



# **KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRME REHBERİ**

**V 1.0**

Ankara, 2015



# KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRME REHBERİ V 1.0

## EDİTÖRLER

Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA

Uzm. Dr. Merve AKIN

Dr. Cevher CESUR

## Yazarlar

Dr. Cevher CESUR

İlknur ŞENGÜN

Emine DURMAN

Özlem BULUT

## Katkı Sağlayanlar:

Cemalettin AK

Saadet TURHAL

Fatma İSPİR NAMLIKAYA

Emine Şebnem KURŞUN

Hüsnüye ONUR

Ziya ELİK

Aynur BABUR

Birsen GÖK

©

ISBN: 978-975-590-573-0



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

## Misyonumuz

*Kamuya sağlık hizmeti verme sorumluluğu içinde sağlık hizmetlerini insan odaklı, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan profesyonel yönetim anlayışıyla sunmak, sorunlara zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmek.*

## Vizyonumuz

*Sağlık hizmetlerinde güven duyulan ve uluslararası alanda referans gösterilen bir kurum olmak.*



# ÖNSÖZ

Teşhis ilişkili gruplar (TİG), yataklı sağlık hizmeti veren sağlık tesislerinin vermiş olduğu hizmete ilişkin klinik ve maliyet verilerinin ışığında vakaları gruplandıran bir sınıflandırma sistemidir. Farklı sağlık kuruluşlarında toplanan klinik ve maliyet verilerine dayalı geri ödeme, sağlık istatistikleri oluşturma, sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde süreçlerin ve çıktıların analiz edilmesi, verimlilik ve kalite değerlendirme faaliyetleri ile daha pek çok alanda TİG verileri kullanılmaktadır.

Sağlığa ilişkin büyük önem taşıyan bu verilerin doğruluğunun sağlanması hiç şüphesiz TİG sisteminin en önemli ayağını oluşturmaktadır. Üretilen hizmet kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulması, doğru kodlanması ve sonuçta en uygun TİG üretimine kadar geçen süreçte sistemin her aşamasında yapılan işin değerlendirilmesi ve validasyonu mutlak gereklilik arz etmektedir. Tüm bu tespit edilen ihtiyaçları gerçekleştirmek üzere TİG - Klinik Kodlama Değerlendirme Çalışmaları başlatılmıştır.

Merkezi, yerinde ve çapraz değerlendirmelerde çalışmalar kişi bağımlı olarak gerçekleştirildiği için değerlendirmelerin standardizasyonunun sağlanması ihtiyacı doğmaktadır. Söz konusu standardizasyon ve uygulama birliğinin sağlanması, hatalara bağlı hak kayıplarının önüne geçilmesi, tesis ve klinik kodlamacı performanslarına ilişkin objektif kriterlerin üretilebilmesi amacıyla Klinik Kodlama Değerlendirme Rehberi hazırlanmıştır.

Değerlendirme sistematığının oluşturulmasında emeği geçen tüm klinik kodlamacı ve değerlendirici arkadaşlara ayrıca Klinik Kodlama Değerlendirme Rehberinin hazırlanmasında katkı sağlayan herkese teşekkür ederim.

**Uzm. Dr. Merve AKIN**  
Kurum Başkan Yardımcısı



# SUNUŞ

Günümüzde tüm sektörlerde verilen hizmetler yönetilebilir, şeffaf, ölçülebilir olmalıdır. Ölçülemeyen hiçbir sistem değerlendirilemez, kalite ve performansına ilişkin yorum yapılamaz. Tüm bu süreçlerin sonucunda sistemle ilgili eksiklikler tespit edilemez, giderilemez ve gereken iyileştirmeler yapılamaz.

Özellikle sağlık alanında Ülkemizde şimdiye kadar eksiksiz, güvenilir ve kaliteli veriyeye ulaşılamadığı, bu sebeple sağlık alanında doğru izleme, değerlendirme ve istatistikler üretilmediği hakkında eleştiriler yapılmıştır. 1970'li yıllardan beri tam da bu alanda doğru, güvenilir, yönetilebilir ve sağlığın pek çok alanında temel veri kaynağı olabilecek TİG sistemi dünyanın pek çok ülkesinde kullanılmaktadır. 2005 yılında Ülkemizde temelleri atılan TİG sistemi 2015 yılı itibarıyla özellikle Kurumumuza bağlı sağlık tesislerinde amaçlarına uygun olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Klinik verilerin doğruluğunun sağlanması ve değerlendirme çalışmaları; eksiksiz, güvenilir, kaliteli veri oluşumunu sağlamak ve bu veriler ışığında sağlık politikalarını yönlendirmek, verilen hizmetleri değerlendirmek, geliştirme ve sürekli iyileştirmelerde bulunabilmek için temel basamak olarak Kurumumuz öncelikli politikaları arasında ele alınmıştır.

Kurumumuz tarafından gerçekleştirilen değerlendirme çalışmaları merkezi, yerinde ve çapraz değerlendirme çalışmaları olarak 3 ana başlık altında yürütülmektedir. Bu çalışmalarda hangi metodolojinin kullanıldığı, genel sekreterlik, sağlık tesisi, değerlendirici ve klinik kodlamacı bazında görev ve sorumlulukların neler olduğu, değerlendirmelerde kullanılan dokümanlar, standartlar ve bunların nasıl yorumlandıkları ile ilgili konularda sahanın elinde bulunması gereken bir kaynak ihtiyacı oluşmuştur.

Bu kitap; değerlendirmeye ilişkin bilgilerin yanında özellikle ICD 10-AM'in Ülkemizde kullanılan versiyonu olan 4. versiyonda yer alan standartlara ilişkin anlaşılmayan, eksik kalan ve Ülkemiz için farklılıklar gösteren durumların, uygulamaların da yer aldığı çok önemli bir kaynak haline gelmiştir.

Büyük bir emek ve özveriyle hazırlanan bu rehberde sahadan bilgi ve deneyimleri ile katkılarını esirgemeyen tüm değerlendirici ve klinik kodlamacı arkadaşlarıma, yoğun tempolu mesaimize rağmen canı gönülden çalışan ve fakar mesai arkadaşlarıma ve şimdiye kadar Kurum bünyesinde gerçekleştirdiğimiz tüm çalışmalarda desteklerini esirgemeyen Kurum Başkanımız Sayın Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA ve Kurum Başkan Yardımcımız Sayın Uzm. Dr. Merve AKIN'a sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

**Dr. Cevher CESUR**

Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanı

**KISALTMALAR**

<b>AICD</b>	: Otomatik İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatörü
<b>BGR</b>	: Bozulmuş Glikoz Regülasyonu
<b>BŞT</b>	: Başka Şekilde Tanımlanmamış
<b>CABG</b>	: Koroner Arter Bypass Grefti
<b>CPAP</b>	: Continuous Positive Airway Pressure
<b>CPB</b>	: Kalp ve Akciğer Bypassı
<b>CSA</b>	: Santral Uyku Apnesi
<b>CSASH</b>	: Santral Uyku Apnesi Hipoapnesisendromu
<b>DES</b>	: Dietilstilbestrol Sendromu
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>DRG</b>	: Diagnosis Relation Groups
<b>ECMO</b>	: Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu
<b>EMR</b>	: Erken Membran Ruptürü
<b>FESS</b>	: Fonksiyonel Endoskopik Sinüs Cerrahisi
<b>FGM</b>	: Kadın Genital Sakatlığı
<b>GDM</b>	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
<b>GİS</b>	: Gastro İntestinal Sistem
<b>HPV</b>	: İnsan Papilloma Virüsü
<b>IMV</b>	: Intermittent Mandatory Ventilation
<b>IVF</b>	: İn Vitro Fertilizasyon
<b>İKH</b>	: İskemik Kalp Hastalığı
<b>KABG</b>	: Koroner Arter Bypass Greft
<b>KC</b>	: Karaciğer
<b>KDS</b>	: Karar Destek Sistemi
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>LİMA</b>	: Sol Arteria Mammaria İnterna
<b>MAS</b>	: Masif Aspirasyon Sendromu
<b>MI</b>	: Myokard Enfarktüsü
<b>NİV</b>	: Non İnvazif Ventilasyon
<b>OSA</b>	: Obstrüktif Uyku Apnesi
<b>OSAS</b>	: Obstrüktif uyku Apnesi Sendromu
<b>OSOSH</b>	: Obstrüktif Uyku Apnesi Hipoapnesi Sendromu
<b>PDH</b>	: Periferik Damar Hastalığı
<b>PSV</b>	: Pressure Support Ventilation
<b>RİMA</b>	: Sağ Arteria Mammaria İnterna
<b>SLAP</b>	: Üst Labrum Anterior-Posterior
<b>SSD</b>	: Sürekli Solunum Desteği
<b>SVG</b>	: Safen Ven Grefti
<b>TİG</b>	: Teşhis İlişkili Gruplar
<b>TSİM</b>	: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
<b>VKİ</b>	: Vaka Karma İndeksi
<b>VYA</b>	: Vücut Yüzey Alanı



## İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	viii
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
<b>1.BÖLÜM</b> .....	3
DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE DEĞERLENDİRME METODOLOJİSİ.....	3
<b>2.BÖLÜM</b> .....	11
KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRMELERİNDE KULLANILACAK OLAN STANDARTLAR VE AÇIKLAMALARI.....	11
STANDART 1 - SAĞLIK TESİSİ TİG BİRİMİ YÖNETİMSEL DEĞERLENDİRİLMESİ.....	11
STANDART 2 - KLİNİK KODLAMACILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	15
STANDART 3 - GENEL İŞLEM STANDARTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	22
STANDART 4 - BELİRLİ ENFEKSİYÖZ VE PARAZİTER HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	32
STANDART 5 - NEOPLAZMANIN KODLANMASI VESİRALANMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	35
STANDART 6 - KAN ve KAN YAPICI ORGANLARIN HASTALIKLARI ve İMMÜNSİSTEMİN BAZI BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	40
STANDART 7 - ENDOKRİN, NÜTRİSYONEL VE METABOLİK HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	42
STANDART 8 - ZİHİN VE DAVRANIŞ BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	49
STANDART 9 - SİNİR SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	53
STANDART 10 - GÖZ VE EKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
STANDART 11 - KULAK, BURUN, AĞIZ VE BOĞAZ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	57
STANDART 12 - DOLAŞIM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	58
STANDART 13 - SOLUNUM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	64
STANDART 14 - SİNDİRİM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	67
STANDART 15 - DERİ VE SUBKUTAN DOKUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	70
STANDART 16 - KAS İSKELET SİSTEMİ VE BAĞ DOKUSU DEĞERLENDİRİLMESİ.....	73
STANDART 17 - GENİTOÜRİNER SİSTEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	78
STANDART 18 - GEBELİK, DOĞUM VE LOHUSALIK DEĞERLENDİRİLMESİ.....	83
STANDART 19 - PERİNATAL DÖNEMDEN KAYNAKLANAN BAZI DURUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	93
STANDART 20 - YARALANMA, ZEHİRLENME VE DIŞ NEDENLERİN BAZI SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	97
STANDART 21 - MORBİDİTE DIŞ ETKENLERİ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	109
STANDART 22 - SAĞLIK SERVİSLERİYLE TEMAS VE SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	110
<b>3. BÖLÜM</b> .....	113
1. ANA TANI SEÇİM HATASI.....	113
2. ANA TANI İŞLEM UYUMSUZLUĞU İLE İLGİLİ HATA.....	117
3. GEREKSİZ EK TANI KODLAMA HATASI.....	117
4. EKSİK VE/VEYA YANLIŞ EK TANI HATASI.....	119
5. EKSİK VE/VEYA YANLIŞ İŞLEM KODLAMA HATASI.....	122
6. KODLANMAYACAK İŞLEMLERİN KODLANMASI İLE İLGİLİ HATA.....	124
7. STANDARTLARDA YAPILAN HATALAR.....	125
8. DOSYA İNCELEMİYİ GEREKTİREN HATALAR.....	125
9. HASTALARIN SİSTEME KAYIT HATALARI.....	125
10. ANA TANININ DOĞRU SEÇİLMESİNE RAĞMEN UYGUN OLMAYAN ALT KIRILIM HATASI.....	126
11. GEREKSİZ (FAZLA) İŞLEM KODLAMA HATASI.....	126
12. ASLA ANA TANI OLMAMASI GEREKEN KODLARIN ANA TANI OLARAK ATANMASI İLE İLGİLİ HATA.....	127
FORMLAR.....	128



# GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde ilk olarak 2005 yılında Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin yeniden şekillen- dirilmesi ve daha adil bir ödeme metodu geliştirilmesi amaçlı başlatılan proje 2009 yılında tamamlanmış ve 2009 yılından itibaren Bakanlığımız bünyesinde şube ve daire düzeyinde çalışmalarını sürdürmüştür. Sağlığa ilişkin pek çok verinin kullanımında, mevcut durumun karar vericilere ve sahada uygulayıcılara en iyi şekilde yansıtılabilmesi için TİG algoritmasında vakaların: doğru kaydı, doğru kodlanması, gruplanması ve doğru istatistik, analiz kısımlarından geçmesi gerekmektedir.

Vakalar maliyet esaslı sistemlere göre uygun gruplara ayrılırken 4 önemli aşamadan geçmektedir:

- Demografik verilerin kontrolü,
- Ana tanı doğrultusunda Majör Tanı Gruplarının (MTS) atanması,
- Tanıya yönelik cerrahi ve diğer işlem varlığının belirlenmesi,
- Komplikasyon ve komorbidite durumlarının belirtilmesi.

Bu aşamalardan geçtikten sonra TİG grupları oluşturulmaktadır. Ülkemizde TİG'e temel olacak yapı olarak Avusturyalı DRG modeli örnek alınmıştır.

2015 yılı başlangıcı ile Kurumumuz bünyesinde aktif olarak TİG çalışmaları başlatılmış ve Mayıs 2015 itibarıyla Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı olarak Başkanlık düzeyinde halen TİG çalışmaları yürütölmeye devam edilmektedir.

Ülkemizde geri ödeme yöntemi, sağlık tesislerinin performans ve verimliliklerini yansıtan karne göstergesi, insan kaynakları yönetimi gibi kritik öneme haiz olan bu ve daha pek çok alanda TİG verileri kullanılmaktadır. Bu durum klinik verinin kodlanması ve kodlanan verinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaları tamamen farklı ve önemli bir uzmanlık alanı haline getirmektedir.

Bu kapsamda da tesis ve kodlamacı performansını tespit etmek, kodlama kalitesini arttırmak, hakkaniyetli ödeme yapmak, sistematik-anamlı klinik veri toplamak, sağlık istatistiklerinin geliştirilmesine katkı sağlamak, sağlık hizmetlerindeki süreçlerin etkin kontrol ve yönetimini sağlamak amacıyla merkezi ve yerinde değerlendirme çalışmalarına başlanmıştır.

Bu çalışmalarda uygulama birliğinin sağlanması, ortak bir dil oluşturulması, yönetici ve kullanıcılara yol gösterici olması amacıyla Klinik Kodlama Değerlendirme Sistemi geliştirilmiş ve kitap haline getirilmiştir.

Bu kitap üç ana bölümden oluşmaktadır;

**Birinci Bölüm:** Merkezi ve Yerinde Değerlendirme Metodolojisi, Klinik Kodlama Değerlendirme Prosedürü,

**İkinci Bölüm:** Klinik Kodlama Değerlendirmelerinde Kullanılacak Olan Standartlar ve Açıklamaları,

**Üçüncü Bölüm:** Merkezi Değerlendirme Hata Kategorileri, Yerinde Değerlendirme Gözlem Formu ve Puanlama Sistematięi.



# 1. BÖLÜM

## DEĞERLENDİRME SÜRECİ VE DEĞERLENDİRME METODOLOJİSİ

Kelime anlamı olarak değerlendirme; "bir işin nitelik ya da niceliğinin üstüne yapılan çalışma sonucu varılan yargı" veya "ölçme sonuçlarının bir ölçütle karşılaştırılarak ölçülen nitelik hakkında bir yorum yapabilme süreci" anlamı taşımaktadır.

Klinik verilerin kodlamasına yönelik gerçekleştirilen değerlendirme; kodlamaya ilişkin performansların incelendiği, çıktısının değerlendirilip sonucunun kayıt altına alınarak klinik kodlamacıya bildirildiği süreçtir. Değerlendirme çalışmaları sağlık tesisleri ve klinik kodlamacıların, klinik kodlamaya yönelik başarı düzeylerinin tespitinin yanında eksik, hatalı bilgi ve uygulamaların düzeltilmesi için geri bildirimlerin yapıldığı dinamik eğitim niteliği de taşımaktadır.

Değerlendirme; klinik kodlamada yapılan hataları azaltmak, sistemli ve anlamlı klinik veri toplamak, sağlık istatistiğinin gelişimine katkıda bulunmak, sağlık hizmetleri yönetiminde süreçlerin etkin kontrolünü sağlayarak adil bir ödeme gerçekleştirebilmek gibi pek çok amaca yönelik hizmet vermektedir.

Kurumumuz bünyesinde yürütülen TİG çalışmalarında klinik verilerin doğruluğunun sağlanmasındaki ilk basamak, "*TİG Klinik Veri Validasyon Eğitimi*"dir. Bu eğitimler, temel eğitimini almış klinik kodlamacıların sahada karşılaştıkları problemleri çözmek, geçmişte anlatılmış olan derslerin hatırlanmasını sağlamak, en sık karşılaşılan hatalara yönelik çözümler üretmek ve verinin kalitesini artırmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Eğitimler sonrasında değerlendirme sınavı yapılmaktadır. Sınavdan 100 tam puan üzerinden 70 ve üzeri alan katılımcılar arasından mülakat ile ihtiyaca göre değerlendirici havuzu oluşturulmaktadır.

Sağlık tesislerinde üretilen hizmetin tanımlanmasını sağlayan, klinik kodlamanın doğru ve eksiksiz üretilmesini hedefleyen "*TİG-Klinik Kodlama Değerlendirme Çalışmaları*" Kurum bünyesinde Nisan 2015 döneminden itibaren başlamıştır.

### Dünyada Klinik Kodlama Değerlendirme Çalışmaları

TİG sistemini kullanan ülkelere ait değerlendirme yöntemleri, her ülkenin ihtiyaç ve önceliklerine göre belirlenmekle birlikte genel olarak 3 farklı değerlendirme yöntemi bulunmaktadır.

