinsèque, le code de cause externe est sélectionné à partir des catégories V01 à X59. Il s'agit d'un accident et non d'une affection post-intervention.

Si un appareil se brise lors de l'insertion, du retrait ou durant la manipulation par le personnel médical **et** qu'un fragment (morceau) est retenu, on attribue **alors** un code de la catégorie T81.5– et un code des catégories Y70 à Y82.

Un fragment (morceau) est dit « retenu » lorsqu'il n'a pas été retiré (il a été laissé intentionnellement dans le corps ou les tentatives pour le retirer ont échoué) ou qu'une intervention distincte ou spéciale était nécessaire pour le retirer.

Exemple n° 1 : Lors du retrait d'une sonde de gastrostomie endoscopique permanente (GEP), la tige s'est cassée. Le retrait de la partie retenue nécessitait une intervention endoscopique.

T81.57 [Série A] Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure, sans mention de complication

Y73.1 [Série A] Appareils utilisés en gastro-entérologie et en urologie, associés à des incidents adverses, pour traitement (non chirurgical) et rééducation

Justification : La tige de la sonde de GEP est un corps étranger, puisqu'elle n'est pas conçue pour demeurer dans le corps du patient et n'a pas d'utilité. Lorsque le bris (ou le dysfonctionnement) de la prothèse n'est pas attribuable à une force extrinsèque, le code de cause externe est sélectionné à partir des catégories Y70 à Y82. L'extraction, l'insertion ou la manipulation courante par le personnel médical n'est pas considérée comme une force extrinsèque. Il ne s'agit pas non plus d'un incident, étant donné qu'aucun événement indésirable n'est documenté (c.-à-d. qu'on présume que l'intervention visant à retirer la sonde de GEP a été pratiquée correctement).

Exemple n° 2 : Une pointe foreuse s'est brisée lors de la reprise d'une arthroplastie totale de la hanche et n'a pu être retirée.

T81.57 [Série A] *Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure, sans mention de complication*

Y79.3 [Série A] *Appareils orthopédiques, associés à des incidents adverses, instruments, matériaux et appareils chirurgicaux (y compris les sutures)*

Justification : Le morceau de pointe foreuse laissé dans le corps du patient est considéré comme un corps étranger, puisqu'il n'est pas conçu pour demeurer dans le corps. Lorsque le bris (ou le dysfonctionnement) de la prothèse n'est pas attribuable à une force extrinsèque, le code de cause externe est sélectionné à partir des catégories Y70 à Y82. L'extraction, l'insertion ou la manipulation courante par le personnel médical n'est pas considérée comme une force externe. Il ne s'agit pas non plus d'un incident, étant donné qu'aucun événement indésirable n'est documenté (c.-à-d. qu'on présume que la pointe foreuse a été utilisée correctement).

Si un appareil se brise en raison d'une force extrinsèque **et** qu'un fragment (morceau) est retenu, on attribue **alors** un code de la catégorie T81.5– et un code des catégories V01 à X59.

Exemple : Un patient a coupé son drain de Jackson-Pratt; la partie intra-abdominale du drain a été retenue et une laparotomie a dû être pratiquée pour la retirer.

T81.57 *Corps étranger laissé accidentellement dans une cavité corporelle ou une plaie opératoire à la suite d'une procédure, sans mention de complication*

W49 *Exposition à des forces mécaniques inanimées, autres et sans précision*

U98.20 *Lieu de l'événement, hôpital*

Justification : La partie retenue du drain est un corps étranger, puisqu'elle n'est pas conçue pour demeurer dans le corps et n'a pas d'utilité. Lorsque le bris (ou le dysfonctionnement) de la prothèse est attribuable à une force extrinsèque, le code de cause externe est sélectionné à partir des catégories V01 à X59. Il s'agit d'un accident et non d'une affection post-intervention.

Si un appareil se brise lors de l'insertion, du retrait ou de la manipulation **et** que le fragment (morceau) est facilement retiré, aucun code n'est **alors** attribué.

Exemple : Lors du retrait d'un fil guide utilisé pour l'insertion d'une ligne centrale, une partie du fil guide a cédé. La partie brisée du fil guide a été immédiatement retirée sans difficulté.

Aucun code n'est attribué.

Justification : Il n'y a pas lieu d'attribuer un code puisqu'aucun fragment (morceau) de l'appareil n'a été retenu.

Reportez-vous également à la norme de codification [Complications liées aux prothèses, aux implants ou aux greffes](#).

Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Codes Z : quelles sont les différences?

Le présent conseil aux codificateurs a pour objectif de préciser les circonstances dans lesquelles attribuer certains codes Z. Il vise notamment à guider le choix entre

- un code de la catégorie **Z09** *Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes* et un code de la catégorie **Z47** *Autres soins de contrôle orthopédiques* ou de la catégorie **Z48** *Autres soins de contrôle chirurgicaux*;
- un code de la catégorie **Z41** *Thérapie sans raison médicale* et un code de la catégorie **Z42** *Soins de contrôle comprenant une opération plastique*.

Catégorie Z09 versus catégories Z47 ou Z48 : examen ou soins?

Examen de contrôle (Z09)

- La catégorie **Z09** *Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes* comprend la surveillance médicale après traitement.
- On l'attribue lorsque le motif de la visite est un **examen** visant à évaluer le statut d'une affection ou une blessure traitée antérieurement (antécédents personnels d'une affection pouvant être classée aux catégories Z85 à Z88) pour déterminer si le traitement a fonctionné **et** si les résultats de l'examen révèlent qu'aucun autre traitement n'est nécessaire (c.-à-d. que l'affection initiale n'est plus présente et n'a pas récidivé).
- L'objectif consiste à évaluer le statut de la maladie, de l'affection ou de la blessure traitée antérieurement. L'évaluation peut notamment englober une évaluation physique, des analyses de laboratoire et des examens d'imagerie diagnostique.
- Le mot clé, le but ou le motif de la visite renvoie à un **examen** (ou une investigation) de contrôle.

Soins de contrôle (Z47 ou Z48)

- Les catégories **Z47** *Autres soins de contrôle orthopédiques* et **Z48** *Autres soins de contrôle chirurgicaux* sont utilisées pour indiquer la raison des **soins** de contrôle.
- On les attribue lorsque le motif de la visite est de recevoir des **soins** de contrôle ou prophylactiques, des **soins** de convalescence ou des **soins** pour consolider le traitement, soigner un état résiduel ou prévenir une rechute.

- L'objectif consiste à soigner un état résiduel ou à réaliser la dernière étape du traitement (ou à le consolider). Les soins peuvent notamment englober le retrait de points de suture, de vis ou d'un plâtre, ou le changement d'un pansement, d'un plâtre ou d'un drain.
- Le mot clé, le but ou le motif de la visite renvoie à des **soins** de contrôle.

Le tableau ci-dessous donne des exemples de l'attribution d'un code pour un **examen** de contrôle, pour des **soins** de contrôle et pour l'affection (ou la blessure) **initiale**.