- 1. Merkezi Değerlendirme:** Bunlardan ilki ve genel kabul görmüş olan yöntem TİG'e dayalı verilerin, belirli dönemler içerisinde sistemden çekilerek doğruluk kontrollerinin yapıldığı merkezi değerlendirmedir. Bu değerlendirme yönteminde sorgulananacak olan standartlara yönelik kriterlerden oluşan kural setleri belirlenir. Belirlenmiş olan bu kural setlerine göre klinik kodlamacı bazında merkeze gönderilen klinik verilerin doğruluğu analiz edilir. Analiz sonucu klinik kodlamacının başarı seviyesini gösteren raporlar hazırlanır. Merkezi değerlendirmede bu kural setleri baz alınarak, kayıtlı olan klinik veriler elektronik ortamda veya değerlendirici olarak tanımlanan personel tarafından analiz edilmektedir.

- 2. Yerinde Değerlendirme:** Bu değerlendirmede aktif olarak klinik kodlama görevini yürüten ve farklı sağlık tesisinde çalışan personeller ilgili sağlık tesisinin klinik kodlamacılarının yaptığı kodlama çalışmasını değerlendirir. Burada uygulama olarak sisteme gönderilmiş verilerin çekilerek doğruluğunun kontrol edilmesi ya da o anda kodlanmamış dosyanın değerlendirici nezaretinde kodlanması gibi 2 önemli değerlendirme metodu bulunmaktadır.
- 3. Çapraz Değerlendirme:** Bu değerlendirme metodunda ise iki farklı klinik kodlamacıya dosya örnekleri verilir. Her iki kodlamacıda aynı dosyayı birbirinden bağımsız olarak kodlar ve sonuçları yorumlanır. Sonuçta her iki kodlamacı tarafından yapılan kodlama aynı ise değerlendirme tamamlanır. Kodlamalar arasında farklılık varsa bir üst değerlendirici dosyaları inceleyerek son kararı verir.

### Kurumumuzda Gerçekleştirilen Değerlendirme Çalışmaları

Kurum tarafından gerçekleştirilen değerlendirme çalışmaları; merkezi, yerinde ve çapraz olarak yapılmaktadır. TİG sisteminin devamlılığında bu üç değerlendirme metodolojisi büyük önem arz etmektedir.

#### Merkezi Değerlendirme

Kurumumuza bağlı olarak faaliyet göstermekte olan tüm sağlık tesislerinin sisteme göndermiş oldukları yatan hasta verilerine ilişkin örneklem alınarak değerlendirme çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Sağlık tesislerinin sisteme göndermiş olduğu bu klinik veriler yine Kurumumuza bağlı olarak görev yapan TİG-Klinik Kodlama Değerlendiricileri tarafından incelenmektedir. Klinik kodlamacı bazında her ay gerçekleştirilmekte olan bu değerlendirmeler sonucunda, tüm kodlama süreçlerinin ve doğruluklarının dikkate alındığı yıllık merkezi değerlendirme puanı belirlenmektedir.

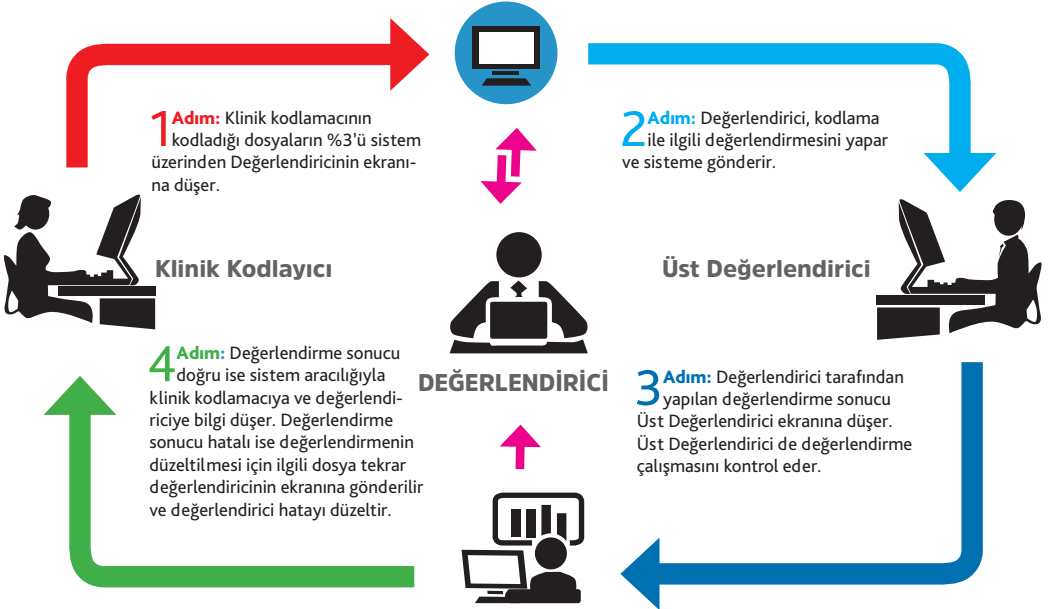
#### Merkezi Değerlendirme Aşamaları

1. Sağlık tesislerinin kapanmış olan son döneme ait verilerinin değerlendirilmesi gerçekleştirilmektedir. Bunun için her klinik kodlamacının sisteme gönderdiği yatan hasta sayısının %3'lük kısmı değerlendirmeye tabi tutulur. %3'lük sayı elde edilirken basit rastgele örneklem metodu kullanılmaktadır.
2. Değerlendirici Karar Destek Sistemi (KDS) ekranı üzerinden kullanıcı adı ve şifresi ile sisteme giriş yapar.
3. Ekranda değerlendiricinin değerlendireceği toplam dosya sayısı, değerlendirdiği dosya sayısı, değerlendirilen hatalı bulunan dosya sayısı, değerlendirilen hatasız bulunan dosya sayısı vs. bilgileri bulunur.
4. Değerlendirme işlemleri gizlilik ilkesine bağlı olarak şeffaf bir biçimde gerçekleştirilmektedir. Değerlendirme çalışmasında; klinik kodlamacının adı, sağlık tesisinin adı ve değerlendiricinin adı sistem içerisinde şifrelenmektedir.
5. Değerlendiricinin ekranında yatan hastaya ilişkin demografik verilerle birlikte ICD 10-AM gruplamasına göre hasta tanısı, morfolojisi, ACHI kodları vb. bilgileri yer almaktadır.
6. Değerlendirme sonucunda kodlama başarılı olarak tespit edildi ise hatasız olarak kaydı

yapılır. Değerlendirme komisyonu tarafından daha önceden belirlenmiş olan ana ve alt hata kategorilerinde yer alan herhangi bir hata tespit edilmiş ise uygun olan bir veya daha fazla hataya ilişkin işaretleme yapılarak, kodlama sonucu hatalı bölümünden sisteme kaydedilir.

7. Değerlendirici tarafından yapılan değerlendirme sonuçları üst değerlendirici ekranına gelir. Üst değerlendirici yapılan kodlama ve değerlendirmeyi inceler. Değerlendirme işlemi doğru olarak gerçekleştirildi ise bu sonuç klinik kodlamacı ekranına gönderilir. Üst değerlendirici gerçekleştirilmiş olan değerlendirme işleminde hata tespit ederse değerlendirmedeki hatanın düzeltilmesi için değerlendirmeyi değerlendirici ekranına tekrar gönderir. Değerlendirici yapmış olduğu hatalı değerlendirme ile ilgili geri dönüşleri inceler, gerekli düzenlemeyi yaparak sisteme kaydeder.
8. Değerlendirme aşamalarında "klinik kodlamacı ve değerlendirici" ile "değerlendirici ve üst değerlendirici" arasında iletişimi sağlayacak elektronik haberleşmeye izin verilmektedir. Bu sayede kişiler birbirlerini tanımadan mesajla standartlar ve yapılan hatalar hakkında görüş alışverişinde bulunabilmektedir.
9. Değerlendirici ve klinik kodlamacılar yaptıkları çalışmalarla ilgili raporları (hata yüzdesi, hata kategorisi, hata detayları, değerlendirme yapılan tarih ve değerlendirilen dönem bilgileri vs) kendi kullanıcı ekranlarında görebileceklerdir.

### MERKEZİ DEĞERLENDİRME AŞAMALARI



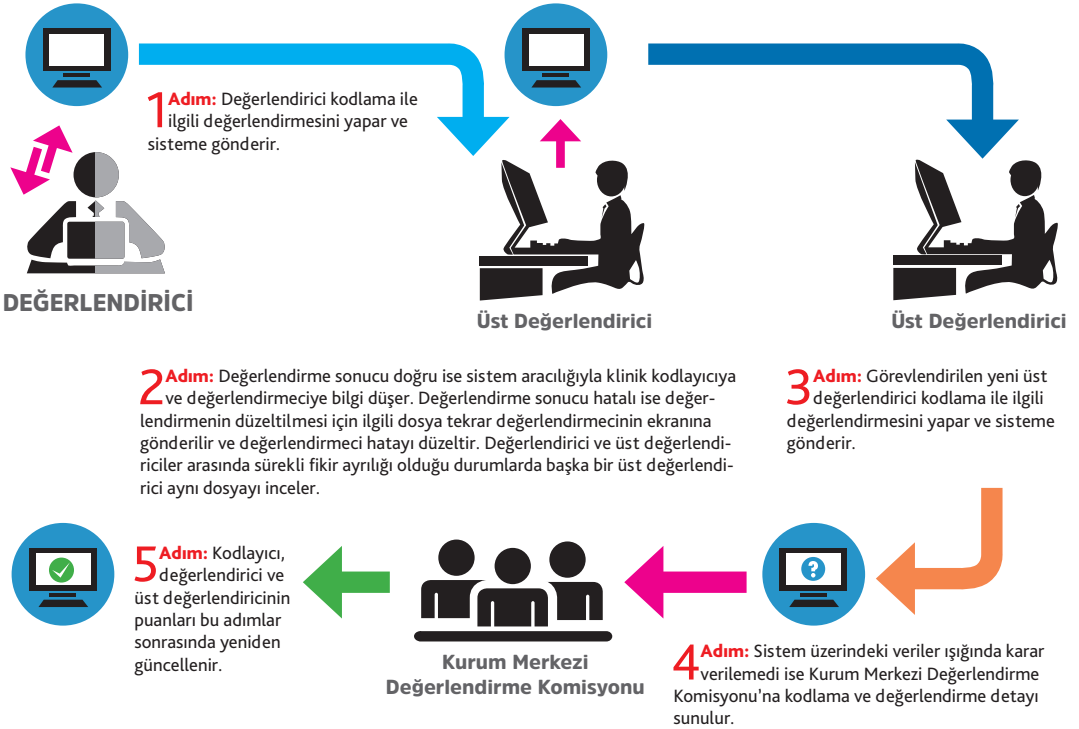
## Çapraz Değerlendirme

Kurumumuzca ihtiyaç görülen durumlarda klinik kodlamacılar ve değerlendiriciler arasındaki kodlama ve değerlendirme farklılıklarının incelenmesi için üst değerlendirici ekip tarafından gerçekleştirilen değerlendirme çalışmalarıdır. Bu uygulama ile değerlendirme çalışmalarına yeni bir boyut kazandırılmıştır.

### Çapraz Değerlendirme Aşamaları:

1. Kodlama ve değerlendirmeye ilişkin analiz çalışmalarında "üst değerlendirici ve değerlendirici" arasında devamlı görüş ayrılıklarının bulunması durumunda Kurum tarafından başka bir üst değerlendirici görevlendirilir.
2. Kurum tarafından görüş ayrılığının olduğu konu veya konularda önce diğer üst değerlendiricinin raporu dikkate alınır.
3. Bu durumda da çözülemeyen problemlerin varlığında Kurum Merkezi Değerlendirme Komisyonu nihai kararı verir.

### ÇAPRAZ DEĞERLENDİRME AŞAMALARI



## Yerinde Değerlendirme

Genel sekreterlik, sağlık tesisi ve klinik kodlamacı bazında farkındalığı artırmak, kodlama kalitesini değerlendirmek ve yerinde eğitim vermek amacıyla Kurum TİG-Klinik Kodlama Değerlendiricileri tarafından gerçekleştirilen ziyaretlerdir.



## Yerinde Değerlendirme Aşamaları

1. Kurum tarafından yürütülen değerlendirme sürecinde sağlık tesislerinin ortaya koyduğu hizmetin tanımlanmasını sağlayan TİG Biriminin değerlendirilmesini Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı tarafından belirlenmiş ekip sorumlusu ve ekip üyeleri aracılığıyla gerçekleştirilir.
2. Kurum tarafından belirlenmiş olan ve takvimi önceden yayınlanan sağlık tesislerinde yerinde değerlendirme gerçekleştirilir.
3. Değerlendirme sürecini ekip sorumlusu yönetir.
4. Değerlendirme sürecinde ekip sorumlusu, sağlık tesislerini değerlendiren tüm değerlendiricilerden ve değerlendirme koordinatörlüğünden sorumludur.
5. Yerinde değerlendirmelerin yapılacağı sağlık tesislerinin bağlı bulunduğu Birlik TİG Birimi Sorumlusu, Tıbbi Başkan adına tüm değerlendirme süresince değerlendiricilerin konaklama ve ulaşımında her türlü kolaylığı sağlamakla sorumludur.
6. Ekip sorumlusu daha önce Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığınca değerlendirme sürecinde kullanılmak üzere hazırlanan dokümanları ekip üyeleriyle paylaşır.
7. Değerlendirmeye başlamadan önce ekip sorumlusu, ekip üyeleri ile birlikte değerlendirme süreci, değerlendirme metodu ve ilgili dokümanların kullanımı ile ilgili toplantı yapar.
8. Ekip sorumlusu, değerlendirici ve il koordinatörleri ile tüm iletişimlerinde kurum telefonlarını ve kurumsal e-posta adresini kullanmaları gerekir.
9. TKHK tarafından görevlendirilen değerlendiriciler, değerlendirme süresince "Değerlendirici Yaka Kartı" takar.
10. Değerlendirme sabah saat 09.00'da başlayıp en geç akşam 17.00' a kadar devam eder.
11. Yerinde değerlendirme ekibi sağlık tesislerine ziyareti Genel Sekreterlik TİG Birim Sorumlusu refakatinde gerçekleştirir.
12. Değerlendirmeye Ekip sorumlusu tarafından, tüm değerlendirme ekip üyeleriyle birlikte en az Genel Sekreterlik TİG Birim Sorumlusu, Tesis TİG Sorumlu Yöneticisi ve klinik kodlamacılarında hazır bulunduğu bir ortamda Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı'nca hazırlanan yerinde değerlendirme sunumu yapılarak başlanır.
13. Her günün sonunda, ekip sorumlusu ekip üyeleriyle birlikte değerlendirme toplantısı yapar ve değerlendirilen tesislerin raporlarını hazırlanır.
14. Değerlendirme ekibi, Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan değerlendirme gözlem formunu eksiksiz olarak doldurur, ayrıca değerlendirme süreciyle ilişkili belirtilmesi gereken durumları formda ilgili bölüme kayıtlı eder.
15. Değerlendirici gözlem formu sağlık tesisi değerlendirme ve klinik kodlamacı değerlendirme bölümleri olarak 2 ana başlık altında oluşturulmuştur. Klinik kodlamacı değerlendirme bölümü birim içinde çalışan her klinik kodlamacı için ayrı ayrı değerlendirme yapılarak doldurulur.
16. Ekip Sorumlusu değerlendirme ile ilgili rutin dışı gelişen olaylar, gelişebilecek olağan üstü durumları Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığına iletir.

17. Değerlendirici, görevini her zaman hukuka bağlılık, doğruluk, gizlilik, tarafsızlık ve dürüstlük ilkeleri çerçevesinde objektif şekilde yerine getirir.
18. Ekip üyeleri değerlendirme esnasında ortak hareket eder, değerlendiriciler tarafından bireysel değerlendirme yapılmaz. Ekip üyeleri birbirlerine ve değerlendirilen sağlık tesisi çalışanlarına hitap ederken Kurumun temsiline uygun üslup kullanır.
19. Ekip üyeleri telefonlarını sessiz konumda bulundurur ve gerekli olan telefon görüşmelerini molalarda yapar.
20. Molalara ekip sorumlusu karar verir ve molalarda çalışanlara değerlendirme ile ilgili yorumlar yapmaz.
21. Değerlendirmede öğle yemekleri değerlendirilen kurumda yenir.
22. Değerlendirme ekibinin soru sorma şekli sağlık tesisi çalışanlarını rahatsız etmemeli, sorgulanıyormuş izlenimi yaratmamalı, bilgi toplamaya dayalı olmalıdır.
23. Değerlendirme süreci sonunda sağlık tesisi hakkında değerlendirmeye ilişkin iyi ya da kötü olduğuna dair yorum ifadelerinden kaçınılır.
24. Değerlendirme ekip sorumlusu; değerlendirme sonucunun Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı'na bildireceğini ve sürecin diğer aşamalarının Daire Başkanlığı'na yürütüleceğini ifade eder ve sonuçla ilgili bir bilgi ve belge paylaşımında bulunmaz.
25. Sağlık tesisine değerlendirme sonunda teşekkür edilerek değerlendirme bitirilir.
26. Değerlendirmenin sonunda tüm ekip üyeleri birlikte değerlendirme yapılan tesislerin raporunu hazırlayarak imza altına alırlar. Rapor ekip sorumlusu tarafından elektronik ve posta yoluyla gizlilik ilkesine uyularak Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı'na iletilir.

**1** adım: Yerinde değerlendirme ekibi Kurum tarafından belirlenen sağlık tesislerini Kurumun uygun gördüğü form ve evraklar ile değerlendirmeye gider. Bu kapsamda değerlendiriciler arasından belirlenen ekip sorumlusu ekibin koordinasyonundan, ekip üyeleri ile sorumluluk, evrak ve kaynak dosya paylaşımından sorumludur. Ayrıca Kamu Hastaneleri Birliği ve sağlık tesisleri ile irtibattan sorumludur.



**2** adım: Yerinde değerlendirmeye başlamadan önce ekip sorumlusu yönetiminde "değerlendirme süreci", "değerlendirme metodu" ve "ilgili dokümanların kullanımı" ile ilgili değerlendirme toplantısı yapılır.