Examen de contrôle, soins de contrôle ou affection (ou blessure) initiale

Description du cas	Examen de contrôle, soins de contrôle ou affection (ou blessure) initiale?
Le patient tombe et se fracture la diaphyse du radius et de l'ulna. On lui fait un plâtre. Il obtient ensuite son congé de l'hôpital.	
Le patient revient à la clinique d'orthopédie 4 semaines plus tard pour passer une radiographie visant à évaluer le processus de guérison. La fracture guérit bien. Le patient conservera son plâtre 2 semaines de plus.	Affection initiale Il s'agit d'une évaluation normale suivant le traitement d'une fracture. Elle vise uniquement à évaluer l'état après le traitement et à déterminer si la fracture guérit normalement. Cette situation ne correspond pas à un examen de contrôle ou à des soins de contrôle. Attribuez un code correspondant à la fracture, puisque la fracture n'est pas guérie et que le traitement se poursuit.
Le patient revient à la clinique d'orthopédie 6 semaines plus tard en vue du retrait de son plâtre. Il passe une radiographie visant à évaluer le processus de guérison. La fracture est guérie. Le plâtre est retiré.	Soins de contrôle Cette visite consiste à soigner un état résiduel. La fracture est guérie. L'objectif de cette visite est le retrait du plâtre. Attribuez Z47.8 <i>Autre soin de contrôle orthopédique précisé</i>.
Le patient subit un infarctus aigu du myocarde. Un quadruple pontage coronarien est pratiqué. Le patient obtient ensuite son congé de l'hôpital.	
Le patient revient à la clinique de cardiologie pour le retrait des agrafes. Il va bien. Un rendez-vous est fixé pour une réévaluation dans 6 mois.	Soins de contrôle Cette visite consiste à soigner un état résiduel. La plaie opératoire est guérie. L'objectif de cette visite est le retrait des agrafes. Attribuez Z48.0 <i>Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux</i>.
Le patient revient à la clinique de cardiologie et rencontre un cardiologue. Sa médication actuelle est appropriée et il va bien. Un rendez-vous est fixé pour une réévaluation dans 6 mois.	Examen de contrôle Il s'agit d'une évaluation normale suivant le traitement (pontage coronarien). Elle vise à évaluer l'état après le traitement et à déterminer si le patient guérit normalement. Le patient a guéri après son pontage aortocoronarien et ne présente aucun signe ou symptôme lié à l'infarctus du myocarde antérieur. Attribuez Z09.0 <i>Examen de contrôle après traitement chirurgical d'autres affections</i>.

Évaluez votre compréhension — les cas suivants concernent-ils des examens de contrôle, des soins de contrôle ou l'affection (ou la blessure) initiale?

Description du cas
1. La patiente s'est coupée à la jambe. Sa peau ne se prête pas à des points de suture. On lui fait un pansement. La patiente obtient son congé. Elle revient à la clinique tous les 2 jours pour faire changer le pansement.
2. Le patient est fiévreux et tousse. Une radiographie révèle une pneumonie. On lui prescrit des antibiotiques. Le patient obtient son congé. Il revient à la clinique pour une radiographie. La radiographie ne révèle aucun changement. Le patient doit poursuivre son traitement par antibiotiques.
3. Le patient se présente pour subir une cystoscopie de contrôle à la suite d'un cancer de la vessie traité antérieurement par radiothérapie. La tumeur maligne n'a pas récidivé.

Catégorie Z41 *versus* catégorie Z42 : chirurgie esthétique et de remodelage ou chirurgie plastique de suivi?

Chirurgie esthétique et de remodelage (Z41)

- Cette catégorie vise les hospitalisations dont le motif est une **chirurgie esthétique** ou de **remodelage**.
- La chirurgie n'est pas nécessaire sur le plan médical. Elle ne sert pas à traiter une maladie ou une affection. Elle est demandée par le patient qui souhaite modifier son apparence physique pour des raisons d'esthétique ou de préférence personnelle.
- Il peut s'agir notamment d'une hospitalisation en raison d'un lissage du visage, d'une greffe des cheveux, d'une augmentation mammaire ou d'une réattribution sexuelle.

Chirurgie plastique de suivi (Z42)

- Cette catégorie vise les hospitalisations dont le motif est une chirurgie plastique ou correctrice visant à **réparer les dommages** causés par un traumatisme (désormais guéri) ou une intervention chirurgicale antérieure.
- La chirurgie fait partie intégrante des traitements et soins dispensés au patient et elle vise à corriger les dommages causés par un traumatisme ou une intervention chirurgicale.
- Il peut s'agir notamment d'une hospitalisation en raison d'une chirurgie reconstructive pour une brûlure guérie ou d'une reconstruction mammaire à la suite d'une mastectomie pour un cancer du sein.

Le tableau ci-dessous donne des exemples de **chirurgie esthétique** ou de **remodelage** et de **chirurgie plastique de suivi**.

Chirurgie esthétique et de remodelage *versus* chirurgie plastique de suivi

Description du cas	Chirurgie esthétique et de remodelage ou chirurgie plastique de suivi?
Le patient subit une excision d'un important carcinome basocellulaire du nez. Il obtient ensuite son congé de l'hôpital.	
La plaie opératoire est guérie. Le traitement du carcinome basocellulaire prend fin. Le patient doit maintenant subir une rhinoplastie.	Chirurgie plastique de suivi Il s'agit de soins de contrôle comprenant une chirurgie plastique. Le patient subit une chirurgie plastique une fois la plaie opératoire guérie. Cette chirurgie vise à réparer les dommages causés par la chirurgie précédente. Attribuez Z42.0 Soins de contrôle comprenant une opération plastique de la tête et du cou.
La patiente a des cicatrices d'acné.	
Elle subit une dermabrasion du visage.	Chirurgie esthétique Il s'agit d'une chirurgie plastique pour des raisons esthétiques. La chirurgie n'est pas nécessaire sur le plan médical. La patiente souhaite modifier son apparence physique à des fins esthétiques. Attribuez Z41.1 Autre opération plastique pour raison esthétique.
Le patient a perdu plus de 100 livres.	
Il est hospitalisé pour une excision de tissus cutanés excessifs et superflus à l'abdomen.	Chirurgie esthétique Il s'agit d'une chirurgie plastique pour des raisons esthétiques. La chirurgie n'est pas nécessaire sur le plan médical. Le patient souhaite modifier son apparence physique à des fins esthétiques. Attribuez Z41.1 Autre opération plastique pour raison esthétique. Remarque : L98.7 Peau et tissu sous-cutané excessifs et superflus ne correspond pas au diagnostic/problème principal. Si ce code est attribué, c'est à titre de diagnostic de type (3)/autre problème facultatif.

Évaluez votre compréhension — les cas suivants concernent-ils une chirurgie esthétique et de remodelage ou une chirurgie plastique de suivi?

Description du cas
1. La patiente est hospitalisée pour une chirurgie de réattribution sexuelle.
2. Le patient subit une blessure par écrasement à la main. Sa blessure est guérie. Le patient doit maintenant subir une chirurgie de reconstruction des phalanges de la main à l'aide d'un lambeau pédiculé de transposition.

Réponses : examen de contrôle, soins de contrôle ou affection (ou blessure) initiale

1. **Soins** de contrôle : Z48.0 *Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux*

Justification : La blessure a été évaluée pendant le changement de pansement. Toutefois, l'objectif premier de la visite était de changer le pansement. Le motif de la visite renvoie à des soins de contrôle. **Z48.0** est donc attribué.

2. Affection **initiale** : J18.9 *Pneumonie, sans précision*

Justification : L'objectif premier de la visite était d'évaluer le statut de la pneumonie. La radiographie ne révèle aucun changement et le patient continue le traitement antibiotique afin de traiter la pneumonie. Un code correspondant à la pneumonie est attribué. Un code provenant de Z09 *Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes* n'est **pas** attribué.

3. **Examen** de contrôle : Z08.1 *Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne*

Justification : L'examen a révélé que la tumeur de la vessie n'a pas récidivé (le patient a des antécédents de cancer de la vessie); un code correspondant à un examen de contrôle (Z08 ou Z09) est donc attribué.

Réponses : chirurgie esthétique et de remodelage ou chirurgie plastique de suivi

1. **Chirurgie esthétique et de remodelage** : Z41.80 *Thérapies de réattribution sexuelle*

Justification : L'objectif premier de la visite est de modifier l'apparence (féminine à l'heure actuelle) de ce patient transgenre et de la faire correspondre à son identité de genre. Une chirurgie de réattribution sexuelle est une chirurgie de remodelage qui modifie l'apparence physique et l'anatomie du patient en fonction de son identité de genre. **Z41.80** est donc attribué.

2. **Chirurgie plastique de suivi** : Z42.3 *Soins de contrôle comprenant une opération plastique des extrémités supérieures*

Justification : L'objectif premier de cette visite est une chirurgie plastique et reconstructive après guérison de la blessure. **Z42.3** est donc attribué.