**4** adım: Değerlendirme de değerlendiriciler kendilerini tanıtır. Değerlendirme esnasında değerlendiricilerin soru sorma şekli sağlık tesisi çalışanlarını rahatsız etmemeli, sorgulanıyormuş izlenimi yaratmamalı, bilgi toplamaya dayalı olmalıdır. Değerlendirme ekibi; her klinik kodlamacı ve sağlık tesisi için Kurumun hazırladığı Değerlendirici Gözlem Formu'nu doldurur.

**3** adım: Genel Sekreterlik TİG Birim Sorumlusu ile birlikte konaklama alanından sağlık tesislerine ziyarete gidilir. Ziyaretler 09:00-17:00 saatleri arasında Kurumun belirlediği sağlık tesislerinde TİG Birimleri ve yöneticiler ile bir araya gelerek yapılır. Bu faaliyet içerisinde değerlendirme ekibi Kurumun kendilerine gönderdiği yaka kartını takar.



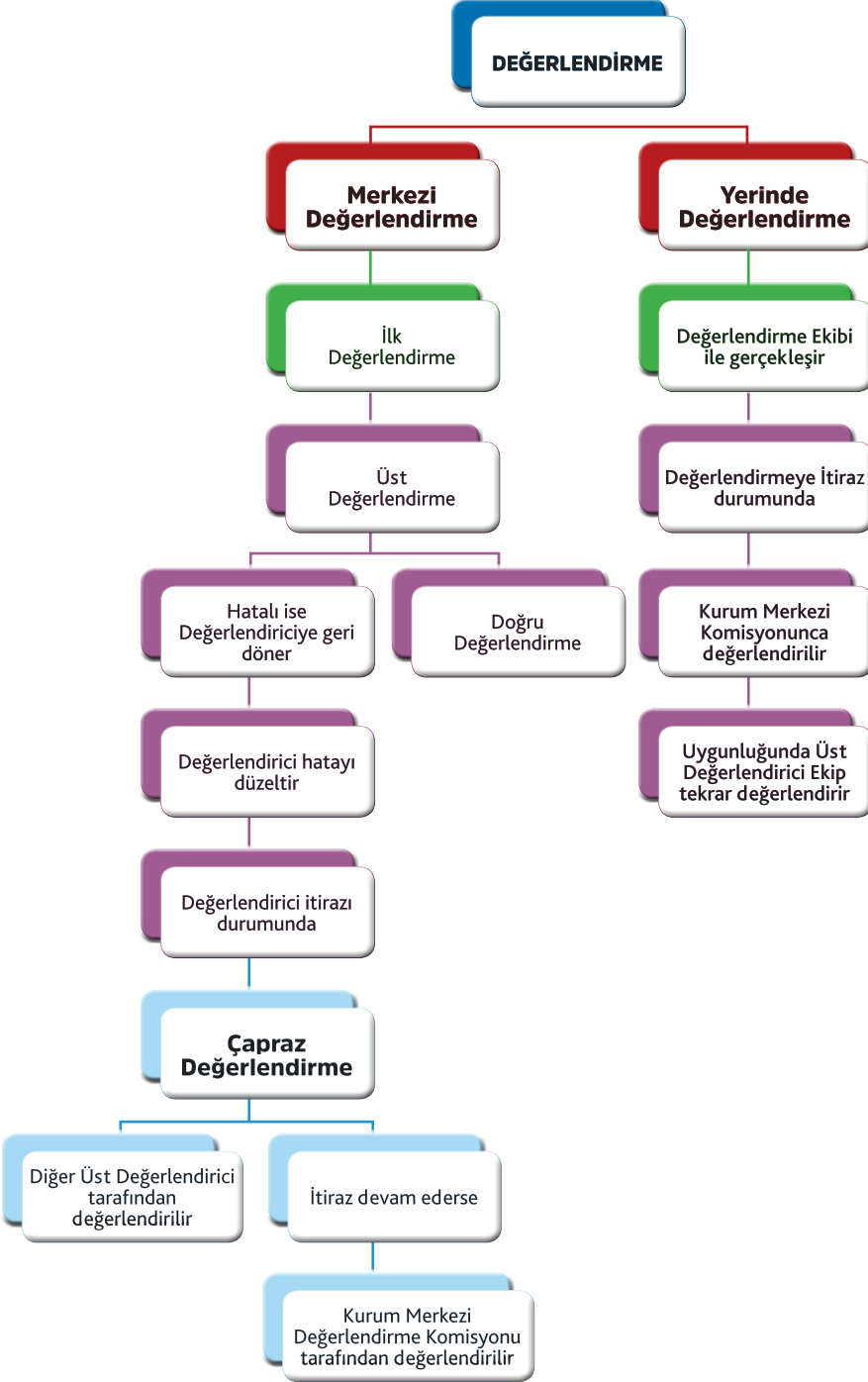
**5** Adım: Değerlendirme ekip sorumlusu; değerlendirme sonucunun Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı'na bildireceğini ve sürecin diğer aşamalarının Daire Başkanlığı'na yürütüleceğini ifade eder ve sonuçla ilgili bir bilgi ve belge paylaşımında bulunmaz ve değerlendirmeyi bitirir.



**6** Adım: Değerlendirmenin sonunda tüm ekip üyeleri birlikte değerlendirme yapılan tesislerin raporunu hazırlayarak imza altına alır. Rapor, ekip sorumlusu tarafından elektronik ve posta yoluyla Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı'na iletilir.



## 3. KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ





## 2. BÖLÜM

### KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRMELERİNDE KULLANILACAK OLAN STANDARTLAR VE AÇIKLAMALARI

Bu bölümde ICD 10-AM de yer alan standartlar doğrultusunda kodlamaya ilişkin sorgular oluşturulmuş ve bunlara yönelik cevaplar hazırlanmıştır. Özellikle ICD 10-AM de anlaşılmayan, çeviri hataları olan ve ülkemizde farklı uygulanmakta olan standartlara ilişkin durumlar detaylandırılmıştır.

2. Bölüm sistemlere göre 22 ana standart altında gruplandırılmıştır. Her standart grubunda farklı sayıda olmak üzere toplam 155 sorgu ve 288 alt sorgudan oluşmuştur.

TİG dinamik bir sistem olarak gelişmeye devam ettiği için bu sorgu, açıklamalar, değerlendirme ve gözlem formları önümüzdeki dönemlerde ihtiyaç duyuldukça revize edilecektir.

Kitap hazırlanırken hem sorgularda hem de cevaplar bölümünde tüm klinik kodlayıcıların, değerlendiricilerin, hekimlerin ve yöneticilerin anlayabileceği sade, akıcı bir dil kullanılmıştır.

#### STANDART 1- SAĞLIK TESİSİ TİG BİRİMİ YÖNETİMSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

##### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

##### 1.1 TİG Biriminin fiziksel koşulları uygun olmalıdır:

##### 1.1.1 TİG Birimi kurulmuş olmalıdır.

##### 1.1.2 Çalışma ortamı uygun olmalıdır.

##### 1.1.3 Teknik donanım yeterliliği uygun olmalıdır.

##### AÇIKLAMA

Hastanelerde ayrı olarak TİG çalışmalarının yürütüleceği birim kurulmalıdır. Klinik kodlamacılar için hastanelerde özel bir oda ve kodlamacı sayısı kadar bilgisayar bulunmalı ve internet erişimi sağlanmalıdır. Bilgi güvenliğinin sağlanması açısından bu bilgisayarlarda yazılımsal ve donanımsal güvenlik önlemleri de alınmış olmalıdır.

Hem hasta dosyalarının mahremiyeti açısından hem de teknik özellikli birim olması dolayısıyla TİG Birimi için ayrı bir oda tahsis edilmesi gerekmektedir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 1.2 TİG Biriminde çalışanlar eğitim almış olmalıdır:

1.2.1 Eğitim almış personeller TİG Birimi dışında çalıştırılmamalıdır.

1.2.2 TİG Biriminde yeterli sayıda klinik kodlamacı bulunmalıdır.

## AÇIKLAMA

Al ve All dal hastanelerinde yer alan onkoloji, çocuk hastalıkları hastanesi, kalp damar cerrahisi vb. hastaneler için günlük maksimum 50 dosya, diğer hastanelerde günlük maksimum 75 dosya kodlanacak şekilde klinik kodlamacı istihdamı yapılmalıdır (son 3 aylık VKİ ortalaması 1,5 ve üzerinde olan hastaneler için günlük maksimum 50 dosya). Üzerinde kodlama yapmaya bağlı olarak meydana gelecek hak kayıplarında tesis TİG sorumlu yöneticilerinin sorumluluğunda olacaktır.

Kodlamacılar sağlık alanında eğitim almış, ağırlıklı olarak sağlık bilimleri (Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru, Hekim vb.) alt yapısı olan hastalık süreçlerini bilen, inceleme ve tedavi süreçlerine hakim, tıbbi kayıtların içeriğini çözümlayebilen, tıbbi kayıtların dikkatli bir şekilde değerlendirmesini yapabilen özellikteki kişiler olmalıdır. Ayrıca kodlanması gereken tanı, işlem ve sağlık durumunu etkileyen diğer faktörler konusunda karar verebilen, bilgisayar hakimiyeti olan kişiler olmalıdır.

Eğitim almamış kişilere kodlama işlemi yaptırılmamalıdır. Şifreler kişiye tanımlı olup merkezi değerlendirmelerde, klinik kodlamacı bazında çıkan sonuçlar üzerinden puanlama yapılacağı için asla ikinci bir şahısla paylaşılmamalıdır.

Günlük klinik kodlamacı başına ortalama kodlanacak dosya sayısı 50 üzerinde olan sağlık tesislerinde klinik kodlamacılar başka bir görevde çalıştırılmamalıdır. Nöbet ve fazla mesai gibi klinik kodlama dışında ekstra görevlerde değerlendirilmemelidir. Günlük klinik kodlamacı başına ortalama kodlanacak dosya sayısı 50 altında olan kurumlarda öncelikli olarak klinik kodlama görevi eksiksiz olarak sağlanmalı, verilecek diğer görevlerde tam zamanlı ve eksiksiz veri gönderimine engel teşkil etmemelidir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 1.3 TİG Birimi Sorumlusu belirlenmiş olmalıdır:

1.3.1 TİG Biriminden sorumlu genel sekreterlik sorumlusu belirlenmiş olmalıdır.

1.3.2 TİG Biriminden sorumlu idareci belirlenmiş olmalıdır.

1.3.3 TİG Birim sorumlusu belirlenmelidir.

## AÇIKLAMA

Genel Sekreterliklerde TİG Birimi Tıbbi Hizmetler Başkanlığı bünyesinde Tıbbi Başkana bağlı olarak yürütülecektir.

TİG Birimleri, hastanelerde başhekim yardımcılara bağlı olmalıdır. Başhekim yardımcısı bulunmayan hastanelerde direkt Hastane Yönetici/Başhekime bağlı olmalıdır. Hastane yöneticileri klinik kodlamacıların görevlerini eksiksiz yapmalarını sağlayacak her türlü düzenlemeyi gerçekleştirmeli, eksiksiz ve doğru veri akışını sağlayacak tüm önlemleri almalıdır.

Birim içerisinde sorumluluk öncelikle Kurum tarafından değerlendirici olarak tanımlanmış ve bu görevi aktif olarak yürüten kişilerden belirlenmelidir. Değerlendiricisi bulunmayan kurum-

larda ise öncelikle, validasyon veya ileri klinik kodlama eğitimini almış olan, olmadığı yerde temel eğitim almış ve aktif olarak klinik kodlama yapan kişiler arasından seçilmelidir. Birim sorumlusunun görevlendirme yazısı kişiye tebliğ edilmiş olmalıdır. Klinik kodlamacı sayısı bir olan sağlık tesislerinde ise kodlama görevini yapan kişi birim sorumlusu olarak görev yapacaktır.

TİG ile ilgili hiçbir eğitim almamış ve klinik kodlama görevini aktif olarak yapmayan kişiler sağlık tesislerinde TİG Birim sorumlusu olarak görev yapamazlar.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 1.4 TİG Birimine veri akışı sağlanmalıdır:

1.4.1 Hastalara yönelik zamanında, eksiksiz dosya tanzim edilmelidir.

1.4.2 Klinik veriler TİG sistemine tam, doğru ve zamanında girilmiş olmalıdır.

1.4.3 Klinikten gelen dosyalarda kodlama açısından eksiklikler varsa zamanında ilgili kliniğe bildirimler yapılmalıdır.

## AÇIKLAMA

Doğru bir kodlama işleminin gerçekleştirilebilmesi için ilk basamak; hizmeti veren hekim ya da hekimler tarafından verilen hizmete ilişkin eksiksiz dosya tanzim edilmesi ve bu dosyaların dönem sonlandırılmadan önce makul bir süre içinde tamamlanıp klinik kodlamacılar iletilmesi gerekmektedir.

Veriler taburcu tarihinden itibaren en geç 60 gün (2 ay) içerisinde sisteme gönderilmelidir. Klinik kodlama taburculuk sonrası gerçek zamanlı veri toplanmasını gerektiren dinamik bir süreçtir. Bu nedenle taburculuğu yapılmış olan hasta dosyalarının (elektronik veya kâğıt ortamında oluşturulan) gecikmeden kodlamacıların önüne gelmesi gerekmektedir. Bu konuda aksaklıkların olmaması ve hak kayıplarının önüne geçilmesi için yöneticiler gerekli tedbirleri almalıdırlar. (Sağlık tesisi yatan hasta sayısı, günübirlik hasta sayısı ve ayaktan hasta sayısı gibi bir takım veriler, TSİM, Medula Sistemi gibi diğer sistemlere gönderilen verilerle kıyaslanacağı için sağlık tesisinin tüm hizmet verilerinin bütün sistemlerde uyumlu olması gerekmektedir. Dijital hastane özelliği taşıyan sağlık tesislerinde kodlama için gerekli tüm verilere erişim sağlanıyorsa değerlendirme HBYS üzerinden yapılır.)

Dosya içeriğinde bulunan eksiklikler ve kodlama açısından netleştirilemeyen durumlar için hastanede konsültan hekimler görevlendirilmelidir. Klinik kodlamacılar bunun gibi durumlarda, görevlendirilen hekimlere kodlama açısından problem olan dosyaları danışmalı, çözüm sağlanamaz ise konsültan hekim tarafından ilgili dosya sorumlu hekimi ile irtibata geçilerek veriler düzenlenmelidir. Bu bildirimlerin analizleri yapılmalı çözüme ulaşılamayan durumlarda üst yönetime sunulmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 1.5 TİG Biriminde eğitim faaliyetleri yapılmalıdır:

1.5.1 Genel Sekreterlik TİG Birimleri eğitim faaliyetleri olmalıdır.

1.5.2 Sağlık tesisinde çalışan hekimlere TİG ile ilgili eğitim yapılmalı, kayıt altına alınmalıdır.

1.5.3 Genel Sekreterlik ve sağlık tesisi yıllık eğitim planlamaları yapılmalıdır.

## AÇIKLAMA

Genel Sekreterlik TİG Birimi çalışanları, birimin bağlı olduğu Tıbbi Başkan yönetiminde, sağlık tesislerinde TİG değerlendirme çalışmalarını yılda en az 2 kez gerçekleştirmelidir. Bu değerlendirme yerinde değerlendirme ve eğitim şeklinde olmalı ve tesislerin mevcut durumlarını görüp gerekli konularda hizmeti aksatmayacak çözümler üretebilmelidir. Bunun içinde TİG Biriminden sorumlu birlik çalışanları mutlaka TİG konusunda hakimiyeti olan kişiler arasından belirlenmelidir. Genel sekreterlik TİG Birimi çalışanları belirli dönemlerde sekreterliğe bağlı bulunan tüm tesisleri içine alacak şekilde TİG'e yönelik çalıştay ve seminer çalışmaları yapılmalı ve sonuçlarını kayıt altına almalıdır.

Sağlık tesislerinde çalışan tüm hekimlere TİG çalışmaları ile ilgili eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde öncelikle TİG sisteminin mantığı, çalışma prensipleri verilmeli sonrasında her hekimin kendi uzmanlık alanına yönelik özellikli standartlar ve e-kitap kullanımı ile ilgili uygulamalı eğitimler planlanmalıdır. Hekimler kendi uzmanlık branşlarına uygun tanı ve işlemler için e-kitaptan ilgili kısımları detaylı olarak incelemelidir. Ana tanı ve ek tanı ayrımını net olarak yapmalı, tanıları anlaşılır şekilde dokümanete etmelidir. Özellikle TİG sistemi açısından kodlanması gereken özellikli işlemler düzenli olarak hasta dosyasında kayıt edilmelidir (Örneğin; yoğun bakımda entübe edilen ve ventilasyona başlanan bir hastanın ventilasyonda kalma süresi, başlatma yeri, yeni doğan ağırlığı gibi özellikler dosyada mutlaka yer almalıdır.).

Kayıtlarda çelişki olması veya hastanın durumunu açıklayacak yeterli bilgi olmaması durumunda klinik kodlamacılar ilgili hekimden gerekli bilgileri alabilmelidir. Bu konuda tüm hekimlere yönelik bilgilendirme eğitimleri yapılmalıdır.

Tüm genel sekreterliklerde ve sağlık tesislerinde yıllık eğitim faaliyetleri planlanması gerekmektedir. Eğitim planları genel sekreterlik ve sağlık tesisi birim sorumlusu tarafından hazırlanıp yöneticilerine onaylatılarak yıllık en az 4 hizmet içi eğitim faaliyeti gerçekleştirilmelidir. Eğitimlerde; eğitim konusu, eğitime katılan kişi sayısı, eğitim veren kişi, tarih, katılımcı imza çizelgesi, aksiyonlar vs. konularda toplantı içeriğini kayıt altına almaları gerekmektedir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 1.6 TİG Sistemine gönderilen verilerin analizi dönem sonunda yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır

1.6.1 Verilerin analizi TİG Birim sorumlusu tarafından yapılmalıdır.

1.6.2 Verilerin analizi TİG Birimi sorumlu yöneticisi tarafından yapılmalıdır.

## AÇIKLAMA

Kurum tarafından açılan yönetici ve klinik kodlamacılar yönelik panelde yer alan hastanenin ilgili döneme ilişkin verileri kontrol edilmelidir. Birim tarafından sisteme gönderilen yatan, günübirlik ve ayaktan hasta sayılarına ilişkin veriler incelenerek aylık kayıt altına alınmalı ve üst yönetime sunulmalıdır.