Annexe F — Références aux diagnostics de type (3)/autre problème obligatoire dans les normes

L'objectif de cette annexe est de fournir un sommaire rapide de toutes les directives qui indiquent d'attribuer un code comme diagnostic de type (3)/autre problème à titre obligatoire. Il est important de toujours vous référer à la norme de codification applicable pour vous assurer que la directive est interprétée dans le bon contexte.

Important : Cette annexe **n'est pas** une liste de maladies chroniques qui doivent obligatoirement être codifiées. Cette liste représente les codes de la CIM-10-CA qui sont obligatoires à codifier afin de fournir des précisions supplémentaires, mais ne représentent pas une affection qui répond aux critères de significativité en soi.

Norme	Énoncé principal	Justification
Normes de codification générales de la CIM-10-CA		
Convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque	Attribuez un type (6) ou un type (3) aux codes à astérisque selon les définitions des types de diagnostics.	Étant donné qu'il s'agit d'une convention de la CIM, les deux codes sont nécessaires. Les codes à astérisque contiennent de l'information sur une affection généralisée sous-jacente et sur une manifestation dans un organe ou un siège en particulier qui représente un problème clinique en soi.

Norme	Énoncé principal	Justification
Normes de codification générales de la CIM-10-CA (suite)		
Symptômes ou affections sous-jacents	Lorsqu'un patient se présente avec une manifestation de maladie ou de trouble sous-jacent connu au moment de l'admission et que seule la manifestation est traitée, cette dernière doit être indiquée comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent, facultatif, comme diagnostic de type (3)/autre problème, selon les besoins de l'établissement. Exception : Il est obligatoire d'attribuer un code supplémentaire pour la maladie ou le trouble sous-jacent comme diagnostic de type (3)/autre problème, lorsque ce code est dit obligatoire ailleurs dans les normes de codification. Reportez-vous par exemple aux normes de codification Directives sur l'utilisation d'un code supplémentaire et la codification séparée, Complications d'une maladie maligne et Fractures.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Interventions annulées	Lorsqu'une intervention prévue ou planifiée est annulée en raison d'une contre-indication et que le patient reçoit un traitement pour cette contre-indication, attribuez : - la contre-indication à titre de diagnostic principal/problème principal; - Z53.0 <i>Acte non effectué en raison de contre-indication</i> à titre de diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire.	Désigne une autre condition présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires		
Micro-organismes résistants aux médicaments	Lorsque le médecin/dispensateur de soins principal documente clairement que l'infection est causée par un SARM, des ERC, des micro-organismes producteurs de BLSE ou des ERV, il est obligatoire d'attribuer la combinaison de codes appropriée afin d'identifier : • le siège de l'infection, comme diagnostic de type significatif/ problème principal ou autre problème; • les micro-organismes infectieux des catégories B95 à B98 <i>Agents d'infections bactériennes, virales et autres</i>, comme diagnostic de type (3)/autre problème; • la résistance à des médicaments particuliers, comme diagnostic de comorbidité de type (1) ou (2)/autre problème des catégories : – U82.1 <i>Résistance à la méthicilline</i>; – U82.20 <i>Résistance aux carbapénèmes</i>; – U82.28 <i>Résistance à d'autres antibiotiques bêta-lactames à spectre étendu précisés</i>; ou – U83.0 <i>Résistance à la vancomycine</i>.	Le code lié à l'organisme infectieux (B95 à B98) est une information supplémentaire requise pour identifier l'organisme résistant aux médicaments.
Micro-organismes résistants aux médicaments	Attribuez Z22.30— <i>Sujet porteur de micro-organisme résistant aux médicaments</i> , obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, lorsqu'il est documenté que le patient est porteur d'un certain micro-organisme résistant aux médicaments.	Désigne une autre circonstance chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires (suite)		
Septicémie/sepsie	Lorsqu'une septicémie/sepsie est classée dans l'une des catégories suivantes : O03-O05 <i>Grossesse se terminant par un avortement</i> (avec le quatrième caractère .0 ou .5) O07.3 <i>Échec d'une tentative d'avortement, avec complications</i> O08.0– <i>Infection de l'appareil génital et des organes pelviens, consécutive à un avortement, ou à une grossesse extra-utérine ou molaire</i> O75.3– <i>Autres infections au cours du travail</i> O85.– <i>Sepsie puerpérale</i> O98.– <i>Maladies infectieuses et parasitaires de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> (avec le quatrième caractère .2, .5 ou .8) T80.2 <i>Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion</i> T81.4 <i>Infection après une procédure, non classée ailleurs</i> T88.0 <i>Infection consécutive à une vaccination</i> T82-T85 <i>Infections et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant ou une greffe</i> • attribuez le code approprié, selon la liste ci-dessus, comme diagnostic significatif, problème principal ou autre problème. • attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour préciser le type de sepsie, comme diagnostic de type (3)/ autre problème.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre I — Certaines maladies infectieuses et parasitaires (suite)		
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Dans le cas des patients admis et sortis le même jour pour une chimiothérapie prophylactique primaire, en raison d'une infection par le VIH, sélectionnez Z29.2 <i>Autre chimiothérapie prophylactique</i> comme diagnostic principal/problème principal et Z21 <i>Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre II — Tumeurs		
Tumeurs primitives et secondaires	Lorsqu'un diagnostic de tumeur secondaire est posé, un code supplémentaire doit être attribué, obligatoire, afin d'identifier le siège de la tumeur primitive : un code provenant soit • du chapitre II — Tumeurs; ou • de la catégorie Z85 <i>Antécédents personnels de tumeur maligne</i>, lorsque la tumeur maligne a été complètement éliminée ou excisée ET le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements (y compris un traitement adjuvant).	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Complications d'une maladie maligne	Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'une complication précise d'une tumeur maligne, et qu'aucun traitement n'est axé sur la tumeur même, attribuez le code lié à la complication comme diagnostic principal/problème principal. • Attribuez le code lié à la tumeur maligne, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre II — Tumeurs (suite)		
Complications d'une maladie maligne	Lorsqu'un patient est admis pour le traitement d'un effet secondaire résultant du traitement d'un cancer, attribuez un code lié à l'effet secondaire comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code lié à la tumeur maligne, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Tumeurs malignes récurrentes	Attribuez un code des catégories C00 à C75 si la tumeur maligne primitive éradiquée auparavant réapparaît dans le même organe ou tissu. Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, de la catégorie Z85 <i>Antécédents personnels de tumeur maligne</i>, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin d'identifier le siège primitif.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre IV — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		
Diabète sucré	Lorsqu'il y a de multiples complications du diabète sucré qui touchent différents systèmes corporels et qu'aucune de ces complications ne correspond aux critères de significativité, attribuez E1-.78 <i>Diabète sucré de type ~ avec autres complications multiples</i>.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre VI — Maladies du système nerveux		
Diagnostic du décès neurologique	Attribuez G93.81 <i>Mort neurologique</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire, lorsqu'il y a documentation d'une mort cérébrale par un médecin autorisé.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre IX — Maladies de l'appareil circulatoire		
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Lorsqu'un code de la catégorie I21 <i>Infarctus aigu du myocarde</i> , I22 <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> ou le code I24.0 <i>Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus du myocarde</i> est attribué, il est obligatoire d'ajouter un code de la sous-catégorie R94.3— <i>Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires</i> à titre de diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Syndrome coronarien aigu (SCA)	Lorsqu'un code de la catégorie I22 <i>Infarctus du myocarde à répétition</i> est attribué, ajoutez un code supplémentaire de la sous-catégorie R94.3- <i>Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardiovasculaires</i> , obligatoire, en tant que diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, ischémiques et non précisés	Lorsqu'un patient est admis uniquement pour une réadaptation suivant immédiatement un diagnostic d'AVC aigu ou actuel, attribuez un code de la catégorie Z50.— <i>Soins impliquant une rééducation</i> comme diagnostic principal. Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type (3), afin de préciser le type d'AVC aigu ou actuel (c.-à-d. I60, I61, I63 ou I64).	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XIII — Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif		
Fractures — Fractures pathologiques	Lorsqu'une catégorie combinée n'est pas disponible ou que la convention d'utilisation de la dague et de l'astérisque ne s'applique pas, attribuez un code pour la fracture pathologique et un autre pour la maladie sous-jacente à l'origine de la fracture. Attribuez d'abord le code correspondant à la fracture pathologique, ensuite le code de la maladie sous-jacente, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XIV — Maladies de l'appareil génito-urinaire		
Péritonite due à une dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]	Attribuez un code supplémentaire de la catégorie K65.- <i>Péritonite</i> , obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème, afin de préciser l'infection.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité		
Grossesse se terminant par un avortement — Avortement médical pratiqué à 20 semaines de gestation ou plus et résultant en une mortinaissance	Lorsqu'un avortement médical pratiqué à 20 semaines de gestation ou plus résulte en une mortinaissance, attribuez P96.4 <i>Interruption de grossesse, affectant le fœtus et nouveau-né</i> comme diagnostic principal/problème principal sur l'abrégié de mortinaissance. • Si tel est le cas, attribuez un ou plusieurs codes supplémentaires, obligatoires, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de décrire toute anomalie congénitale connexe.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Grossesse se terminant par un avortement — Avortement médical résultant en une naissance vivante	Lorsqu'un avortement médical pratiqué à 20 semaines de gestation ou plus résulte en une naissance vivante, attribuez : Sur l'abrégié de la mère, un code : • de la catégorie O04 <i>Avortement médical</i>, comme diagnostic principal/problème principal; et • de la catégorie Z37 <i>Résultat de l'accouchement</i>, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour indiquer que l'avortement s'est terminé par une naissance vivante.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Accouchement normal	Attribuez un code de la catégorie Z37 <i>Résultat de l'accouchement</i>, obligatoire, à tous les accouchements. • Lorsque tout autre code du chapitre XV — Grossesse, accouchement et puerpéralité s'applique à la situation, attribuez le code approprié de la catégorie Z37, obligatoire, comme diagnostic de type (3).	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Grossesse avec complication et grossesse sans complication	Lorsqu'une affection qui complique la grossesse est classée à un code de la catégorie O99 <i>Autres maladies de la mère classées ailleurs, compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> , attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour désigner l'affection particulière, conformément à la directive sur l'utilisation d'un code supplémentaire.	Étant donné qu'il s'agit d'une convention de la CIM, la directive sur l'utilisation d'un code supplémentaire fournit des instructions pour l'attribution d'un code supplémentaire pour désigner l'affection particulière.
Grossesse avec complication et grossesse sans complication	Lorsqu'un code du chapitre XV n'est pas attribué, au cours d'un épisode de soins antepartum, attribuez Z33 <i>État de grossesse</i> , obligatoire, comme diagnostic de type (3).	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		
Affections post-intervention	Lorsqu'une affection post-intervention est classée à un code qui ne la décrit pas précisément, attribuez un code supplémentaire (lorsque disponible), obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème afin de fournir plus de détails sur la nature de l'affection.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé		
Évaluation préalable au traitement	Lorsqu'une affection significative est diagnostiquée au cours de l'évaluation préalable au traitement et qu'elle nécessite un traitement ou une investigation, attribuez un code pour cette affection en tant que diagnostic principal/problème principal. Attribuez Z01.8 <i>Autres examens spéciaux précisés</i>, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)		
Admission pour examen de contrôle	Lorsqu'un examen révèle que l'affection primaire a récidivé ou qu'une autre affection connexe est identifiée, attribuez - un code pour l'affection comme diagnostic principal/problème principal; - un code supplémentaire de la catégorie Z08 ou Z09, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Admission pour convalescence	Lorsqu'un patient est transféré d'un hôpital à l'autre ou d'une unité de chirurgie d'un jour aux soins pour patients hospitalisés dans le seul but de recevoir des soins de convalescence à la suite du traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'une intervention chirurgicale, attribuez un code de la catégorie Z54 <i>Convalescence</i> comme diagnostic principal. Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, comme diagnostic de type (3), afin de préciser l'affection qui nécessite cette période de convalescence.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Dépistage de maladies précises	Lorsque le test de dépistage a permis de détecter une affection ou le signe d'une affection, attribuez un code : - à l'affection ou au signe, qui devient le diagnostic principal/problème principal; - de la catégorie Z11, Z12 ou Z13, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Renseignements supplémentaires importants dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)		
Admission en vue de l'administration d'une chimiothérapie, d'une pharmacothérapie et d'une radiothérapie	Lorsqu'un patient chez qui on a diagnostiqué une affection maligne est admis uniquement pour un traitement de radiothérapie, attribuez • Z51.0 <i>Séance de radiothérapie</i> comme diagnostic principal/ problème principal; ou • Z51.0 <i>Séance de radiothérapie</i> comme diagnostic de type (1)/autre problème lorsqu'une affection après l'admission survient au cours de l'épisode de soins et qu'elle répond aux critères de diagnostic principal/problème principal. Lorsqu'un patient chez qui on a diagnostiqué une affection maligne est admis uniquement pour l'administration d'une chimiothérapie visant à traiter la malignité ou des affections liées à la tumeur, attribuez • Z51.1 <i>Séance de chimiothérapie pour tumeur</i> comme diagnostic principal/problème principal; ou • Z51.1 <i>Séance de chimiothérapie pour tumeur</i> comme diagnostic de type (1)/autre problème lorsqu'une affection après l'admission survient au cours de l'épisode de soins et qu'elle répond aux critères de diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire afin d'identifier l'affection maligne, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème pour les visites en radiothérapie et en chimiothérapie.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XXI — Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (suite)		
Admission pour insertion d'un dispositif d'accès vasculaire	Lorsqu'un patient est admis uniquement pour l'insertion d'un dispositif d'accès vasculaire visant à traiter une affection existante, attribuez Z51.4 <i>Soins préparatoires pour traitement ultérieur, non classés ailleurs</i> comme diagnostic principal/problème principal. Classez toute visite axée uniquement sur l'ajustement ou le retrait (sans remplacement) d'un dispositif d'accès vasculaire implanté à Z45.2 <i>Ajustement et entretien d'un dispositif d'accès vasculaire</i> comme diagnostic principal/problème principal. Attribuez un code supplémentaire, obligatoire, pour identifier l'affection comme diagnostic de type (3)/autre problème.	Désigne une autre affection présente chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Antécédents personnels de tumeurs malignes primitives du sein, du poumon et de la prostate	Attribuez un code de la sous-catégorie Z85.11– <i>Antécédents personnels de tumeur maligne des bronches et des poumons</i> ou Z85.3– <i>Antécédents personnels de tumeur maligne du sein</i>, ou encore attribuez Z85.4 <i>Antécédents personnels de tumeur maligne des organes génitaux</i>, obligatoire, comme diagnostic de type (3)/autre problème lorsque tous les critères suivants sont satisfaits : • antécédents personnels de tumeur maligne primitive du sein, du poumon ou de la prostate; • la tumeur précédente a été complètement éliminée ou excisée; • le site primaire ne fait pas l'objet d'autres traitements (y compris un traitement adjuvant); • l'épisode de soins actuel porte sur un examen de contrôle, l'ablation d'un organe à titre prophylactique ou une chirurgie reconstructive.	Désigne une autre circonstance chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.
Itinérance	Attribuez Z59.0 <i>Sans abri</i> comme diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire, lorsque cette situation est consignée au dossier.	Désigne une autre circonstance chez le patient, qui est importante dans le cadre de la planification et de la recherche à l'échelle nationale.