## STANDART 2-

KLİNİK KODLAMACILARIN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**2.1** Kodlamada kullanılması gereken kaynaklar klinik kodlamacı tarafından bilinmelidir.

**2.1.1** E-kitap, Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzu, ICD 10- AM ciltleri aktif kullanılmalıdır.

**2.1.2** Karar Destek Sistemi klinik kodlamacı tarafından aktif olarak kullanılmalıdır.

## AÇIKLAMA

Klinik kodlamacılar kodlama işlemini sağlıklı olarak gerçekleştirebilmek için mutlaka kullanmaları gereken dokümanlara hakim olmalı ve etkin olarak tümünü kullanmalıdır. Bunun içinde tüm klinik kodlamacıların masa üstünde e-kitap, Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzu, ICD 10- AM ciltleri gibi dokümanlar bulunmalıdır.

Karar Destek Sistemi (KDS), Kurumumuz tarafından gerçekleştirilen değerlendirme çalışmalarının sonuçlarının klinik kodlamacılarla paylaşıldığı, bu çalışmalara ilişkin görüş alışverişini ve raporlamayı sağlayan dinamik bir sistem olarak tasarlanmıştır. Genel sekreterlik ve sağlık tesisi yöneticisi, değerlendirici ve klinik kodlamacı ekranları oluşturulmuştur. Özellikle klinik kodlamacılar aktif olarak karar destek sistemi üzerinden yaptıkları kodlamaların değerlendirilme sonuçlarını takip etmeli ve eksik kaldıkları konular ve standartlarda kendilerini geliştirmelidir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**2.2** Yerinde değerlendirme sırasında dosya incelemesi ve kodlama kalitesi çalışmaları yapılmalıdır:

**2.2.1** Hasta dosyasındaki bilgiler veri girişine uygun olmalıdır.

**2.2.2** Tespit edilen hatalara yönelik yerinde eğitim gerçekleştirilmelidir.

## AÇIKLAMA

Yerinde değerlendirme çalışmaları sırasında kodlamacıların ilgili dönemde girdiği verilerden dosya örnekleri seçilerek, kodlamanın uygunluğu değerlendirilir. Doğru kodlanan ve hatalı kodlanan dosya örnekleri ile ilgili görüşler, gözlemci tarafından dosya numarası ile birlikte gözlemci raporunda kayıt altına alınır. Hasta dosyasındaki epikriz başta olmak üzere, laboratuvar bulguları, görüntüleme raporları, diğer tetkikler ve tüm klinik dokümantasyon veri girişine uygun, açık, net, okunabilecek şekilde kayıt edilmeli, kodlamaların doğru yapılmasına yardımcı olmalıdır.

Değerlendirme sırasında tespit edilen eksiklik, hata ve yanlış uygulamalarla ilgili değerlendirilen klinik kodlamacıya yerinde eğitim verilir. Varsa konuyla ilgili iyi uygulama örnekleri, kişi ve tesis bilgileri verilmeden kodlamacılarla paylaşılır. Yapılan değerlendirme çalışmaları hata aramaya yönelik, sorgulayıcı ve zorlayıcı bir havadan çok, karşılıklı iletişime açık durum tespiti şeklinde olmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 2.3 Ana tanı ataması doğru olmalıdır:

**2.3.1** Esas sebebin ana tanı olarak atanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**2.3.2** Yatışa sebep olan asıl durumun bilinmesi durumunda, hastaya bu tanıdan kaynaklanan septomun tedavisi için hastaneye yatırılır ise hangi durumun ana tanı olarak atanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**2.3.3** Her biri potansiyel olarak ana tanının tanımına uygun olan birbiriyle ilişkili iki veya daha fazla durumda hangisinin ana tanı olarak atanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**2.3.4** (R00-R99) Semptomlar, belirtiler, anormal klinik ve laboratuvar bulgularındaki durumların, ana tanı seçilmesinde dikkat edilmesi gereken hususları klinik kodlamacı bilmelidir

**2.3.5** Belirli bir hastalığa yönelik tedavi planlamasıyla yatırılan hastanın, yatışı sırasında herhangi bir sebeple tedavi planının uygulanmaması durumunda ana tanının nasıl atanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Ana tanı araştırma sonunda, hastanın hastanedeki bakım veya sağlık kuruluşunda bulunmasının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır. Hastanın hastaneye yatış durumu ana tanı olarak kodlanmalıdır.

Sağlık sorunu nedeniyle yatışı yapılan hastanın bakım ve tedavisi için yapılan yatışlarda bu sorunun esas sebebi tespit edildiğinde bu sebep ana tanı olarak kodlanmalı; söz konusu sorun ise kodlanmamalıdır.

Dokümanda birden fazla aynı öneme sahip ana tanı kriterine uyan tanı bulunduğunda öncelikle hayati önem açısından daha önemli olan durum ana tanı, bunun da net olarak ayrılmadığı durumlarda hekimin verdiği ilk tanı ana tanı olarak kodlanmalıdır.

Bir kişi sağlık sorunu yaşıyor, yatış sırasında bu sorunun esas sebebi biliniyor ve yalnızca söz konusu soruna yönelik tedavi yapılıyorsa sorun (semptom), ana tanı olarak kodlanmalıdır. Esas sebep ise ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Bir yatış için ana tanı belli olduktan sonra ana tanıyı ortaya çıkaran semptomlar ek kod olarak kullanılmamalıdır.

Hasta belirli bir tedavi planının uygulanması için yatırılır ancak tedavi uygulaması sırasında beklenmedik bir sebeple tedavi gerçekleştirilemez ise ana tanı olarak hastaneye yatış sebebi atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 2.4 Ek tanı standartlarını klinik kodlamacı bilmelidir:

**2.4.1** Ek tanı kriterlerini yerine getirmese bile kodlanması gereken durumları klinik kodlamacı bilmelidir.

**2.4.2** Ek tanıların sıralanmasının nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**2.4.3** Ek tanı kodlanmasında gereksiz kodlamalar yapılmaması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

**Ek Tanı:** Ana tanı ile birlikte seyreden, hastanın hastanede yattığı sürede ortaya çıkan veya hastaneye yattığı sırada var olan bir durum, şikâyet olarak tanımlanır. Ek tanı, ana tanının nedenini ve klinik durumu daha iyi ifade etmek için kullanılır.

Ek tanıların vakaların TİG'lere atanmasını etkileyen faktörlerden biridir. Ek tanıların, ek terapötik tedavi ve tanısal işlemler gerektirdiğinden, artan hasta bakımı ve maliyetine neden olup hastanede yatış süresini uzatacağından mutlaka kodlanması gerekir. Ek tanıların ana tanının nedenini belirtmek, klinik durumu daha iyi ifade etmek için kullanılır.

Ancak bu sayılan durumların dışında kalan hastalıklara ilişkin semptom ve diğer gereksiz kodlamalardan kaçınılması gerekmektedir.

Ek tanıların sıralanmasına ilişkin herhangi bir standart bulunmamaktadır. Ancak ciddiyet ve komplikasyon derecesi daha yüksek olan ek tanıların, özellikle mevcut kod alanı sayısı sınırlı ise öncelik durumuna göre kodlama yapılmalıdır.

Klinik kodlamacı aşağıda belirtilen durumları mutlaka kodlamalıdır.

- 0046 Günlük endoskopi için teşhis seçimi
- 0102 HIV/AIDS
- 0104 Viral hepatit
- 0401 Diyabetes mellitus ve bozulmuş glukoz regülasyonu
- 0503 Uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımına bağlı bozukluklar
- 0625 Kuadripleji ve parapleji, travmatik olmayan
- 0936 Kalp pilleri
- 1517 Doğumun sonucu
- 1518 Hamilelik süresi
- 1521 Gebeliği komplike eden durumlar
- 1548 Postpartum durumu veya komplikasyonu
- 1549 Streptokokal grup B enfeksiyonu/ gebelikte taşıyıcı
- 2111 Spesifik bozukluk taraması
- 2112 Kişisel öykü
- 2113 Spesifik bozukluklar için takip muayeneleri

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

## 2.5 Klinik kodlamacı çoklu kodlama standartlarını bilmelidir:

2.5.1 Hançer ve yıldızlı durumlarda kodların nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

2.5.2 Neoplaziler için yer ve morfoloji kodunun kullanımını klinik kodlamacı bilmelidir.

2.5.3 Enfeksiyonlar için; enfeksiyon organizma var ise organizma direncinin nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### 2.5.4 Yaralanmanın niteliği, zehirlenme ve yan etkinin sebebinin nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### 2.5.5 Girişim komplikasyonlarının nasıl kodlanacağını klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

† **Hançer simgesi:** Bir hastalığın etiyojisini veya altında yatan sebebinin açıklayan kodu belirtir, daima uygun belirti (bulgu) kodu ile birlikte kodlanmalıdır.

\* **Yıldız simgesi:** bir hastalığın belirtisini (bulgusunu) açıklayan kodu ifade eder ve daima uygun etiyojisi kodu ile birlikte atanmalıdır.

#### **Yıldız simgeli kodlar asla ana tanı kodu olarak atanmamalıdır.**

Neoplazilerde neoplazinin yerini ve morfolojisini ifade eden iki kod atanmalıdır. Bunların bilinmediği durumlarda ise bilinmeyene ilişkin kodları kullanılmalıdır. Hem primeri hem de metastazi bulunan neoplazilere ilişkin durumlarda ise her ikisi içinde yer ve morfoloji kodları ayrı ayrı kodlanacaktır.

Enfeksiyonlara ilişkin durumlarda klinik verilerin yer aldığı dosyada enfeksiyon oluşturan ajana ilişkin bilgi aranmalıdır. Hekim tarafından dokümanda ajana ilişkin bilgiye yer verilmesi durumunda mutlaka kod olarak ifade edilmelidir. Yine enfeksiyon durumunda direnç durumu söz konusu ise böyle bir durumda; enfeksiyon tipi, ajan ve direnç için üç kod kullanılması gerekmektedir.

Yaralanma, zehirlenme ve yan etkilerin olduğu durumlarda da yaralanmaya neden olan durum, yaralanma sonucu meydana gelen sağlık problemi gibi zehirlenme ve yan etkiler için de sebep olan madde, sonuçta ortaya çıkan durum vs. dış neden kodları ile birlikte çoklu kodlama yapılması gerekmektedir.

Komplikasyonlarla ilgili olarak, hangi ameliyat sırasında meydana geldiği, sebep olunan sağlık sorunu veya sorunları, nasıl meydana geldiği gibi durumlara yönelik tanımlayıcı birden fazla kod kullanılması gerekmektedir.

#### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 2.6 Hastalığın akut ve kronik durumlarının nasıl atanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

#### 2.6.1 Hastanın daha önce mevcut olan kronik hastalıklarının yatışı içerisinde nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Akut ve kronik durum aynı anda aynı hastalık için tanımlanıyorsa her iki durum da ayrı ayrı kodlanır. Kodlama sırasında akut duruma ilişkin kod önce atanmalıdır.

Bu kriterlerin kullanılmadığı durumlar;

- ICD 10-AM'de aksine bir talimat varlığı
- ICD 10-AM yalnızca bir kodun kullanılmasının gerekliliği
- Cerrahi girişimi içeren akut tonsillit

Bu durumlarda hem akut hem de kronik duruma ilişkin kod kullanılmamalıdır.

Hastanın yatışı içerisinde müdahale edilmeyen, daha önceden varlığı bilinen kronik hastalıkların varlığı, bunlara yönelik devam eden ilaç tedavisi gibi durumlarda ek tanı kodlaması yapılmayacaktır. Ancak yatışı içerisinde hastanın kronik olan bu hastalığına yönelik ilaç düzen-

lenmesi yapılır, ilk defa tedaviye başlanır ya da hastanede kalış süresi veya tedavi yöntemlerine etki ederse kronik hastalığa ilişkin ek tanı kodu kullanılır.

**Unutulmamalıdır ki ek tanı kriterlerini yerine getirmese bile kodlanması gereken özellikli durumlar bu kuralın dışındadır.**

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**2.7** **Z03.0–Z03.9 dizisi, şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme, kapsamındaki kodların nasıl atanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

Hastanın durumunu değerlendirmek amacıyla yapılan yatışlarda, sağlık sorunu ile sonuçlanan kaza ya da bir başka olaydan sonra, şüpheli durum için destekleyici herhangi bir bulgu olmaması veya hali hazırda herhangi bir tedaviye gerek duyulmaması halinde;

Z03 kategorisindeki kodlar ana tanı olarak atanmalıdır.

Şüpheli durumla ilgili semptomlar belirtilirse, Z03.- kodu değil semptom kodları atanmalıdır

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**2.8** **Sendromların kodlanmasında sıralamaya ilişkin yönlendirici ilkeleri klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

**Sendromların kodlanmasında dikkat edilecek hususlar:**

1. ICD 10-AM'de net olarak ifade edilmemiş sendrom durumları için hekimden söz konusu durumun daha net olarak açıklaması istenmelidir.
2. Sendromun ayrıntıları ortaya çıktığında, ana tanı kuralı uygulanmalıdır.
3. Sendromun birden çok bulgusu varsa ve ana tanı olarak kodlanması gereken durum net olarak ifade edilmemişse, en ciddi durum ana tanı olarak kodlanmalıdır.
4. Birden fazla bulgu varlığında hayati önem sırası ayırt edilemiyorsa, öncelikli olarak kromozomal/genetik durumu ana tanı olarak kodlanmalıdır.
5. Sendrom konjenital bir sendrom ise, halihazırda kodlanmış olan tanımlanmış bulgulara bir ek tanı kodu olarak **Q87.- Birden fazla sistemi etkileyen diğer tanımlanmış konjenital malformasyon sendromları** atanmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**2.9** **Klinik kodlamacı sekellerin nasıl kodlanacağını bilmelidir.**

**2.9.1** **Hastalığın sekelinin kodlanması ile ilgili durumları klinik kodlamacı bilmelidir.**

**2.9.2** **Sekelin rezidüel durumunun veya niteliğinin nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

Bir hastalıkta sekel durumundan bahsediliyorsa artık o hastalığa ilişkin akut durum söz konusu değildir. Bu nedenle söz konusu yatışta hastalığın akut durumuna ilişkin kodlama yapılmaz, rezidüel (kalan) durum kodlanır.

Bir durumu/hastalığı sekel olarak değerlendirmek için mevcut durumun, hastalığın bir sonucu olduğundan ve geçirilmiş hastalık için o anda akut bir tedavi yapılmadığından emin olmak önemlidir.

Sekel tıbbi kayıtlarda hekim tarafından sekel olarak belirtilmeyebilir. Kodlayıcı sekelin koşul-

larını bilmek ve uygulamak zorundadır (sekeli, ...geç etkisi, eski, önceki hastalığa bağlı, ... hastalığını takiben, rezidüel...gibi.).

Sekelle ilişkin kodlamalarda iki kod gerekmektedir:

- *Sekelin rezidüel durumu*
- *Sekelin nedeni*

Sekelin rezidüel durumu veya niteliği ilk sırada verilir; sekelin nedeni bunu takip eder.

Yaralanmalara ilişkin sekel durumlarında ise:

- *Sekelin rezidüel durumu*
- *Sekelin nedeni*
- *Dış neden kodu*
- *Olay yeri kodu* olmak üzere toplam 4 kod kullanılması gerekmektedir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 2.10 Gerçekleştirilmeyen cerrahi işlemin kodlamasının nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**2.10.1** Bir hasta cerrahi girişim için hastaneye yatırılır, bazı nedenlerden dolayı bu cerrahi girişim gerçekleştirilmez ve hasta taburcu edilirse, bu duruma ilişkin kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

- a) Cerrahi girişim bir idari sorun nedeniyle gerçekleştirilmemişse, Z53.8 Diğer nedenlerden dolayı yapılmamış uygulama.
- b) Cerrahi girişim, yatış içerisinde operasyondan önce ortaya çıkan bir durum veya komplikasyon nedeniyle gerçekleştirilmemişse, Z53.0 Kontrendike olduğundan dolayı yapılmamış uygulama tanı kodları atanmalıdır.

Kodlama yapılırken cerrahi özellikteki yapılmamış uygulama olmasına dikkat etmek gerekmektedir. Cerrahi olmayan, medikal tedavinin reddi gibi durumlarda bu kodlamanın yapılmayacağı akılda bulundurulmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 2.11 Tanı konulmadan hasta taburcu edilir ise klinik kodlamacı nasıl kodlama yapılması gerektiğini bilmelidir:

**2.11.1** Hastanın başka hastaneye sevkini, nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Hasta taburcu edilirse;

Taburcu edilme sırasında kaydedilen bir tanı olası, şüpheli veya kesin tanı hakkındaki belirsizliği gösteren herhangi bir başka ifade ile nitelendirilirse şu işlemler yapılmalıdır:

- a) Kesin bir tanının konulup konulamayacağına karar vermek için vakayı hekime danışın,
- b) Hekim kesin tanının belirsiz olduğunu doğrularsa semptom (semptomlar) kodlanmalıdır.
- c) Sonuçlar kesin değilse ancak tedavi başlatılmışsa, tedavi başlatılan şüpheli durum kodlanmalıdır.
- d) Sonuçlar olası bir tanıyı göstermiş ancak belirli bir tedavi başlatılmamışsa, şüpheli durum kodlanmalıdır.

Hastaya ana tanı belirlenmeden sevk işlemi gerçekleşirse vakayı kodlamak için yalnızca sevk anında mevcut olan bilgileri kullanarak şüpheli durum kodu atanmalıdır. Böyle durumda şüpheli durum nedeniyle sevk edildiğini belirtmek için: **Z75.3 Sağlık hizmetlerine ulaşamama veya bunların olmaması** kodu atmalıdır. Taburcu durumu söz konusu bilgileri sağladığından, bu kod bütün sevkler için kullanılmamalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 2.12- Diğer/ Tanımlanmamış kodlarının, çift taraflı durumların ve kombinasyon kodlarının nasıl kodlanacağını klinik kodlamacı bilmelidir.