Norme	Énoncé principal	Justification
Chapitre XXIII — Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires		
Pandémies et épidémies (COVID-19)	Pour obtenir les directives sur l'attribution d'un code de diagnostic de type (3)/autre problème, obligatoire, pour un épisode de soins lié à la COVID-19, consultez l'Addenda à la version 2022 des Normes canadiennes de codification : pandémies et épidémies (COVID-19), qui se trouve sur la page Web Codification et classification de l'ICIS.	

Annexe G — Texte de remplacement pour les images

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Définition des types de diagnostics selon la BDCP*, Attribuer les préfixes 5 et 6 dans un abrégé de patient hospitalisé de la BDCP, page 32

Ce diagramme décrit la période entre la comorbidité après l'admission (diagnostic de type 2) et le premier épisode d'intervention admissible

S'agit-il d'un abrégé de patient hospitalisé en soins de courte durée de la BDCP?

Non, les préfixes 5 et 6 ne sont pas applicables.

Oui, est-ce que l'abrégé contient au moins une comorbidité après l'admission (diagnostic de type 2) (à l'exclusion des codes d'obstétrique O00 à O99)?

Non, les préfixes 5 et 6 ne sont pas applicables.

Oui, est-ce que l'abrégé contient au moins une intervention admissible (intervention pratiquée dans une salle d'opération principale [lieu d'intervention 01] ou une salle de cathétérisme cardiaque [lieu d'intervention 08], ou une intervention hors hôpital des catégories 3.IP.10, 1.IJ.50 ou 1.IJ.57)?

Non, les préfixes 5 et 6 ne sont pas applicables.

Oui, pour chaque comorbidité après l'admission (diagnostic de type 2) figurant sur l'abrégé, déterminez si l'affection est survenue avant ou après le premier épisode d'intervention admissible (l'épisode d'intervention admissible avec la toute première date de début) et attribuez le préfixe 5 ou 6 en conséquence.

Si la comorbidité après l'admission est survenue **avant** le premier épisode d'intervention admissible, attribuez le préfixe 5.

Si la comorbidité après l'admission est survenue **pendant** ou **après** le premier épisode d'intervention admissible, attribuez le préfixe 6.

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Classement hiérarchique des résections de lésions intracrâniennes*, page 247

Lorsqu'une résection intracrânienne chevauche plusieurs régions du cerveau et inclut le crâne ou la base du crâne, classez l'excision à la rubrique 1.EA.92.^[^] *Excision radicale avec reconstruction, crâne.*

Lorsqu'une résection intracrânienne qui chevauche plusieurs régions du cerveau est décrite comme une résection de la fosse postérieure et inclut le tronc cérébral, classez l'excision à la rubrique 1.AP.87.^[^] *Excision partielle, tronc cérébral.*

Lorsqu'une résection intracrânienne qui chevauche plusieurs régions du cerveau est décrite comme une résection de la fosse postérieure et inclut les ventricules cérébraux, classez l'excision à la rubrique 1.AC.87.^[^] *Excision partielle, ventricules cérébraux.*

Lorsqu'une résection intracrânienne qui chevauche plusieurs régions du cerveau est décrite comme une résection de la fosse postérieure et inclut l'angle ponto-cérébelleux, classez l'excision à la rubrique 1.AK.87.^[^] *Excision partielle, angle ponto-cérébelleux.*

Lorsqu'une résection intracrânienne qui chevauche plusieurs régions du cerveau est décrite comme une résection de la fosse postérieure et inclut le cervelet, classez l'excision à la rubrique 1.AJ.87.^[^] *Excision partielle, cervelet.*

Lorsqu'une résection intracrânienne chevauche plusieurs régions du cerveau et inclut un ou plusieurs lobes du cerveau, classez l'excision à la rubrique 1.AN.87.^[^] *Excision partielle, cerveau.*

Lorsqu'une résection intracrânienne chevauche plusieurs régions du cerveau et inclut principalement la région pituitaire, classez l'excision à la rubrique 1.AF.87.^[^] *Excision partielle, région pituitaire.*

Lorsqu'une résection intracrânienne chevauche plusieurs régions du cerveau et inclut principalement la glande pinéale (épiphyse cérébrale), classez l'excision à la rubrique 1.AG.87.^[^] *Excision partielle, épiphyse cérébrale.*

Lorsqu'une résection intracrânienne chevauche plusieurs régions du cerveau et inclut uniquement les méninges ou la dure-mère du cerveau, classez l'excision à la rubrique 1.AA.87.^[^] *Excision partielle, méninges et dure-mère du cerveau.*

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Convulsions, Recherche adéquate dans l'index pour Convulsion(s) et Trouble convulsif*, page 251

Lorsqu'un diagnostic de convulsion(s) ou de trouble convulsif est inscrit et que la convulsion est due au sevrage de l'alcool ou d'une substance psycho-active, effectuez une recherche dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA en utilisant le terme pilote « sevrage » et le sous-terme « état ». Cette recherche mène au bloc F10 à F19.

Lorsque la convulsion est due à une fièvre élevée ou qu'elle est documentée comme étant une convulsion fébrile, effectuez une recherche dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA en utilisant le terme pilote « convulsions » et le sous-terme « fébriles ». Cette recherche mène à la sous-catégorie R56.0—.

Lorsqu'une maladie aiguë a provoqué la convulsion, attribuez un code pour la maladie aiguë, suivi de R56.88 *Convulsions, autres et non précisées*, facultatif.

Lorsqu'un diagnostic de convulsion isolée ou de première convulsion est inscrit, effectuez une recherche dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA en utilisant le terme pilote « convulsions ». Cette recherche mène à R56.88 *Convulsions, autres et non précisées*.

Lorsqu'un diagnostic de convulsion avec antécédents de convulsion(s) ou de convulsions récurrentes est inscrit, effectuez une recherche dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA en utilisant le terme pilote « épilepsie ». Cette recherche mène à la catégorie G40.— *Épilepsie*.

Lorsqu'un diagnostic de convulsion(s) ou de trouble convulsif est inscrit et qu'aucune mention d'antécédents de convulsion(s) ou de convulsions récurrentes n'est faite au dossier, effectuez une recherche dans l'index alphabétique de la CIM-10-CA en utilisant le terme pilote « trouble » et le sous-terme « convulsif ». Cette recherche mène à R56.80 *Trouble convulsif, décrit ainsi*.

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Sélection de l'attribut de situation lors d'une intervention coronaire percutanée (ICP)*, page 280

Lorsqu'une intervention coronaire percutanée (ICP) élective est pratiquée, appliquez l'attribut de situation « P » — ICP élective au code de la rubrique 1.IJ.50.^{^^} *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective est pratiquée et qu'il n'y a **aucun** diagnostic de syndrome coronarien aigu (SCA) actuel, appliquez l'attribut de situation « OP » — autre ICP au code de la rubrique 1.IJ.50.^{^^} *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective constitue la deuxième étape d'une ICP par étapes pratiquée pour un diagnostic de SCA actuel d'infarctus du myocarde avec surélévation du segment ST (STEMI), classé à R94.30, appliquez l'attribut de situation « OP » — autre ICP au code de la rubrique 1.IJ.50.^{^^} *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective qui ne constitue **pas** la deuxième étape d'une ICP par étapes est pratiquée, qu'un diagnostic de SCA actuel de STEMI, classé à R94.30, est inscrit et que le patient a reçu un traitement thrombolytique avant l'ICP, appliquez l'attribut de situation « D1 » — autre ICP pour STEMI au code de la rubrique 1.IJ.50.^^ *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective qui ne constitue **pas** la deuxième étape d'une ICP par étapes est pratiquée dans les 12 heures suivant l'arrivée du patient au premier hôpital, qu'un diagnostic de SCA actuel de STEMI, classé à R94.30, est inscrit et que le patient n'a reçu **aucun** traitement thrombolytique avant l'ICP, appliquez l'attribut de situation « N » — ICP primaire pour STEMI au code de la rubrique 1.IJ.50.^^ *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective qui ne constitue **pas** la deuxième étape d'une ICP par étapes n'est **pas** pratiquée dans les 12 heures suivant l'arrivée du patient au premier hôpital, qu'il existe un diagnostic de SCA actuel de STEMI, classé à R94.30, et que le patient n'a reçu **aucun** traitement thrombolytique avant l'ICP, appliquez l'attribut de situation « D1 » — autre ICP pour STEMI au code de la rubrique 1.IJ.50.^^ *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective est pratiquée et que le diagnostic de SCA actuel est I24.9 *Cardiopathie ischémique aiguë, non précisée* (c.-à-d. qu'il n'y a pas de diagnostic de STEMI, classé à R94.30; qu'il ne s'agit pas d'un infarctus du myocarde sans surélévation du segment ST [NSTEMI], classé à R94.31; ou qu'il ne s'agit pas d'une angine de poitrine instable, classée à I20.0), appliquez l'attribut de situation « UN » — inconnue au code de la rubrique 1.IJ.50.^^ *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective constitue la deuxième étape d'une ICP par étapes pratiquée pour un diagnostic de SCA actuel de NSTEMI, classé à R94.31, ou d'angine de poitrine instable, classée à I20.0, appliquez l'attribut de situation « OP » — autre ICP au code de la rubrique 1.IJ.50.^^ *Dilatation, artères coronaires*.

Lorsqu'une ICP **non** élective qui ne constitue **pas** la deuxième étape d'une ICP par étapes est pratiquée pour un diagnostic de SCA actuel de NSTEMI, classé à R94.31, ou d'angine de poitrine instable, classée à I20.0, appliquez l'attribut de situation « UR » — ICP urgente (pour NSTEMI ou angine de poitrine instable) au code de la rubrique 1.IJ.50.^^ *Dilatation, artères coronaires*.

Remarque : Assurez-vous que l'attribut de situation « N » — ICP primaire pour STEMI ou « D1 » — autre ICP pour STEMI est sélectionné seulement lorsqu'il y a un diagnostic de STEMI (c.-à-d. R94.30 doit être attribué dans l'abrégié).

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Résection d'une lésion nasale (polypes)*, page 330

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au nasopharynx (ou rhinopharynx), classez l'excision à un code de la rubrique 1.FA.87.^*Excision partielle, nasopharynx.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au nasopharynx et comprend une nasopharyngectomie radicale, classez l'excision à un code de la rubrique 1.FA.91.^*Excision radicale, nasopharynx.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend dans plusieurs sinus, sans atteindre le nasopharynx, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EY.87.^*Excision partielle, sinus paranasaux.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend dans plusieurs sinus, sans atteindre le nasopharynx et comprend une pansinusectomie radicale, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EY.91.^*Excision radicale, sinus paranasaux.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au sinus ethmoïdal uniquement, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EU.87.^*Excision partielle, sinus ethmoïdal.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au sinus ethmoïdal uniquement et comprend une exentération totale, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EU.89.^*Excision totale, sinus ethmoïdal.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au sinus sphénoïdal uniquement, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EV.87.^*Excision partielle, sinus sphénoïdal.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au sinus frontal uniquement, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EX.87.^*Excision partielle, sinus frontal.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au sinus maxillaire uniquement, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EW.87.^*Excision partielle, sinus maxillaire.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend au sinus maxillaire uniquement et comprend une antrectomie radicale, classez l'excision à un code de la rubrique 1.EW.91.^*Excision radicale, sinus maxillaire.*

Lorsque la résection d'une lésion nasale (polype) s'étend aux fosses nasales (méat moyen) uniquement, classez l'excision à un code de la rubrique 1.ET.87.^*Excision partielle, nez.*

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Septoplastie pour une déviation de la cloison nasale*, page 332

Lorsqu'une septoplastie est réalisée afin de corriger une déviation de la cloison nasale et qu'elle fait partie d'une intervention qui comprend le remodelage d'un ou de plusieurs os du nez, classez l'intervention à un code de la rubrique 1.ET.80.^[^] *Réparation, nez*. Cette rubrique comprend la septoplastie (remise en place ou réaligement du cartilage nasal [cloison ou septum nasal]) avec remodelage du bout ou de l'os du nez (p. ex. râpage, ostéotomie, fracture d'un os), avec ou sans turbinectomie.

Lorsqu'une septoplastie est réalisée afin de corriger une déviation de la cloison nasale et qu'elle comprend une résection de la cloison nasale **avec** greffe (de cartilage), classez l'intervention à un code de la rubrique 1.ES.80.^[^] *Réparation, cartilage du nez*. Cette rubrique peut comprendre une certaine résection d'os s'articulant avec le septum (p. ex. ethmoïde, vomer, crête maxillaire), avec ou sans turbinectomie.

Lorsqu'une septoplastie est réalisée afin de corriger une déviation de la cloison nasale et qu'elle comprend une résection de la cloison nasale **sans** greffe (de cartilage), classez l'intervention à 1.ES.87.LA *Excision partielle, cartilage du nez, approche ouverte avec technique d'apposition simple (suture) pour la fermeture*. Ce code comprend une septoplastie simple avec découpage de la cloison et courbure vers la ligne médiane. Il peut également comprendre une certaine résection d'os s'articulant avec le septum (p. ex. ethmoïde, vomer, crête maxillaire), avec ou sans turbinectomie. Un exemple d'une telle situation serait une résection sous-muqueuse de la cloison.

Lorsqu'une septoplastie est réalisée afin de corriger une déviation de la cloison nasale et qu'elle comprend une réduction manuelle des structures nasales sans résection ou greffe, classez l'intervention à un code de la rubrique 1.ET.73.^[^] *Réduction, nez*. Cette rubrique comprend la réduction des structures nasales afin de leur conférer un alignement correct. Elle peut également comprendre une réduction des cornets.

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Arthrectomie et arthroplastie*, page 362

Lorsqu'une arthrectomie est réalisée avec un remplacement ou un resurfaçage articulaire concomitant, en utilisant soit un spacer en ciment imprégné d'antibiotiques, soit une prothèse articulaire, classez ce cas à la section 1 de la CCI — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques, intervention générique 53 Implantation, articulation, par site.

Lorsqu'une arthrectomie est réalisée avec une libération articulaire, une extraction de souris intra-articulaire, une réparation de ligament, une excision ou autre arthroplastie concomitante, classez ce cas à la section 1 de la CCI — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques, intervention générique 80 Réparation, articulation, par site.

Une arthrectomie seule, sans intervention concomitante, est classée à la section 1 de la CCI — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques, intervention générique 87 Excision partielle, articulation, par site.

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Fractures*, page 367

Lorsque la fracture est due à un traumatisme obstétrical, classez-la à un code de la catégorie P13 *Lésion du squelette due à un traumatisme obstétrical*.

Lorsque la fracture est périprothétique, classez-la à un code de la sous-catégorie M96.6 *Fracture osseuse après mise en place d'un implant, d'une prothèse articulaire ou d'une plaque d'ostéosynthèse*.

Lorsque la fracture a été provoquée par un traumatisme iatrogène lors de l'insertion d'un implant, d'une prothèse orthopédique ou d'un dispositif de fixation ou durant une autre intervention, classez-la à T81.88 *Autres complications d'une procédure, non classées ailleurs*, et attribuez un code à la fracture, par site, du chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.

Lorsque la fracture a été provoquée par un traumatisme, classez-la à un code du chapitre XIX — Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, par site.

Lorsqu'il s'agit d'une fracture pathologique d'une vertèbre et que la maladie sous-jacente est une tumeur (classée à un code de C00 à D48), classez la fracture à M49.5 *Tassement vertébral au cours de maladies classées ailleurs*. M49.5 est un code à astérisque ou de manifestation. Par conséquent, un code supplémentaire (code à dague) est nécessaire pour désigner l'étiologie ou la maladie sous-jacente.

Lorsqu'il s'agit d'une fracture pathologique d'un os autre qu'une vertèbre et que la maladie sous-jacente est une tumeur (classée à un code de C00 à D48), classez la fracture à M90.7 *Fracture osseuse au cours de maladie tumorale*. M90.7 est un code à astérisque ou de manifestation. Par conséquent, un code supplémentaire (code à dague) est nécessaire pour désigner l'étiologie ou la maladie sous-jacente.