**2.12.1- Kodlama sırasında "diğer" ve "tanımlanmamış" kodların neler olduğu ve neyi ifade ettiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**2.12.2- Çift kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**2.12.3- Kombinasyon kodlarını klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

"Diğer" ve "tanımlanmamış" kodları normalde bu kodlar için özellikle dizine alınan durumlar için kullanılmalıdır.

*Dördüncü karakter düzeyinde hiyerarşi şöyle olmaktadır:*

**0-7 spesifik durumlar** (yaralanma bölümünde, 7 genellikle "multipl" yaralanmalar için kullanılır)

**8 başka yerde sınıflanmamış spesifik durumlar** (veya "diğer" kategorisi)

Kodlama gerçekleştirilirken bir tanının alt kırılımlarına bakıldığında o tanıya ilişkin spesifik olarak tanımlanmış olan alt kırılımlar, elimizde bulunan dosyadaki tanıya uygunsuz kodlamada alt kırılımda yer alan kod kullanılır. Ancak elimizde spesifik bir tanı bulunmasına rağmen alt kırılımlarda bunu ifade eden kod karşılığı bulunmadığı durumlarda tanı kodunun dördüncü karakteri olarak **.8 diğer tanımlanmış** durum kodu atanır.

**.9 tanımlanmamış** durum kodu ise o durum hakkında daha fazla detaya ulaşamıyorsa ya da tesis bazında bu durumu daha detaylı inceleme ve araştırma durumu söz konusu olmadığında kullanılması gereken kod kırılımıdır.

*Beşinci karakter düzeyinde hiyerarşi şöyle olmaktadır:*

0 tanımlanmamış durum

1-8 spesifik durumlar

9 diğer durumlar

Doğru kodlamayı bulmak için dizin kullanılmalı, listede aranmamalıdır.

Çift taraflı tanı veya birden fazla yapılan aynı işlemlerin kodlaması için;

Tanıya yönelik yalnızca tek kod kullanılırken, işlemlerde istisnalar haricinde aynı işlem yapıldığı kadar kodlanmalıdır.

Kombinasyon kodunu yalnızca bu kod ilgili tanısal durumları tam olarak tanımlıyorsa ve dizinde isteniyorsa atanmalıdır (safra kesesi taşı akut kolesistit ile birlikte obstrüksiyonu).

Sınıflandırma tanıya yazılmış olan unsurların tamamını açık bir şekilde tanımlayan bir kombinasyon kodu sağlıyorsa, çoklu kodlama (ACS 0027) kullanılmamalıdır.

## STANDART 3- GENEL İŞLEM STANDARTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**3.1 İşlem kodlamalarına ilişkin genel yönlendirici ilkeleri klinik kodlamacı bilmelidir.**

**3.1.1 İşlem kodlamalarında kodlanacak özelliklerin neler olduğunu klinik kodlamacı bilmelidir.**

**3.1.2 İşlem kodlamalarında hangi sırayı takip etmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

### AÇIKLAMA

Özel tesis, ekipman, uzmanlık eğitimi gerektiren durumlar, cerrahi girişimler, riskli girişimler ve anestezi riski taşıyan işlemler kodlanmalıdır.

Yatış zamanından taburcu edilme zamanına kadar geçen sürede yapılan bütün özellikli işlemler kodlanmalıdır. Bunlara tanılmal ve terapötik işlemler dâhildir.

Aşağıdaki özelliklerden en az birini taşıyan bir işlemin kodlanması gerekmektedir:

- Cerrahi girişim niteliği taşıyan
- Bir işlem riski taşıyan
- Anestezik bir risk taşıyan
- Özel tesis veya ekipman veya uzmanlık eğitimi gerektiren

Cerrahi nitelikteki işlemler her zaman kodlanmalı ve kod dizininde ilk sırada verilmelidir. Ancak unutulmamalıdır ki ek tanıların ve işlemlerin kodlamasında mutlak uyulması gereken bir sıralama bulunmazken, sayı olarak kodlanabilecek sayının (30 kod) üzerine çıkacak durumlar da en önemli durum ve işlemlerin kodlanmasına öncelik verilmesi gerekmektedir.

Kurumumuz bünyesinde hazırladığımız Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzunda kodlanacak, kodlanmayacak ve gününbirlik olarak kodlanacak tüm işlem kodları gruplara ayrılmıştır. İşlemlere ilişkin kodlamalar gerçekleştirilirken mutlaka bu kılavuzdan yararlanılması gerekmektedir.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**3.2 Genel işlem kurallarını klinik kodlamacı bilmelidir:**

**3.2.1 Birden fazla/çift taraflı girişimlerin aşamalarını ve kodlanma sürecini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**3.2.2 Laparoskopik/artroskopik/endoskopik cerrahi işlemlerde kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**3.2.3 Tamamlanmamış veya kesintiye uğramış işlemlerin varlığında kodlamanın nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir.**



### 3.2.4 Sözleşmeli işlemlerin kodlamasını klinik kodlamacı bilmelidir.

### 3.2.5 Lezyonların büyüklüğü, zamanı ve sayısına göre ayırt edilen işlemlerin nasıl kodlanacağını klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

İşlem kodlamasında, mümkünse kullanılan kaynaklar gösterilmeli ve istisnalar haricinde birden fazla veya çift taraflı işlemler, tedavi süresince gerçekleştirilme sayıları kadar kodlanmalıdır.

Genellikle, işlemler iki veya daha fazla bölge ile ilgiliyse veya anestezi ile yapılıyorsa, söz konusu işlem gerçekleştirilme sayısı kadar kodlanmalıdır.

İstisnalar:

- a) Uzmanlık alanı standardının bulunduğu durumlar:
  - **0032 Birleşik Sağlık Müdahaleleri** (aynı tipte yapılan müdahaleler)
  - **0031 Anestezi** (aynı tipteki anestezi)
  - **0044 Kemoterapi** (aynı yoldan)
  - **0302 Kan nakilleri** (aynı türde yapılan nakillerde)
  - **1911 Yanıklar**
  - **Hemodiyalizler**
  - **BT Taramaları** (aynı bölge için yapılan taramalar)
- b) Doğal olarak çift taraflı olan, ICD 10-AM'de, kod başlığı, veya kapsama alma terimlerinde birden fazla, çift taraflı yönünü gösteren bir kodla belirtilen işlemler her operasyon süresince yalnızca bir kod olarak kodlanmalıdır.
- c) ICD 10-AM 5. Cilt standartlarına göre yukarıda da belirtildiği gibi her ne kadar bazı işlemler kaç kez yapılırsa yapılsın bir kez kodlanmalıdır deniliyorsa da; Ülkemizde yapılacak olan maliyet çalışmalarında daha doğru sonuçların elde edilebilmesi, verilen sağlık hizmetinin ve tedavi işlemlerindeki özelliklerinin daha net görülebilmesi gerekmektedir. Bu nedenle Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzunun 5. bölümde yer alan "**Uygulandığı Sayının Belirtilmesi Gereken İşlemler Listesi**"nde yer alan işlemler için veri giriş ekranında alan açılıp buraya gerçekleşme sayısı belirtilecektir. Kodlama yapılırken bu hususta dikkatli olunması gerekmektedir.

Laparoskopik, artroskopik veya endoskopik olarak gerçekleştirilen işlemlerde; söz konusu işlemin laparoskopik, artroskopik ya da endoskopik olarak yapıldığına dair tek kod varsa işlem tek kod ile ifade edilir. Ancak bu tedavi yaklaşımları için hiçbir spesifik kod bulunmuyorsa; böyle durumlarda önce spesifik işlem için bir kod sonra da o işlemin nasıl gerçekleştiğini göstermek için endoskopik, laparoskopik gibi yöntemleri gösteren ikinci bir kod atanmalıdır.

#### **Tamamlanmamış ve kesintiye uğramış işlem:**

Bir işleme başlanmış fakat daha sonra kesintiye uğramış ya da tamamlanmamışsa, işlemin gerçekleştirilmiş olanını kodlayın:

Eğer yalnızca kesi yapılmışsa, o yerin kesisine ilişkin bir kod kullanılırken,

Cerrah bir vücut kavitesine veya boşluğuna girmişse, o yerin eksplorasyonuna (araştırma) ilişkin bir kod kullanılacaktır.

Sözleşmeli işlemlerde hizmet alımı yapan sağlık tesisi ilgili işlemi kodlar, hizmeti veren (sözleşme karşılığı hizmetin ücretini alan sağlık tesisi) bu hastaya ilişkin herhangi bir kodlama yapmaz.

Tıbbi/kayıt taburcu özetinde dokümantasyon bulunmuyorsa en küçük boyut, en az süre ve en az sayıda lezyon için kod atanmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

#### 3.3 ▶ Panendoskopi-endoskopilerin kodlanmasında, kodlamanın nasıl yapılacağı, klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Panendoskopi terimi gastroskopi, duodenoskopi ve özofagogastroduodenoskopi gibi sindirim yolu endoskopileri ile solunum yolu ve üriner sistem endoskopilerini belirtmek için kullanılabilir, klinik kodlamacı gastrointestinal olmayan endoskopilerin kodlamasını görüntülen en uzak bölgeye göre yapması gerektiğini bilmelidir. Üst gastrointestinal sistem veya alt gastrointestinal sistemde bir ileum endoskopisi (ileal biyopsi dahil olmak üzere) gerçekleştirilebilir. "İleoskopi" altında verilen dizin girişleri kullanılmalıdır.

Özafagus, mide, duodenum ve ileumun panendoskopisi: **30473-05 İleuma panendoskopi**  
İleumun görüntülenmesi ile birlikte alt GİS panendoskopisi: **32090-00 Çekuma fiberoptik kolonoskopi**

Farenks, larenks ve bronşun panendoskopisi: **41898-00 Bronkoskopi**

Mesanenin panendoskopisi: **36812-00 Sistoskopi**

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

#### 3.4 ▶ Para-aortik lenf düğümü biyopsisi kodlanırken nelere dikkat edeceğine klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Bu işlem kodlanırken kapsamlı veya daha az kapsamlı bir işlemi tanımlayabileceğinden mutlaka ameliyat notu kontrol edilerek kodlanmalıdır.

Konuyla ilgili detaylı bilgi için ICD 10-AM Avustralya Kodlama Standartları Cilt 5 – 0028 numaralı standart incelenmelidir.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

#### 3.5 ▶ Organ temini ve transplantasyonlarına ilişkin kodlamayı klinik kodlamacı bilmelidir:

##### 3.5.1 ▶ Canlı donör kodlama standartlarını klinik kodlamacı bilmelidir.

##### 3.5.2 ▶ Organ temini ve transplantasyon için ilk epizottan sonraki ve hastanın beyin ölümü sonrasındaki temin epizoduyla ilgili kodlama standartlarını klinik kodlamacı bilmelidir.

##### 3.5.3 ▶ Acilde tekrar yaşama döndürülen ve daha sonra beyin ölümü olması durumunda olası organ bağıışı için solunum desteğine alınan hastaların kodlama standartlarını, klinik kodlamacı bilmelidir.

### 3.5.4 Organ reddinin nasıl kodlanacağını klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

- Organ ve doku bağıışı için hastaneye yatırılan hastalar için; **Z52.- Organ ve doku donörleri**, kategorisinden bir kod ana tanı olarak atanmalıdır.  
Bu hastalar için uygun işlem kodu (kodları) da atanmalıdır. Transplantasyon için işlem kodları; yaşayan donör alanından seçilmelidir.
- Organ transplante edilen hastalar içinse uygun transplantasyon işlem kodu ile birlikte ana tanı olarak yatış sebebi atanmalıdır. Hastalıklı organın çıkarılması işleminin kodlanmasına gerek yoktur.  
Temin ve transplantasyon tanı ve işlemleri için; organ/doku temin ve transplantasyon tablosu (ACS 0030) kullanılmalıdır.

**Organ bağıışı kriterleri:** 1) Beyin ölümü, 2) Rıza, 3) Klinik yeterlilik.

#### *Hastanın ölümüyle sonuçlanan ilk epizotta;*

- Yatışın sebebi olan durum ana tanı,
- **Z00.5 Potansiyel organ veya doku vericisinin muayenesi'**ni ise temin etme niyetini göstermek için ek tanı olarak kodlamak gerekir.
- Z00.5 kodu daha sonra organlar temin edilmese de kullanılmalıdır.
- Bu epizotta temine ilişkin işlem kodu kullanılmaz.

#### *İlk epizottan sonraki transplantasyon için;*

- **Z52.- Organ ve doku donörleri'**nden uygun kod ana tanı olarak atanmalıdır.
- Organ teminiyle ilgili işlem kodu (kodları) atanmalıdır.
- İlk epizotta kodlandıkları için ilk epizoda ait tanılar veya ölüm nedeni bu periyotta kodlanmaz.
- Yalnızca donör olarak giden hastalar kodlanmalıdır.
- Bu periyotta Z00.5 kodunun atanmaması gerekir.

Birden fazla organ olması durumunda da her organ için ayrı Z52.- kodu kullanılmalıdır.

Anestezi işlem kodu kullanılmalıdır (ASA 6 olmalıdır).

Organ bağıışı kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığına bağlı olarak, organ teminine ilişkin işlem kodu ile birlikte veya bu kod olmaksızın bir Z52.- kodu, ana tanı olarak atanmalıdır.

Acilde başarılı resusitasyon yapıp geri döndürülen, beyin ölümü gerçekleşen ve bağıışı yapılabilmesi için; yalnızca solunum desteği alan hastalar tek bir dosya olarak kodlanır; ana tanı olarak; donör olduğunu gösteren Z52.- kodları kullanılır ve temin epizodu şeklinde kodlama yapılmalıdır.

Organ transplante edilen hastalar organ rejeksiyonu (reddi) komplikasyonu ile başvurabilirler. Böyle bir başvuruda komplikasyonu gösteren kod ile birlikte organ çıkarma işlemi de kodlanır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****3.6 Anestezi işlemleri kodlanırken nelere dikkat edileceğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**3.6.1** İşlem sonrası analjezinin hangi işlemleri kapsadığını ve nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

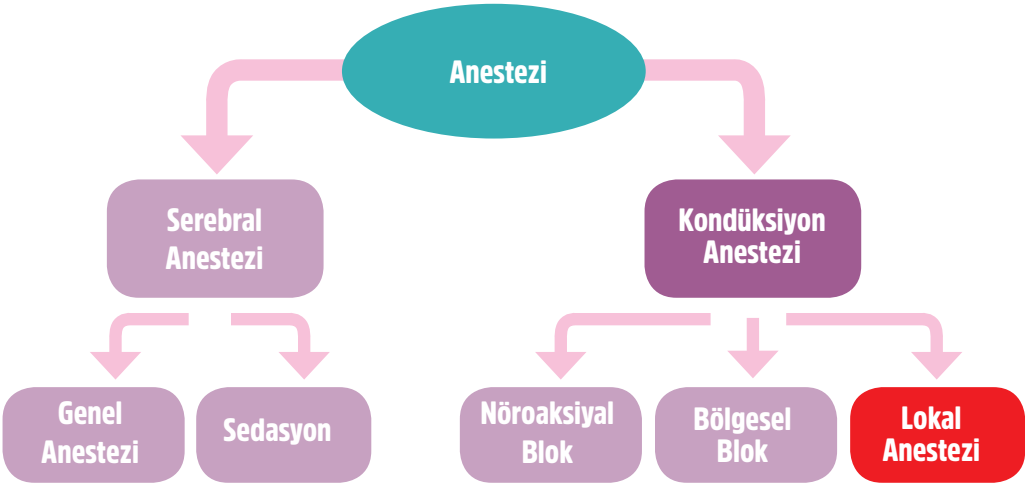
**3.6.2** Aynı yatış içerisinde birden fazla anestezi türü uygulanan hastalarda kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**3.6.3** Doğum eylemiyle ilişkili anestezi türlerinin kodlanmasındaki özellikli durumları klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Genel olarak anesteziler iki ana bölüme ayrılır: Serebral anestezi ve kondüksiyon anestezisi. Bütün genel anestezi türlerinin kodlanması gerekmektedir.

Bunun yanında anestezi yapılan hastanın Amerika Anestezistler Birliği (ASA) fiziki durum sınıflandırmasının yapılması gerekmektedir.



Ör: 92515-XY

**X** → Anestezi kodundan sonra gelen ilk rakam ASA puanını ifade etmektedir.

**Y** → Anestezi kodundan sonra gelen ikinci rakam ise gerçekleştirilen anestezinin acil olarak yapılıp yapılmadığını göstermektedir.

Eğer anestezi acil olarak yapılmışsa 0; acil olarak yapılmamış ya da belirtilmemişse ikinci rakam olarak 9 gelecektir.

Yapılan anestezi türünün acil olarak yapılıp yapılmadığı hekim tarafından mutlaka belirtilmelidir.

**Oral sedasyon ve lokal anestezi kodlanmayan anestezi türleridir.**

Kondüksiyon anestezisi; nöroaksiyal blok, bölgesel blok ve lokal anestezi infiltrasyonunu kapsar.

Nörsaksiyal blok, epidural, spinal veya kaudal için atanacak olup hem enjeksiyon hem infüzyonu içerir.

Bölgesel bloklara ilişkin kodlar, veriliş yerinden ziyade anestezi yerinin genel anatomik bölgesine göre gruplanır.

İşlem sonrası analjezi sürekli infüzyon ile devam eden işlem sonrası analjezi sağlayan ve operasyon yerinde başlatılan işlemleri kapsar.

Ameliyathane, endoskopi odası, acil servis, katater laboratuvarı gibi işlemin hastanede yapıldığı yeri dikkate almaksızın bir kod atanmalıdır.

Birden fazla anestezi ilacı uygulanan hastalarda kodlama şu şekilde olmalıdır;

- Serebral anestezi bloğundaki genel anestezi ve sedasyon işlemi aynı yatış içerisinde aynı ameliyathane ziyaretinde uygulanmışsa yalnızca daha kapsamlı olan türe göre tek kod kullanılır.

### [1910] Serebral anestezi

- Genel anestezi (92514-XX)
  - Sedasyon (92515-XX)
- Kondüksiyon anestezi bloğundaki nörsaksiyal blok, bölgesel blok ve İV bölgesel anestezi kodları aynı yatış içerisinde aynı ameliyathane ziyaretinde uygulanmışsa yalnızca daha kapsamlı olan türe göre tek kod kullanılır.