Lorsqu'il s'agit d'une fracture pathologique et que la maladie sous-jacente est l'ostéoporose, classez la fracture à un code de la catégorie M80 *Ostéoporose avec fracture pathologique*.

Lorsqu'il s'agit d'une fracture pathologique non classée ailleurs, classez la fracture à M84.4 *Fracture pathologique, non classée ailleurs*.

Lorsqu'une fracture vertébrale est décrite comme une fracture due à un stress ou à une sollicitation excessive uniquement, classez-la à un code de la sous-catégorie M84.4 *Fracture vertébrale de fatigue*.

Si la fracture d'un os autre qu'une vertèbre est décrite comme une fracture due à un stress ou à une sollicitation excessive uniquement, classez-la à un code de la sous-catégorie M84.3 *Fracture de fatigue ou de stress, non classée ailleurs*.

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Réduction, fixation et fusion de fracture d'une articulation*, page 368

Lorsqu'il s'agit d'une simple réduction de l'articulation, peu importe si elle est fermée ou ouverte, classez la réduction à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, à l'intervention générique 73 Réduction, articulation par site.

Lorsqu'il y a insertion d'un dispositif de fixation dans l'articulation, avec ou sans réduction concomitante de l'articulation, classez l'insertion à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, à l'intervention générique 74 Fixation, articulation par site.

Lorsqu'il y a insertion d'un dispositif de fixation dans l'articulation, avec ou sans réduction concomitante de l'articulation, pour réaliser une fusion articulaire (qui inclut souvent une greffe osseuse), classez l'insertion à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, à l'intervention générique 75 Fusion, articulation par site.

Lorsqu'une fracture articulaire est réparée sans dispositif de fixation, classez la réparation à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, à l'intervention générique 80 Réparation, articulation par site.

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Excision (de lésion) de l'os, des tissus mous et de la peau*, page 370

Lorsque l'excision d'une lésion comprend l'os et d'autres tissus mous, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 91 Excision radicale de l'os, par site, à l'une des rubriques suivantes :

- 1.TK.91.^ ^ Excision radicale, humérus
- 1.TV.91.^ ^ Excision radicale, radius et cubitus
- 1.SQ.91.^ ^ Excision radicale, bassin
- 1.VC.91.^ ^ Excision radicale, fémur
- 1.VQ.91.^ ^ Excision radicale, tibia et péroné

Lorsque l'excision d'une lésion du crâne comprend l'os et d'autres tissus mous, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 92 Excision radicale avec reconstruction, crâne, à la rubrique suivante :

- 1.EA.92.^ ^ Excision radicale avec reconstruction, crâne

Lorsque l'excision d'une lésion comprend uniquement un os, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 87 Excision partielle de l'os, par site, à l'une des rubriques suivantes :

- 1.EA.87.^ ^ Excision partielle, crâne
- 1.EB.87.^ ^ Excision partielle, apophyse zygomatique
- 1.ED.87.^ ^ Excision partielle, maxillaire
- 1.EE.87.^ ^ Excision partielle, mandibule
- 1.SF.87.^ ^ Excision partielle, sacrum et coccyx
- 1.SL.87.^ ^ Excision partielle, côtes
- 1.SM.87.^ ^ Excision partielle, clavicule
- 1.SN.87.^ ^ Excision partielle, omoplate
- 1.SQ.87.^ ^ Excision partielle, bassin
- 1.SW.87.^ ^ Excision partielle, pubis
- 1.TK.87.^ ^ Excision partielle, humérus
- 1.TV.87.^ ^ Excision partielle, radius et cubitus
- 1.UC.87.^ ^ Excision partielle, articulation radiocubitale inférieure, articulations carpiennes et os carpiens
- 1.UF.87.^ ^ Excision partielle, autres métacarpes
- 1.UJ.87.^ ^ Excision partielle, autres phalanges de la main

1.VC.87.^ ^ Excision partielle, fémur

1.VQ.87.^ ^ Excision partielle, tibia et péroné

1.WE.87.^ ^ Excision partielle, tarses et articulations intertarsiennes [arrière-pied et pied moyen]

1.WJ.87.^ ^ Excision partielle, articulations tarsométatarsiennes, autres métatarses et autres articulations métatarso-phalangiennes [avant-pied]

1.WL.87.^ ^ Excision partielle, autres phalanges du pied

Lorsque l'excision d'une lésion est seulement un parage mineur qui comprend des tissus mous (p. ex. muscle, tendon) avec ou sans peau, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 59 Destruction de tissu mou, par site, à l'une des rubriques suivantes :

1.TX.59.^ ^ Destruction, tissus mous du bras NCA

1.UY.59.^ ^ Destruction, tissus mous du poignet et de la main

1.VX.59.^ ^ Destruction, tissus mous de la jambe

1.WV.59.^ ^ Destruction, tissus mous du pied et de la cheville

Lorsque l'excision d'une lésion comprend un lambeau musculaire non viable (nécrosé) qui inclut des tissus mous (p. ex. muscle, tendon) avec ou sans peau, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 87 Excision partielle de muscle, par site, à l'une des rubriques suivantes :

1.EP.87.^ ^ Excision partielle, muscles de la tête et du cou

1.SG.87.^ ^ Excision partielle, muscles du dos

1.SY.87.^ ^ Excision partielle, muscles du thorax et de l'abdomen

1.TQ.87.^ ^ Excision partielle, muscles de l'avant-bras [entourant le coude]

1.VD.87.^ ^ Excision partielle, muscles de la hanche et de la cuisse

Lorsque l'excision d'une lésion comprend des tissus mous (p. ex. muscle, tendon) avec ou sans peau, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 87 Excision partielle de tissu mou, par site, à l'une des rubriques suivantes :

1.EQ.87.^ ^ Excision partielle, tissus mous de la tête et du cou

1.SH.87.^ ^ Excision partielle, tissus mous du dos

1.SZ.87.^ ^ Excision partielle, tissus mous du thorax et de l'abdomen

1.TX.87.^ ^ Excision partielle, tissus mous du bras NCA

1.UY.87.^ ^ Excision partielle, tissus mous du poignet et de la main

1.VX.87.^.^ Excision partielle, tissus mous de la jambe

1.WV.87.^.^ Excision partielle, tissus mous du pied et de la cheville

Lorsque l'excision d'une lésion comprend uniquement la peau, qu'il s'agit seulement d'un parage mineur et qu'elle est suivie d'une greffe ou d'un lambeau cutané, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 80 Réparation de peau, par site, à l'une des rubriques suivantes :

1.CX.80.^.^ Réparation, paupière NCA

1.YA.80.^.^ Réparation, cuir chevelu

1.YB.80.^.^ Réparation, peau du front

1.YC.80.^.^ Réparation, peau de l'oreille

1.YD.80.^.^ Réparation, peau du nez

1.YE.80.^.^ Réparation, lèvre

1.YF.80.^.^ Réparation, peau du visage

1.YG.80.^.^ Réparation, peau du cou

1.YR.80.^.^ Réparation, peau de la région axillaire

1.YS.80.^.^ Réparation, peau de l'abdomen et du tronc

1.YT.80.^.^ Réparation, peau du bras

1.YU.80.^.^ Réparation, peau de la main

1.YV.80.^.^ Réparation, peau de la jambe

1.YZ.80.^.^ Réparation, peau NCA

Lorsque l'excision d'une lésion comprend uniquement la peau, qu'il s'agit seulement d'un parage mineur et qu'elle est suivie d'une couverture temporaire (p. ex. Dermagraft, allogreffe cadavérique ou xélogreffe), classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 14 Pansement de peau, par site, à l'une des rubriques suivantes :

1.CX.14.^.^ Pansement, paupière NCA

1.YA.14.^.^ Pansement, cuir chevelu

1.YB.14.^.^ Pansement, peau du front

1.YC.14.^.^ Pansement, peau de l'oreille

1.YD.14.^.^ Pansement, peau du nez

1.YE.14.^.^ Pansement, lèvre

1.YF.14.^.^ Pansement, peau du visage

- 1.YG.14.^.^ Pansement, peau du cou
- 1.YR.14.^.^ Pansement, peau de la région axillaire
- 1.YS.14.^.^ Pansement, peau de l'abdomen et du tronc
- 1.YT.14.^.^ Pansement, peau du bras
- 1.YU.14.^.^ Pansement, peau de la main
- 1.YV.14.^.^ Pansement, peau de la jambe
- 1.YZ.14.^.^ Pansement, peau NCA

Lorsque l'excision d'une lésion comprend uniquement la peau et qu'il s'agit seulement d'un parage mineur, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 59 Destruction de peau, par site, à l'une des rubriques suivantes :

- 1.CX.59.^.^ Destruction, paupière NCA
- 1.YA.59.^.^ Destruction, cuir chevelu
- 1.YB.59.^.^ Destruction, peau du front
- 1.YC.59.^.^ Destruction, peau de l'oreille
- 1.YD.59.^.^ Destruction, peau du nez
- 1.YE.59.^.^ Destruction, lèvre
- 1.YF.59.^.^ Destruction, peau du visage
- 1.YG.59.^.^ Destruction, peau du cou
- 1.YR.59.^.^ Destruction, peau de la région axillaire
- 1.YS.59.^.^ Destruction, peau de l'abdomen et du tronc
- 1.YT.59.^.^ Destruction, peau du bras
- 1.YU.59.^.^ Destruction, peau de la main
- 1.YV.59.^.^ Destruction, peau de la jambe
- 1.YZ.59.^.^ Destruction, peau NCA

Lorsque l'excision d'une lésion comprend uniquement la peau, classez l'excision à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, intervention générique 87 Excision partielle de peau, par site, à l'une des rubriques suivantes :

- 1.CX.87.^.^ Excision partielle, paupière NCA
- 1.YA.87.^.^ Excision partielle, cuir chevelu
- 1.YB.87.^.^ Excision partielle, peau du front
- 1.YC.87.^.^ Excision partielle, peau de l'oreille

- 1.YD.87.^ ^ Excision partielle, peau du nez
- 1.YE.87.^ ^ Excision partielle, lèvre
- 1.YF.87.^ ^ Excision partielle, peau du visage
- 1.YG.87.^ ^ Excision partielle, peau du cou
- 1.YR.87.^ ^ Excision partielle, peau de la région axillaire
- 1.YS.87.^ ^ Excision partielle, peau de l'abdomen et du tronc
- 1.YT.87.^ ^ Excision partielle, peau du bras
- 1.YU.87.^ ^ Excision partielle, peau de la main
- 1.YV.87.^ ^ Excision partielle, peau de la jambe
- 1.YZ.87.^ ^ Excision partielle, peau NCA

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Dilatation et curetage*, page 461

Lorsqu'une dilatation et un curetage (D et C) sont réalisés dans le but d'interrompre une grossesse et que le fœtus est vivant au début de l'intervention, classez cette dernière à la section 5 — Interventions obstétricales et fœtales de la CCI, rubrique 5.CA.89.^ ^ *Interruption de grossesse par chirurgie*, peu importe le résultat.

Lorsque l'intention est de réaliser une D et C de l'utérus après un accouchement ou un avortement, classez l'intervention à la section 5 — Interventions obstétricales et fœtales de la CCI, rubrique 5.PC.91.^ ^ *Interventions sur l'utérus (après l'accouchement ou un avortement)*.

Lorsque l'intention est de réaliser une D et C d'un utérus non gravide, classez l'intervention à la section 1 — Interventions thérapeutiques physiques et physiologiques de la CCI, rubrique 1.RM.87.^ ^ *Excision partielle, utérus et structures environnantes*.

Texte de remplacement pour le diagramme dans la norme de codification *Syndromes causés par des anomalies congénitales et manifestations spécifiques*, Sélection des codes principaux pour les anomalies congénitales multiples dans la classification CIM-10-CA, page 483

Lorsque de multiples anomalies sont décrites comme un syndrome et qu'il existe un code dans la CIM-10-CA pour ce syndrome précis ou pour des termes de remplacement ou des synonymes, attribuez un code de Q00 à Q99 ou d'un autre chapitre approprié, conformément à la recherche dans l'index alphabétique.

Lorsqu'il existe de multiples anomalies qui ne sont pas décrites comme un syndrome et que chaque anomalie est précisée, attribuez un code de la CIM-10-CA pour chaque anomalie.

Lorsqu'il existe de multiples anomalies qui ne sont pas décrites comme un syndrome et que toutes les anomalies ne sont pas précisées, attribuez Q89.7 *Malformations congénitales multiples, non classées ailleurs*.

Lorsque de multiples anomalies sont décrites comme un syndrome et qu'il est précisé qu'elles sont d'origine chromosomique, classez les anomalies à un code de Q90 à Q99 *Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs*. Attribuez des codes supplémentaires de Q00 à Q85.9 ou d'autres chapitres pour plus de précision.

Lorsque de multiples anomalies sont décrites comme un syndrome et qu'il est précisé qu'elles sont dues à des causes exogènes, classez les anomalies à un code de la catégorie Q86 *Syndromes congénitaux malformatifs dus à des causes exogènes connues, non classées ailleurs*. Attribuez des codes supplémentaires de Q00 à Q85.9 ou d'autres chapitres pour plus de précision.

Lorsque de multiples anomalies sont décrites comme un syndrome et qu'elles touchent un seul système corporel, classez les anomalies à un code de Q00 à Q85.9. Attribuez des codes supplémentaires de Q00 à Q85.9 ou d'autres chapitres pour plus de précision.

Lorsque de multiples anomalies sont décrites comme un syndrome qui touche plusieurs systèmes corporels et que le syndrome comprend principalement des modifications du squelette pouvant être classées à la catégorie Q87 *Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes*, plus précisément à un code de Q87.0 à Q87.5, classez les anomalies au code approprié de cette catégorie. Attribuez des codes supplémentaires de Q00 à Q85.9 ou d'autres chapitres pour plus de précision.

Lorsque de multiples anomalies sont décrites comme un syndrome qui touche plusieurs systèmes corporels et que le syndrome ne comprend pas principalement des modifications du squelette pouvant être classées à un code de Q87.0 à Q87.5, classez les anomalies à Q87.8 *Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés, non classés ailleurs*. Attribuez des codes supplémentaires de Q00 à Q85.9 ou d'autres chapitres pour plus de précision.

Lorsque de multiples anomalies sont décrites comme un syndrome sans autre précision, classez les anomalies à Q89.9 *Malformation congénitale, sans précision*.

Texte de remplacement pour l'image dans l'annexe E Ressources éducatives, *Anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus*, page 795

O68 Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale

O68 Travail et accouchement compliqués d'une détresse fœtale	Accouchement, avec ou sans mention de troubles antepartum
O68.0 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus++	O68.001 (version canadienne)
O68.2 Travail et accouchement compliqués d'une anomalie de la fréquence cardiaque du fœtus avec présence de méconium dans le liquide amniotique	O68.201 (version canadienne)

Texte de remplacement pour l'image dans l'annexe E Ressources éducatives *Le sixième caractère des codes Z37 et Z38*, page 807

Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital

Remarque : Technologie de procréation assistée (TPA) comprend induction d'ovulation, injection intracytoplasmique de sperme (ICSI), transfert d'embryon, et fécondation in vitro (FIV).

Z38.0 Enfant unique, né à l'hôpital	Produit résultant à la fois d'une conception et d'une ovulation spontanées (SAI)	Produit résultant d'une technologie de procréation assistée (TPA)
Z38.00 Naissance par voie vaginale	Z38.000 (version canadienne)	Z38.001 (version canadienne)



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

25460-1121