### [1909] Kondüksiyon anestezisi

- Nörsaksiyal blok (92508-XX),
  - Bölgesel blok (kodlar 92509-XX, 92510-XX, 92511-XX, 92512-XX)
  - İntravenöz bölgesel anestezi (92519-XX)
- Hastanın tüm yatış dönemi içerisinde aynı anestezi ilacı farklı ameliyat zamanları için birden fazla uygulanmışsa (örneğin, iki genel anestezi), anestezi için kod gerçekleştirilme sayısı kadar kodlanmalıdır.
  - Aynı yatış içerisinde aynı ameliyat sırasında hem serebral anestezi türü hem de kondüksiyon anestezisi türü uygulanırsa her iki anestezi türü de kodlanmalıdır.
  - Doğum sancılarının başladığı andan itibaren doğum eyleminin gerçekleşmesi çocuğun ve eklerinin alınmasına kadar geçen tüm doğum aşamalarında anesteziler kullanılabilir. Hangi aşamada anestezi uygulandığı kodlamada farklılık oluşturacağı için dokümanın dikkatli bir şekilde doldurulması ve buna göre kodlanması gerekmektedir.
    - Doğum eylemi sırasında uygulanan nörsaksiyal bloklar için, **[1333] Doğum eylemi ve doğum işlemi sırasında analjezi ve anestezi** bloğundan bir kod atanmalıdır.
    - Doğum eylemi sırasında ağrıyı azaltmak amacıyla gerek enjeksiyon gerekse infüzyon yoluyla bir kaudal, epidural ve/veya spinal blok uygulanmışsa 92506-XX **[1333] Doğum eylemi sırasında nörsaksiyal** blok atanmalıdır.
    - Doğumun bir sezaryen kesisi ile sonuçlandırılacak olması ve bu işlem için nörsaksiyal blok uygulamasına devam edilmesi halinde 92507-XX **[1333] Doğum eylemi ve doğum işlemi sırasında nörsaksiyal** blok atanmalıdır. Bu kod, bir vajinal doğum sonrasında, retansiyone plasentanın çıkarılması ve/veya obstetrik travmanın onarı-

mı gibi postpartum işlemlerde aynı nöraksiyel bloğun uygulanmaya devam etmesi durumunda da atanabilir.

- Bir nöraksiyel bloğun yalnızca sezaryen kesisi veya doğum işlemine yönelik anestezi için uygulandığı durumlarda 92508-XX **[1909] Nöraksiyel blok** kodları atanmalıdır.
- **[1912] İşlem sonrası analjezi** bloğundaki nöraksiyel blok ile bölgesel bloğa ilişkin kodlar yalnızca doğum servisi ve/veya operasyon yerinde ağrının azaltılması/anestezi amacıyla daha önce uygulanmış olan blokların idaresi için atanmalıdır. Bu kodlar esas olarak nöraksiyel/bölgesel bloğu kapsamaz, operasyon yerinden ayrıldıktan sonra infüzyon işleminin başlatılması halinde bu blok kapsamındaki kodlar atanmaz.
- Bu tür durumlarda, ICD 10-AM Avustralya Kodlama Standartları **1807 Ağrı tanıları ve ağrı yönetim işlemleri** bölümüne göre kodlama yapılır.
- İşlem sonrası dönemde birden fazla infüzyon tipi uygulanmışsa yalnızca işlem sonrası analjezi bloğundan bir kod atanmalıdır.

#### **[1912] İşlem sonrası analjezi:**

- ✓ Nöraksiyel blok idaresi (92516-00)
- ✓ Bölgesel blok idaresi (kodlar 92517-00, 92517-01, 92517-02, 92517-03)
- ✓ Subkutan işlem sonrası analjezik infüzyonu (90030-00)
- ✓ İntravenöz işlem sonrası infüzyon, hasta kontrollü analjezi (PCA) (92518-00)
- ✓ İntravenöz işlem sonrası analjezik infüzyonu (92518-01)

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### **3.7 Birleşik sağlık müdahalelerinin neleri kapsadığı ve nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

#### **ACS 0032 nolu standart:**

- *Kural olarak, birleşik sağlık müdahalesi (müdahaleleri) için yalnızca genel kodu (kodları) (1916 bloğu) atamak gerekir. Ancak, birleşik sağlık müdahaleleri hakkında yerel düzeyde daha fazla bilginin toplanmasına ihtiyaç varsa, genel kategori kodu ve/veya spesifik kodun (kodların) atanmasına izin verilebilmektedir.*
- *Bir meslek grubunu gösteren genel kod, ilgili çalışanca gerçekleştirilen spesifik müdahale sayısına bakılmaksızın bir bakım epizodunda yalnızca bir kez atanmalıdır.*
- *Spesifik kodlar atanırken bir bakım epizodunda aynı müdahale birden fazla gerçekleştirilirse, yalnızca bir kez uygun kod atanmalıdır.*

İfadeleri yer almaktadır.

**Ülkemizde, ICD 10-AM Avustralya Kodlama Standartlarına göre farklı yorumlama yaptığımız standartlardan birisi de bu standarttır.**

#### **Ülkemizdeki uygulama**

Bileşik sağlık müdahalelerine ilişkin kodların kullanımı sırasında işlemlerin yanında bu işlemin kaç kez yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir.

Ayrıca birleşik sağlık müdahalelerinde gerçekleştirilen işlemler genel olmayıp, spesifik kodlarla ifade edilebiliyorsa mümkün olduğunca spesifik kodlar kullanılmalıdır. Spesifik işleme ilişkin kodun bulunmadığı durumlarda genel kodların kullanılması uygun olacaktır.

Bu yeni uygulamanın amacı; maliyet çalışmalarında gerçek verilerin elde edilebilmesi, performans ve verimlilik değerlendirmelerinin daha etkin yapılabilmesidir.

Kurumumuza bağlı faaliyet gösteren sağlık tesislerinde görev yapan klinik kodlamacıların kodlamalarında bu standartla ilgili uygulamaları belirttiğimiz şekilde yapmaları gerekmektedir.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

#### 3.8 Operasyon yerinin tekrar açılması durumunda kodlamada dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.

##### AÇIKLAMA

Operasyon yerinin tekrar açılmasına ilişkin kodlar, hemoraji gibi postoperatif komplikasyonların tedavisine yönelik olarak kodlanmalıdır.

Bu kodlar, tekrar veya ilgisiz bir durumun tedavisi amacıyla operasyon yerinin daha sonra tekrar açılması işlemi için kullanılmamalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

#### 3.9 Flep ve serbest fleplerin kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir:

**3.9.1** Serbest fleplerde alıcı bölgeye damar ve/veya sinirlerin mikrocerrahi anastomozuna ilişkin ek kod atanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**3.9.2** Flebin alındığı donör bölgedeki deri defektinin suturu kodlanmamalı, kas suturu kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**3.9.3** Donör bölgeye greft yapıldı ise flep işlemlerine ek olarak kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir..

##### AÇIKLAMA

#### Serbest flepler

**45562-00 İnerve olmayan serbest flep** (Kan damarı mikrocerrahi onarımı ek kod atanmalıdır)

**45562-01 İnerve serbest flep** (İnerve serbest flebinin, inerve olmayan serbest flepten farkı sinirleri de içermesidir. Bu nedenle sinir onarımı ve mikrocerrahi onarımı da ek olarak atanmalıdır.)

Flebin alındığı donör bölgedeki deri defektinin suturu, bir flep bileşeni olup ayrıca kodlanmaz, kas dokusu suturu ise kodlanmalıdır.

Donör bölgedeki defektin grefti bir flep bileşeni değildir; bu nedenle bu işlem flep kodlarına ek olarak kodlanmalıdır.

Kan damarı mikrocerrahi anastomozu bloğundaki kodlar, doku nakli, bir ekstremitte veya parmağın tekrar implantasyonu dışında; damarların mikrocerrahi onarımını (arter onarımı) içermez.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****3.10 İlaç dağıtım aygıtının kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir:**

**3.10.1** İmplant edilebilir infüzyon aygıtların kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.

**3.10.2** İmplant edilebilir infüzyon pompalarının kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.

**3.10.3** İlaç dağıtım aygıtının yüklenmesinin kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.

**3.10.4** İlaç dağıtım aygıtlarının bakımının kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Santral, intra-abdominal veya spinal ilaç infüzyonu için kateterizasyon; damar yolu harici ise kodlanır:

39125-00 [39] Spinal kateter yerleştirilmesi veya replasmanı

34521-01 [694] İntra-abdominal arter kateterizasyonu/kanülasyonu

34524-00 [694] Diğer arter kateterizasyon kanülasyonu

13300-01 [738] Yenidoğanda saçlı deri ven kateterizasyon/kanülasyonu

13300-02 [738] Yenidoğanda umbilikal ven kateterizasyon/kanülasyonu

13319-00 [738] Yenidoğanda santral ven kateterizasyonu

13300-00 [738] Yenidoğanda diğer venin kateterizasyon/kanülasyonu

13815-01 [738] Perkütan santral ven kateterizasyonu

13815-00 [738] Santral ven kateterizasyonu

34521-02 [738] İntra-abdominal ven kateterizasyon/kanülasyonu

90220-00 [738] Diğer ven kateterizasyon/kanülasyonu

İmplant edilebilir vasküler aygıt kodlarına kateterizasyon dâhil edildiğinden, damar yolu implante edilebilir ise ayrıca kodlanmaz:

39127-00 [39] İmplant edilebilir spinalin füzyon aygıtı yerleştirilmesi

34528-00 [766] İmplant edilebilir vasküler infüzyon aygıtının perkütan yerleştirilmesi

30400-00 [766] İmplant edilebilir vasküler infüzyon aygıtı yerleştirilmesi, intra abdominal damar

34527-00 [766] İmplant edilebilir vasküler infüzyon aygıtı yerleştirilmesi, diğer damar uygun olan kodlar kodlanmalıdır.

39128-00 [39] İmplant edilebilir spinal infüzyon pompası yerleştirilmesi

34528-01 [766] İmplant edilebilir vasküler infüzyon pompasının perkütan yerleştirilmesi



**34527-01 [766] İmplant edilebilir vasküler infüzyon pompası yerleştirilmesi** kodlarından uygun olanlar kodlanmalıdır.

İşlem yalnızca bir ilaç dağıtım aygıtına ilaç yüklenmesinden oluşuyorsa (harici veya implante edilebilir infüzyon pompası) bir başka deyişle, ilaç dağıtım aygıtı önceki bakım epizodunda bağlanmış veya yerleştirilmişse, **[1921] İlaç dağıtım aygıtının yüklenmesi** bloğundan uygun kodu atayın:

**13939-00 [1921] İmplant edilebilir infüzyon aygıtı veya pompasının yüklenmesi**

**13942-00 [1921] Ambulatuvar ilaç dağıtım aygıtının yüklenmesi**

İlaç dağıtım aygıtları, açıklığın korunması veya kültür için sıvı numunelerinin çekilmesi amacıyla düzenli olarak tuz veya heparin solüsyonu ile yıkama gibi bir bakım gerektirebilir. Bakım işlemi tek başına gerçekleştirildiğinde aşağıdakilerden uygun kodu atayın:

**13939-01 [766] İmplant edilebilir infüzyon aygıtı veya pompasının bakımı (tek başına)**

**13942-01 [766] Ambulatuvar ilaç temin aygıtının bakımı (tek başına)**

**92058-00 [1890] Vasküler kateter irrigasyonu**

Bu kodlar; belirtilen işlemlerden ilaç dağıtım aygıtlarının takılması, yüklenmesi, çıkarılması veya değiştirilmesi gibi daha kapsamlı işlemlerle birlikte yapıldığında kodlanmamalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**3.11** **Adezyonların kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.**

### AÇIKLAMA

Adezyonlarla ilgili durumun tespit edilmesi durumunda hem adezyona ilişkin tanı hem de işlem kodu mutlaka kodlanmalıdır. Adezyon tanısı veya işlemi diğer tanıların içinde ya da başka bir işlemin bileşeni olarak görülmemeli ayrı ayrı kodlanmalıdır.

## STANDART 4-

## BELİRLİ ENFEKSİYÖZ VE PARAZİTER HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**4.1** HIV/AIDS varlığında kodlanması gereken durumları klinik kodlamacı bilmelidir:

**4.1.1** R75 HIV laboratuvar kanıtı'nın kodlanması gereken durumları klinik kodlamacı bilmelidir.

**4.1.2** Z21 Asemptomatik insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu durumunda kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**4.1.3** HIV hastalığı; B20, B21, B22, B23.8, B24 durumlarında kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**4.1.4** HIV enfeksiyonuna yönelik gerçekleştirilen kemoterapilerin kodlamasının nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

HIV, varlığının tespiti durumunda ek tanı kriterlerini yerine getirmese bile mutlaka kodlanması gereken tanılardan birisidir.

Bir vakada HIV'e ilişkin kodlardan yalnızca birisi kodlanabilir, HIV kodları ile ilgili aynı anda birden fazla kod kullanılamaz (Kodların hepsi hastalığın farklı süreçlerini ifade ettiği için aynı anda her iki duruma ilişkin kod bir arada kodlanamaz.).

**R75 İnsan immün yetmezlik virüsünün (HIV) laboratuvar kanıtı**, hastada HIV tarama testinin pozitif fakat doğrulama testinin negatif veya belirsiz olması durumunda kodlanmalıdır.

**R75 kodu ana tanı olarak kodlanmaz.**

**Z21 Asemptomatik insan immün yetmezlik virüs (HIV) enfeksiyonu** kodu hastada HIV'e yönelik bir tedavi yapılmadığı durumlarda, HIV'in pozitif olduğunu belirtmek amacı ile ek tanı olarak atanmalıdır.

**Z21 kodu ana tanı olarak kodlanamaz.**

Bir hastada HIV ile ilişkili olduğu belirtilen bir bulguya rastlandığında, söz konusu hastanın HIV'le ilgili bir hastalığa yakalandığını gösteren B20-B24 kategorisinde uygun olan kodlar kullanılmalıdır.

Başka bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda, HIV'e ilişkin kod ana tanı olarak kodlanmaz.

Hastada B20-B24'te ki iki veya daha fazla kategoriden aynı anda HIV'le ilişkili durumun belirtildiği hallerde; Ana tanıyla ilişkili olan HIV kodu için tek kod kullanılması gerekmektedir. Yani hastanın aynı yatışı içerisinde HIV ile ilişkili kodlardan hem B20, hem B21 gibi birden fazla kod kullanılmaması gerekmektedir.

Hastanın bakım epizodunda başlıca nedenin büyük oranda bir HIV bulgusu olduğu ortaya

konulmuş ise söz konusu bulguyu ana tanı olarak kodlamak gerekmektedir.

HIV enfeksiyonuna yönelik primer profilaktik kemoterapi için, hasta hastaneye yatırılır ve aynı gün hastaneden taburcu edilirse ana tanı kodu olarak **Z21 Profilaktik kemoterapiler, diğer** kodlanmalıdır.

Günübirlik sekonder profilaktik kemoterapi (klinik sınıflandırma amacıyla) ise diğer kemoterapi türlerinde olduğu gibi İBAG olarak sisteme gönderilmesi gerekmektedir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 4.2 Streptokokal enfeksiyonlar, sepsis durumlarının nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

4.2.1 Streptokokal enfeksiyon durumunda kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

4.2.2 Üriner sistem enfeksiyonu/ürosepsise sekonder sepsisin kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.

4.2.3 Nötropeni durumunda kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Streptokokun neden olduğu A, B, C, D, G Grubu, *S. Pneumoniae* veya diğer olarak tanımlanan bakteriyel enfeksiyonlar da kodlama gruplarına dikkat edilerek yapılmalıdır.

Bir üriner sistem enfeksiyonuna bağlı olarak sekonder gelişen sepsis, lokalize bir üriner enfeksiyonunun kana karıştığını ve tüm vücudu ilgilendiren genel bir enfeksiyona dönüştüğünü gösterir.

Sepsis klinik açıdan anlamlı ise, ana tanı olarak kodlanmalı; anlamlı değilse üriner sistem enfeksiyonu ana tanı olarak kodlanmalıdır.

**Bir nötropeni hastasında septisemiden bahsediliyorsa;**

- Septisemi kodunun sırası, nötropeni kodundan önce olmalıdır.

**Bir nötropeni hastasında septisemiden bahsedilmiyorsa;**

- **D70 Agranülositoz (nötropeni)** ve gerekli durumlarda **R50.- Sebebi bilinmeyen ateş** bir ek tanı olarak kodlanmalıdır.

İlaça bağlı nötropeni durumlarında bir dış neden kodu da kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 4.3 Bakteriyemi durumunda kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Kanda bakteri bulunması anlamına gelen bakteriyemi tanısıyla ilgili kodlamada dikkat edilmesi gereken husus;

**Yatışta semptomatik bakteriyemi gösteren hastaları ifade etmek için;**

**A49.9 Bakteriyel enfeksiyon, tanımlanmamış** olarak kodlanırken,



### Hastanede kazanılmış bakteriyemi durumlarında;

Y95 *Nozokomiyal* (sağlık hizmeti ile ilişkili) durum dış neden kodu ile birlikte **A49.9 Bakteriyel enfeksiyon, tanımlanmamış** olarak kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 4.4 İlaça dirençli mikroorganizmalar ile enfeksiyon durumlarının kodlanmasında dikkat edilecek hususları klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

İlaça dirençli mikroorganizma enfeksiyonunun söz konusu olduğu durumlarda ilaç direncini göstermek için toplam 3 kod kullanılır.

- Enfeksiyona ilişkin kod
- Enfeksiyona neden olan organizma kodu
- İlaça direnç kodu

Bir bakteriyel ajanın dirençli olduğu antibiyotiği belirtmek için **Z06.- Antibiyotiklere dirençli bakteriyel ajanlar** bölümünden uygun bir kod ek kod olarak kullanılmalıdır. Bu üçlü kod içerisinde ilk sırada yer alması gereken kod enfeksiyona ilişkin kod olmalıdır.

**Z06.- kodu hiçbir zaman ana tanı olarak kodlanmaz.**

**STANDART 5-****NEOPLAZMANIN KODLANMASI VE SIRALANMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ****DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****5.1 Neoplazilere ilişkin kodlamaları klinik kodlamacı bilmelidir:****5.1.1** Neoplazilerin nasıl sınıflandırılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**5.1.2** Neoplazilerin morfoloji davranış kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**5.1.3** Anatomik bölge kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**AÇIKLAMA**

ICD 10-AM'de, neoplaziler dört açıdan sınıflanmaktadır:

- 1) Neoplazinin davranışı (malign, benign, in situ, belirsiz)
- 2) Neoplazinin anatomik yeri (akciğer, göğüs, kolon vs.)
- 3) Malign neoplaziler için primer ve/veya sekonder (metastaz) yer
- 4) Neoplazinin morfolojisi (histoloji ya da hücre yapısı)

Morfoloji Davranış Kodları

/ 0 Benign

/ 1 Benign veya malign olduğu belirsiz

/ 2 Karsinoma in situ

/ 3 Malign primer

/ 6 Malign metastatik

kodlama yapılırken davranış kodu mutlaka belirtilmelidir.

Neoplazilerde hem yer hem de morfoloji açısından mümkün olan en detaylı bilgiler verilmelidir. Özellikle primer malign neoplazilerde bölge açıkça belirtilmeli ve kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****5.2 Malignite metastaz ve rekürrenslarının nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:****5.2.1** Malignitenin rekürrensi kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**5.2.2** Metastaz kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Daha önce yok edilmiş olan primer malignite yinelemişse, C00-C75'ten uygun kodu kullanarak ilk primer bölge kodlanmalı ve mutlaka belirtilen sekonder bölgeleri de kodlanmalıdır.

Sekonder yerler için kodlar primere göre daha genel olarak ifade edilmektedir. Örneğin, tüm kemikler için metastaza ilişkin kodlamada **C79.5 Kemik ve kemik iliğinin sekonder malign neoplaziler** kodu kullanılmaktadır.

Metastazlar kodlanırken hastanın yatışına göre ana tanı ve ek tanı olarak hangi durumların kodlanacağı bilinmelidir (Primerin mi yoksa sekonderin mi ana tanı olacağı). Metastazlar kodlamalarında, morfoloji kodunda primerin sonunda yer alan /3 ekinin yerine /6 eki ile morfoloji kodlanır. Başka bir ifadeyle metastazlarda hücre yapısı değişmediği için sadece sonunda primeri gösteren /3 ekinin yerine metastazı gösteren /6 ekinin getirilmesinin yeterli olduğu unutulmamalıdır.

Dokümanda birden fazla metastatik bölge yer alıyorsa ve primer bölge tanımlanmışsa, primer bölge **C80 Yer tanımı olmadan habis neoplazma** kapsamında kodlanmalı, belirtilen bölgelerde sekonder neoplazi kapsamında kodlanmalıdır.

Eğer tanı neoplazinin primer mi sekonder mi olduğunu tanımlamıyorsa, bu durumda neoplazi primer olarak kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 5.3 Morfoloji kodlamalarının ve birden fazla yere ilişkin kodlamaların nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir:

**5.3.1** Neoplazilerin morfolojisi kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**5.3.2** Neoplazilerin morfoloji davranış kodlarını kodlarken davranış kodu girişlerinde nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**5.3.3** Neoplazilerin morfolojisinde, aynı bölgeye ait farklı morfoloji kodlarına sahip histolojinin nasıl kodlanacağını klinik kodlamacı bilmelidir.

**5.3.4** Dokümantasyonda benign neoplaziler için birden fazla yer kodu bulunması halinde kodlamanın nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Neoplazi kodlarında ilk 4 karakter neoplazmanın histolojik özelliğini, 5. karakter ise neoplazinin davranışını belirtir.

Morfoloji, neoplastik hücrelerin histopatolojisi veya hücre yapısı hakkında bilgi vermektedir.

**Bir morfoloji kodu asla ana tanı olmamalıdır.**

Morfoloji kodu, neoplazi yer kodunun hemen arkasında yer alır.

Morfolojilere ilişkin kodlar; e-kitapta 2. cilt altında yer alan ANA indeks içerisinde, hastalıklara ilişkin tanıların arandığı gibi aranmaktadır. Özel isimleri olan kanserler direkt alfabetik indekste

baş harflerinin olduğu harfin içerisinde yer alırken (nöroblastoma N harfi altında, oligodendroglioma O harfi altında vs.), genel kanserler ise karsinom, tümör ana tanılarının altında yer almaktadırlar.

Bazı neoplazilerin morfolojik tanısı birden fazla M'li koda sahip histolojik yapı içerebilmektedir, böyle bir durumda daha spesifik olan en büyük sayı kodlanır.

Örneğin; *M8120/3 Transizyonel hücreli karsinoma NOS*, ile *M8070/3 Epidermoid karsinoma NOS*, birlikte yer alıyorsa sadece *M8120/3 Transizyonel hücreli karsinoma NOS* morfoloji kodu atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 5.4 ▶ Lösemi, lenfoma ve remisyon durumlarında kodlamanın nasıl olması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

5.4.1 ▶ Lenfoma kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

5.4.2 ▶ Lenfatik ve hematopoetik neoplaziler kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

5.4.3 ▶ Malign immüno proliferatif hastalıklar ve lösemide remisyon kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Lenfomaların morfolojisi zamanla değişebilir, bu yüzden her zaman en son patoloji sonuçları ve dokümanları kontrol edilerek kodlama yapılmalıdır.

Lenfomalar, malign immüno proliferatif hastalıklar ve lösemiler sistemik hastalıklar olduğu için metastaz olmaz, kemik iliği infiltrasyonu olur.

Bu nedenle bu neoplaziler **C79.5 Kemik ve kemik iliğinin sekonder habis neoplazması**, **C77 Lenf bezlerinin ikincil (sekonder) ve tanımlanmamış habis neoplazmalarını içermektedir** ve sekonder neoplazi kapsamında kodlanmamalıdır.

**Lenfomaların tümü C81-C85 arasında kodlanmalıdır.**

Lösemilerde hastalığın remisyonda olup olmadığını belirtmek üzere bazı kategorilerde 5. karakterde bulunmaktadır.

**Tam remisyon:** Hiçbir belirti veya malignite semptomlarının olmadığı durumlar, 5. karakter ".1" olarak atanmalıdır.

**Kısmi remisyon:** Hastalık belirtilerinde ve semptomlarında % 50'den fazla azalma var fakat hala aktif hastalık belirtilerinin mevcut olduğu durumlarda, 5. karakter olarak ".0" kodlanmalıdır.

Lenfomalar, malign immüno proliferatif hastalıklar ve lösemilerin kodlarının bulunmasında e-kitapta sadece morfoloji kodu üzerinden arama yapılarak hem morfoloji hem yer koduna birlikte ulaşılmaktadır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 5.5 Z85 Kişisel habis neoplazma öyküsü kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Kansere ilişkin tam remisyon durumundan bahsedildiğinde ve kanserin yan etkisi nedeniyle bir tedaviden bahsedilmediği durumlarda geçmişte bulunan bir kanserden bahsediliyor demektir. Böyle durumlarda hastaneye yatış sebebi ile ilişkili olan durumlarda "malignite öyküsü" için bir kod atanmalıdır.

Malignite öyküsü, şu anda hastaneye yatış sebebi ile ilişkili değilse, ek tanı kodu olarak kodlanmaz (10 yıl önce meme kanseri tedavisi gören ve tamamen iyileşmiş olan bir bayan hastanın apendektomi için hastaneye yatışında, meme kanserine ilişkin bir ek kod atanmaz).

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 5.6 Kemoterapi ve radyoterapi kodlamalarının nasıl yapılması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

#### 5.6.1 Kemoterapi kodlarken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### 5.6.2 Radyoterapi kodlarken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

ACS de kemoterapilere ilişkin kodlamada hasta aynı gün içinde kemoterapisini alıp taburcu olduğu durumda, Z51.1 Neoplazma için kemoterapi seansı, ana tanı olarak; neoplazma için bir ek kod ve işlem kodu olması gerektiği belirtilir.

**Ancak Ülkemize özgü olarak yapılan farklı uygulamalardan birisi de gününbirlik olarak yapılan kemoterapilerin İBAG olarak sisteme gönderilmesidir. Bu tür hastalar sisteme yatan ya da gününbirlik hasta olarak kaydedilmeyecek, İBAG olarak o dönem içinde toplam uygulanan seans sayısı girilecektir.**

Kemoterapi için birden fazla gün süren hasta yatışında, kemoterapi tedavisi gerektiren duruma ilişkin bir ana tanı kodu ve uygun işlem kodu kodlanmalıdır.

ACS de "Bir bakım süresinde hastaya birkaç kez farmakoterapi uygulanması ve aynı işlem kodunun geçerli olması halinde, işlem kodu yalnızca bir kez kodlanmalıdır" ifadesi yer almaktadır.

**Ancak Kurumumuzca neoplazilerde verilen tedavilerin takibi ve maliyetlerinin etkin olarak hesaplanması için Klinik Kodlama İşlemler Giriş Kılavuzunda da bahsedildiği gibi kemoterapi ilaçları kaç kez uygulanmışsa, toplam uygulama sayısının belirtilmesi gerekmektedir.**

Gününbirlik radyoterapi işlemleri de aynen kemoterapilerde olduğu gibi İBAG olarak sisteme gönderilmesi gerekmektedir.

Habis durumlar nedeniyle radyoterapi gören, birden fazla gün için hastaneye yatırılan hastaların habis durumu ana tanı olarak kodlanırken [1786] ile [1799] Radyasyon onkoloji işlemine ilişkin bloklarından uygun radyasyon onkoloji işlemi kodu da kodlanır.



## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**5.7 Palyatif bakım kodlamalarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

**Z51.5 Palyatif bakım hiçbir zaman ana tanı olarak kodlanmamalıdır.**

Palyatif bakımlara ilişkin kodlamada ana tanı olarak hastanede yatışı gerektiren asıl sebebin kodlanması gerekmektedir.

Örneğin, esas hastalığı HIV/AIDS olan, Kaposi sarkomu veya ilgili bir başka malignite bulunan bir hastanın ana tanı kodu, HIV/AIDS kodu olmalıdır.

**Z51.5 Palyatif bakım**, bakım yalnızca bir palyatif bakım ünitesinde,

- Belirlenen bir palyatif bakım programı kapsamında,
- Palyatif bakım sunan bir hekimin klinik idaresi altında veya tedaviyi yapan doktor uygun görürse, esas klinik bakım hedefini palyatif bakım oluşturduğunda bir ek tanı olarak atanmalıdır. (ICD 10 AM 5. Cilt sayfa 80'de ana tanı olarak çevrilmiş ancak, İngilizce olan orijinal dokümanda ek tanı olarak yer almaktadır. Türkçe'ye çevirisinde hata yapılmıştır.)
- Girişimler de uygun şekilde kodlanmalıdır.

**Palyatif bakımlara ilişkin hizmet Kurumumuza bağlı olan nitelikli sağlık tesislerinde ve-  
rilmeye başlanmıştır. Bu kapsamda sağlık tesislerinde palyatif tedavi verilen hastalara  
ilişkin kayıtları almak için TİG veri giriş ekranında yer alan hasta tipi bölümüne palyatif  
bakım bölümü eklenmiştir. Palyatif bakım hizmeti verilen tüm hastalar için hasta tipi  
olarak bu sekme işaretlenmeli ve kayıtlar bu doğrultuda dikkatlice gerçekleştirilmeli-  
dir.**

**STANDART 6-****KAN ve KAN YAPICI ORGANLARIN HASTALIKLARI ve İMMÜN SİSTEMİN BAZI BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ****DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**6.1** Kök hücre temini ve transplantasyon kodlamalarının nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir:

**6.1.1** Kök hücrelerin aferez yöntemiyle temini kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**6.1.2** Kemik iliğinden kök hücre temini kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**6.1.3** Transplantasyonların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Hasta günübirlik olarak kök hücre aferezi için hastaneye yatırılıyorsa ana tanı olarak **Z51.81 Aferez** olarak kodlanmalıdır.

Birden fazla gün süren yatan hastalarda ise ana tanı tedaviyi gerektiren durum olmalıdır. Bu hastalarda Z51.81 kodu kodlanmaz. Aferez için uygun işlem kodu atanır.

Terapötik plateletferez ve plateletlerin transfüzyonu tamamen farklı işlemlerdir. Ülkemizde yapılan değerlendirmelerde çok sık karışan özellikli işlemlerden biri olarak görüldüğü için bu bölümde konu ile ilgili detaylı açıklama aşağıda verilmiştir.

Plateletferezde hastanın trombositleri ayrıştırılır.

**13750-03 Terapötik plateletferez:** Trombosit süspansiyonu için atanmamalıdır. Terapötik plateletferez işlemi trombositopenide yapılan bir işlem değildir. Terapötik plateletferez işlemi trombosit yüksekliği, trombositemi gibi durumlarda aferez cihazı aracılığıyla hastanın kanından trombositleri ayırarak, plazma ve kırmızı hücrelerin ayrıştırılıp hastaya geri verildiği bir tedavi işlemidir.

Trombositler donörden iki yöntemle alınır: Aferez ve random. Hastaya verilirken aferez trombosit süspansiyonu ya da random transfüzyonu süspansiyonu olarak kayıtlara geçer. Her ikisi de trombosit süspansiyonu olduğu için plateletlerin transfüzyonu olarak kodlanır.

Hastanın özellikle kök hücre temini amacıyla kemik iliği aspirasyonu için hastaneye günübirlik olarak yatırılırsa **Z52.3 Kemik iliği donörü** olarak kodlanmalıdır.

Birden fazla gün süren bakımda ana tanı kodu, tedaviyi gerektiren durum olmalı, **Z52.3 Kemik iliği donörü** kodu ise kodlanmaz.

Hastanın kök hücre temini amacıyla kemik iliği aspirasyonunun gerçekleştirildiği durumda; işlem kodu olarak; **13700-00 [801] Transplantasyon için kemik iliği temini** atanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****6.2 Anemi kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA**

Anemi hemoglobün sonucuna göre kodlanmamalıdır. Kodlamadan önce anemi bir hastanın hekimi tarafından dokümanite edilmelidir. Farklı anemi tipleri için farklı kodlar vardır ona göre kodlama yapılmalıdır. Anemilerde mümkünse aneminin tipi mutlaka belirtilmelidir.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****6.3 Kan ürünlerinin transfüzyonları kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA**

Kan nakilleri veya kan ürünlerinin infüzyonları, gerçekleştirildikleri her durumda kodlanmalıdır. ACS de; "Aynı kan ürününün aynı bakım epizodunda birden fazla nakli yapılırsa, bu durum yalnızca tek işlem kodu ile belirtilmelidir." ifadesi yer almaktadır.

**Ancak Ülkemiz ihtiyaçlarına göre yapılan Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzunda, kan ürünlerinde verilen toplam sayının belirtilmesi gerekliliği belirlenmiştir. Özellikle Kurumumuza bağlı sağlık tesislerinde kodlamaların buna göre yapılması gerekmektedir.**

Bakım epizodunda birden fazla tipte kan ürünü nakledilirse, bu farklı ürünler uygun kodlarla kodlanmalıdır.

Aferez ile kan nakilleri farklı uygulamalardır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****6.4 Anormal koagülasyon profili kodlanırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA**

Hastaların antikoagülan düzeylerinin cerrahi girişim öncesinde dengelenmesi amacıyla hastaneye yatırılmaları halinde veya bir hastanın hastanede yatış süresi postoperatif dengeleme amacıyla uzatıldığında **Z92.1 Uzun süreli (halen) antikoagülan kullanımı kişisel öyküsü** ek kod olarak atanmalıdır.

Hastaların aşağıdaki durumlar için hastaneye yatırılması ve tedavi görmesi halinde:

- Kararsız INR
- Aşırı warfarinizasyon
- Uzamış kanama süresi
- Anormal kanama süresi

**D68.3 Dolaşımdaki antikoagülanlara bağlı hemorajik bozukluk**'u atanmalıdır.

- Yetersiz warfarinizasyon tedavisi için hastaneye yatırıldığında

**D68.8 Diğer tanımlanmış koagülasyon bozuklukları** kodu atanmalıdır.

## STANDART 7-

## ENDOKRİN, NÜTRİSYONEL VE METABOLİK HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**7.1** Diyabetes mellitus (DM) kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**7.1.1** Tip 1 DM kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**7.1.2** Tip 2 DM kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**7.1.3** Diğer Özgül DM kodları kullanılırken nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

DM kodlamasında; DM kodlarına ek olarak, klinik tanıyı tam olarak tanımlamak için gerekirse ek kodlar kullanılmalıdır.

DM ile birlikte; alt kırılımında kodlama yapmak için hasta dosyasında mevcut durumun DM'den kaynaklandığının belirtilmesi gerekir. (Diyabetik nefritten bahsediliyorsa Diyabetin altında aranırken; Nefritin DM'den kaynaklandığı belirtilmemişse; Nefrit ANA indekste N harfi altında aranacaktır).

Diyabet tipinin belirtilmemesi halinde, özellikle 40 yaşın altındaki hastalarda, **E14.- Tanımlanmış diyabetes mellitus** kapsamındaki bir kodu atamadan önce hekimden ayrıntılı bilgi istenmelidir.

Diyabetin mevcut bütün komplikasyonları, her bir diyabet vakasının ciddiyetini düzgün bir biçimde yansıtacak şekilde kodlanmalıdır.

**E09 - E14'teki bozulmuş glukoz regülasyonu ve diyabet** koduna (kodlarına) ek olarak, klinik tanıyı tam olarak tanımlamak için gerekirse diğer bölümlerden de kod atanmalıdır. Bu ek kodların sırası E09 - E14 kodundan sonra olmalıdır.

**İnsülin kullanım durumunun diyabetin tipini belirtmeyeceği unutulmamalıdır.**

Tip 1 DM; İnsülin üreten adacık hücrelerinin otoimmün yıkımı ile karakterizedir. Bu durumda Tip 1 DM hastalarında insülin yok demektir ve bu hastalar için insülin kullanımı mutlak gereklidir. Başka bir ifadeyle Tip1 DM hastaların insülin kullanımı standart bir işlemdir. ICD 10- AM mantığında rutin işlemler kodlanmadığı için Tip 1 DM hastalarında insülin kullanımına ilişkin bir kod atanması gerekmez.

Pozitif oto antikorlar ile birlikte Tip 1.5 diyabetin (GAD/IA2) klinik tanısı E10.- Tip 1 diyabetes mellitus veya pozitif oto antikorlar olmaksızın **E14.- Tanımlanmamış Diyabetes mellitus** kapsamında kodlanmalıdır.

Tip 2 DM; genel olarak erişkinlerde görülen diyabet tipidir. Bu tipte Pankreas insülin üretir, fakat insülin direnci nedeniyle vücut bunu gerektiği gibi kullanamaz. Burada insülin üretimi olduğu için dışarıdan mutlak insülin ihtiyacı olmayabilir. İhtiyaç olduğu zaman insülin kullanılır. O halde Tip 2 DM hastalarında her zaman kullanılmayıp ihtiyaç olduğu zaman kullanılan insülin, kullanıldığında kodlanmalıdır.

Daha önceden kullanım öyküsü olmayan, yatıştaki tedavi sırasında geçici olarak kullanılan insülin uygulamalarında **Z92.22 Uzun süreli (halen) diğer ilaçlar kullanımı kişisel öyküsü, insülin** kodu kullanılmaz.

Ayrıca yatış öncesi insülin kullanım öyküsünün olmadığı, ilk defa ilgili yatışla başlayan insülin kullanımı durumlarında da **Z92.22 Uzun süreli(halen) diğer ilaçlar kullanımı kişisel öyküsü, insülin** kodu kullanılmaz. Ancak sonraki yatışlarda insülin öykü olarak kodlanması gerekmektedir.

Diyabetin özgül diğer biçimleri kodlanırken, **E13.- Diğer tanımlanmış diyabetes mellitus** koduna ek olarak, asıl bozukluk veya ilişkili genetik sendrom için uygun bir kod atanmalıdır.

#### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**7.2** Pankreasın ekzokrin hastalıklarının varlığında kodlamanın nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Pankreasın herhangi bir nedenle çıkarılması durumunda diyabet veya BGR'ye neden olur ise, pankreatektominin yapıldığı yatıştaki hipoinsülinemi durumunu ifade etmek için **E89.1 Girişim sonrası gelişen hipoinsülinemi** kodu atanmalıdır.

Pankreatektomiden sonraki yatışlarda ise E13 ya da E09'dan uygun kodlama yapılır.

#### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**7.3** İlaç ve kimyasallara bağlı durumların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

DM ve BGT ilaç ya da kimyasallara bağlı ortaya çıktığında ilgili ilaç veya kimyasalı belirtmek için; E13.- veya E09.- dan bir kod ile; dış neden kodları atanmalıdır.

DM veya BGT ilacın kesilmesi sonrasında da devam ediyorsa;

**E09.- E10.- E13.- E14.-** ten bir kod ile **Z86.3 Endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar öyküsü** kodu atanmalıdır.

#### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**7.4** İnsülin tedavisi kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

DM hastalarında insülin tedavisi;

- Tip 2 DM (E11.-)

- Diğer DM'ler (E13.-)
- Tanımlanmamış DM (E14.-)

Tiplerinin olduğu hastalarda sürekli insülin kullanımı mevcutsa;

**Z92.22 Kişisel diğer ilaçların uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü** mutlaka kodlanır.

- Tip 1 DM (E10.-) → İnsülin rutin olduğu için
- Gebelikte DM (O24.-) → 5. kırılımda insülin kullanımına ilişkin açıklama olduğu için kodlanmaz.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 7.5 Gebeliği komplike eden diyabetes mellitus kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**7.5.1 Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**7.5.2 Gebelikte insülin kullanımının kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

Diyabet veya BGR gebelikten önce teşhis edilen hastalar için;

O24.0 Önceden var olan Diyabetes mellitus, insüline bağlı, gebelikte

O24.1- Diyabetes mellitus, önceden mevcut olan, insüline bağlı olmayan, gebelikte

O24.2- Diyabetes mellitus, önceden mevcut olan, diğer tanımlanmış tipte, gebelikte

O24.3- Diyabetes mellitus, önceden mevcut olan, tanımlanmamış, gebelikte

O24.5- Önceden mevcut olan bozulmuş glukoz regülasyonu, gebelikte

Bu kodlardan uygun olan kodlanmalıdır.

Komplikasyonlar ile birlikte önceden mevcut olan diyabet gebelikte mevcutsa, E09-E14'ten uygun ek kodu (kodları) kodlanmalıdır.

Gebeliğin 24. haftasında ya da sonrasında tanımlanan DM için **O24.4- DM, gebeliğin 24. haftası veya sonrasında ortaya çıkan** kodu kodlanmalıdır.

DM başlangıcı ile teşhis edilemeyen önceden mevcut diyabetin olması durumunda;

**O24.9- DM, gebelikte tanımlanmamış ilk atak** olarak kodlanmalıdır.

Gestasyonel DM sonraki gebeliklerde de yineleyebilir. Böyle bir durumda önce gestasyonel diyabet kodlanırken, sonrasında **Z87.5 Gebelik, doğum ve puerperium komplikasyonları kişisel öyküsü** ek kod olarak kodlanmalıdır.

Gebelikte insülin tedavisi O24.1- ile başlayıp O24.9- ile devam eden kodlar için 5. karakter olarak yer almaktadır. Bu yüzden insülin için ayrıca **Z92.22 Kişisel diğer ilaçların uzun dönem (mevcut) kullanımı öyküsü, insülin** kodunu atamaya gerek yoktur.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**7.6** Diyabetin akut komplikasyonlarının nasıl kodlanacağını klinik kodlamacı bilmelidir:

**7.6.1** Diyabetin akut komplikasyonlarından diyabetik ketoasidoz durumunun kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**7.6.2** Diyabetin akut komplikasyonlarından laktikasidoz kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**7.6.3** Diyabetin akut komplikasyonlarından hipoglisemi kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Diyabet hastalarında belirgin ketoasidoz bulunması durumunda;

*E1-1- diyabet ketoasidoz ile birlikte; E87.0 hiperosmolarite ve hipernatremi varlıkları* durumunda ek kod olarak kodlanmalıdır.

Ketoasidoz ile birlikte diyabet durumunda reçetelenen insülinin uygun şekilde kullanılmaması veya diyabet tedavisinin diğer yönlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkması halinde;

*Z91.1 Tıbbi tedavi ve rejime uyumsuzluk kişisel öyküsü* ek kod olarak kodlanmalıdır.

Komanın eşlik edip etmemesine göre 2 farklı kod yapısı vardır.

*E1-13 DM laktikasidoz ile birlikte koma olmaksızın*

*E1-14 DM laktikasidoz ve koma ile birlikte* şeklinde kodlanmalıdır.

Diyabetik ketoasidoz ve laktikasidoz eş zamanlı olarak ortaya çıkarsa;

*E1-15 Diyabetes mellitus, ketoasidoz ve laktikasidozla birlikte, koma olmaksızın*

*E1-16 Diyabetes mellitus, ketoasidoz ve laktikasidoz ve koma* ile birlikte şeklinde kodlanmalıdır.

**Doz hatası yapılan ya da kullanılan ilaçların (insülin ve/veya oral antidiyabetik ilaçlar) uygun olmayan verilmiş şekilleri ile ilgili durumlar söz konusu ise;**

Ana Tanı: *E1-64 Diyabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte*

Ek Tanı: *T38.3 İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] ilaçlarla zehirlenme*

Dış Neden: *X44 Diğer ve tanımlanmamış ilaçlar, haplar ve biyolojik maddelere maruz kalma ve kazayla zehirlenme*

Uygun olay yeri kodu (Y92.-) ve aktivite kodu (U73.-).

Normal ilaç kullanımı sırasında (doz hatası olmayan durumlarda veya ayarlama durumlarında) meydana gelen ilaca bağlı hipoglisemi söz konusu ise;

Ana Tanı: *E1-64 Diyabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte*

Dış Neden: *Y42.3 İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] (Terapötik kullanımda yan etkilere neden olan) ilaçlar*

Uygun olay yeri kodu (Y92.-)

İnsüline karşı antikor reaksiyonu meydana gelmesi durumunda ise;

Ana Tanı: E1-.64 Diyabetes mellitus, hipoglisemi ile birlikte

Dış Neden: Y42.3 İnsülin ve oral hipoglisemik [antidiyabetik] ilaçlar

Uygun olay yeri kodu (Y92.-) şeklinde kodlanmalıdır.

#### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**7.7** **Diyabetin regülasyonu (dengelenmesi) ile ilgili durumların kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

*E1-.65 Kötü kontrollü diyabetes mellitus* kodunun atanması hastanın hastaneye geliş durumuna göre ana tanı ya da ek tanı olabilir.

Kandaki glikoz düzeyinin ayarlanması için hastaneye yatmış olan hastalarda ya da yatış içinde glikoz ayarı bozulan hastalarda bu kod kullanılır.

Bu hastalarda DM ile ilgili komplikasyonlar gelişmesi durumunda mevcut durumun E10 - E14 bölümünden uygun ek kodlar ile ifade edilmesi gerekmektedir.

#### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**7.8** **Diyabetin kronik komplikasyonlarının nasıl kodlanacağını klinik kodlamacı bilmelidir:**

**7.8.1** **Diyabetin kronik böbrek komplikasyonları durumunda kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**7.8.2** **Diyabetin kronik göz hastalıkları komplikasyonları durumunda kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**7.8.3** **Diyabetin kronik komplikasyonlarından katarakt durumunda kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

Mikroalbüminüri başlayan erken dönemdeki diyabetik nefropati hastalarının kodlamasında;

*E1-.21 Diyabet, başlangıç dönemindeki diyabetik nefropati ile birlikte* kodu atanmalıdır.

Makroalbüminüri olan daha ilerlemiş dönemdeki diyabetik nefropati hastalarının kodlanmasında ise;

*E1-.22 Diyabet, yerleşik diyabetik nefropati ile birlikte* kodu atanmalıdır.

Diyabetik nefropatiye ilişkin birden fazla durumun varlığında yalnızca en ileri olan evreye yönelik tek kod atanmalıdır.

Diyabetik göz hastalığı görme kaybına neden olursa, bir ek kod; *H54.- Körlük ve az görme* atanmalıdır.

E1-.31; E1-.33; E1-.35'teki diyabetik retinopati için yalnızca en ilerlemiş evre olan tek kod atanmalıdır.

E1-.36 Diyabetes mellitus, diyabetik katarakt ile birlikte yalnızca hekim tarafından katarakt-



lar ile diyabet arasında bir nedensel ilişki gösterildiğinde atanmalıdır. Nedensel ilişki ortaya konulmadığında, diyabet hastalarındaki kataraktlar için E1-.39 Diyabetes mellitus, diğer tanımlanmış oftalmik komplikasyon ile birlikte kodu, kataraktın tipi için uygun bir ek kod ile birlikte atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 7.9 Bir den fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte görülen diyabet durumunda kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**7.9.1** Metabolik sendrom/insülin direnci sendromu kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**7.9.2** Diyabetik ayak ülseri kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

*E1-.71 Diyabetes mellitus, birden fazla mikrovasküler komplikasyon ile birlikte* kodu, eğer hastada aşağıdaki kategorilerden iki veya daha fazlası bulunuyorsa atanmalıdır.

1. Böbrek komplikasyonları (E1-.2-)
2. Oftalmik komplikasyonlar (E1-.31–E1-.35, E1-.39)
3. Nörolojik komplikasyonlar (E1-.4-)
4. Diyabetik iskemik kardiyomiyopati (E1-.53)
5. Aşağıda verilen deri veya subkütan doku komplikasyonlarından biri (E1-.62): diyabetik:
  - o Büller (Bullosis Diabeticorum)
  - o Dermopati (bacak lekeleri)
  - o Eritema
  - o Rubeosis
  - o Nekrobiyozis lipoidika diyabetikorum [NLD]
  - o Periungual telenjektazi

Spesifik mikrovasküler komplikasyonlara ilişkin ek kodlar da atanmalıdır.

E1-.71 Mikrovasküler komplikasyonlar, çoğul yalnızca hiçbir mikrovasküler komplikasyon ana tanı tanımına uygun değilse ana tanı olarak kodlanmalıdır.

**Aşağıdakilerden biri veya daha fazlası ile diyabet belgelendiği zaman DM insülin direnci kodu E1-.72 atanmalıdır.**

- 1) Akantozis Nigrikans
- 2) Karakteristik Dislipidemi (TG↑; HDL↓)
- 3) Hiperinsülinizm
- 4) Hipertansiyon
- 5) Artmış karın içi viseral yağ birikimi
- 6) İnsülin direnci
- 7) Non-alkolik yağlı KC
- 8) Obezite (Beyaz ırk 18 yaş üstü için)

İnsülin direnci oluşturan sebepler, mutlaka ek tanı olarak atanmalıdır. Yani hastanın insülin dirençli bir DM'ye sahip olduğunu ek kodlarla belirtmemiz gerekmektedir.

E1-71 ve E1-72 ile ilgili olarak ACS 406 nolu standarta göre dokümanite edilmesi durumunda her ikisinin de atanabileceği yer almakla birlikte; **Ülkemizde yapılan bir standart uygulama da; DM için hem insülin direncinden hem de mikrovasküler komplikasyonların birlikte bulunması durumlarında;**

**DM kodlamasında sadece E1-.71 mikrovasküler komplikasyonlar, çoğul kodu atanır.**

İnsulin direncini ve mikrovasküler komplikasyonunu oluşturan durumlar ise ek tanı olarak atanmalıdır.

Diyabetli hastada bulunan ülser, diyabetik ayak olarak tanımlanmamışsa kodlama;

**E1-.69 Diyabet, diğer tanımlanmış komplikasyon ile birlikte, L97 Alt ekstremitte ülseri, başka yerde sınıflanmamış** şeklinde olmalıdır.

Diyabetli hastada bulunan ülser, diyabetik ayak olarak tanımlanmışsa kodlamada tek kod;

**E1-.73 Diyabet, birden çok nedene bağlı ayak ülseri ile birlikte** kodu atanmalıdır.

Spesifik komplikasyonlara ilişkin ek kodlar da atanmalıdır. (Örneğin polinöropati, periferik anjiyopati, ayak parmağı selülit gibi...)

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 7.10 ▶ **Diyabet taramaları ve eğitimlerinin kodlanmasının nasıl olacağını klinik kodlamacı bilmelidir:**

**7.10.1 ▶ Diyabet taraması durumunda kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**7.10.2 ▶ Diyabet eğitimi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

DM taraması için hastaneye yatış durumunda;

**Z13.1 DM için özel tarama muayenesi** ana tanı olarak kodlanmalıdır.

Tarama aile öyküsü nedeniyle yapılmışsa;

**Z83.3 DM aile öyküsü** ek kodu da atanmalıdır.

Özellikle diyabet eğitimi için hastaneye yatırılan hastalar için; E10 - E14 Diyabetes mellitus'tan bir ana tanı kodu ve **Z71.8 Danışma hizmetleri, diğer, tanımlanmış** ek tanı kodu atanmalıdır.

Diyabet eğitimi alan, başka nedenlerle hastaneye yatırılan hastalar için, eğitim standart diyabet tedavisinin bir parçası sayıldığından, **Z71.8 Danışma hizmetleri, diğer, tanımlanmış** kodu kodlanmamalıdır.

## STANDART 8-

## ZİHİN VE DAVRANIŞ BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**8.1** Uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımına bağlı bozuklukların kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**8.1.1** Uyuşturucu, alkolden dolayı akut zehirlenme, zararlı kullanım ve bağımlılık kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

"*Kullanıma bağlı bozukluk*" ifadesi, aşağıda yer alan madde kullanımına bağlı olarak meydana gelen durumlardan herhangi birini açıklamak için kullanılabilir:

- Akut zehirlenme (F1-.0)
- Zararlı kullanım (F1-.1)
- Bağımlılık(F1-.2)

**Zararlı kullanım;** Hekim mevcut hastalık ile alkol/ uyuşturucu arasında sebep sonuç ilişkisini dokümante ettiyse zararlı kullanım F1-.1 kodu atanmalıdır.

Uyuşturucu/alkol doz aşımı vakalarında ise kodlama buradaki gibi akut zehirlenme veya zararlı kullanım içerisinde değil; ilaçlar ve kimyasallar tablosundaki uygun zehirlenme kodu ile kodlanmalıdır.

Madde kullanımına bağlı olarak meydana gelen durumları göstermek için kullanılan kodlar da yer alan;

*.... kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları* ifadesi klinik kodlamacılar da kafa karışıklığına neden olup, sadece zihinsel veya davranışsal bozukluklarda mı bu kod atanmalıdır? sorusunu akla getirmektedir. ICD 10-AM Cilt 5 ve diğer ACS standartlarında yer alan örneklerde de görüldüğü gibi madde kullanımına bağlı meydana gelen her türlü bozuklukların tanımlanmasında bu kodların kullanılması uygun olacaktır. (Alkol kullanımına bağlı körlük, alkol kullanımına bağlı siroz, sigara kullanımına bağlı kanser vs.)

Akut zehirlenme, bağımlılık veya zararlı kullanım durumlarından birden fazlası aynı dosyada yer alırsa, herbiri için ayrı kodlar kullanılmalıdır.

**Örnek:** Alkol bağımlılığı bulunan 42 yaşındaki erkek hastanın, alkole bağlı akut zehirlenme nedeniyle hastaneye yatırılması durumunda;

**F10.0 Alkol kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, akut zehirlenme**

**F10.2 Alkol kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, bağımlılık sendromu**

ek tanı kodu ile birlikte atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 8.2 Tütün kullanımına bağlı bozuklukların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Bu kodlar, tütün tüketimi ile ilgili uygun dokümantasyonun sağlanması halinde bütün vakalar için ek tanı olarak kodlanmalıdır.

**Z86.43 Sigara kötüye kullanımı kişisel öyküsü** kodu, hastanın bir aydan daha uzun süre önce sigara kullanımını bıraktığı durumlarda kodlanmalıdır.

**Z72.0 Tütün kullanımı** "sigara tiryakiliği" durumuna ilişkin dokümantasyonu bulunan, halen sigara kullanan ya da sigara kullanımını bir aydan daha kısa süredir bırakmış olan hastaların ifadesinde kullanılan koddur.

#### **F17.1 Tütün kullanımına bağlı mental ve davranış bozuklukları, zararlı kullanım.**

Bu kod, hekim tarafından sigara kullanımı ile meydana gelen durum arasında net olarak bir ilişkinin varlığı ifade edildiği durumlarda kullanılır.

#### **F17.2 Tütün kullanımına bağlı mental ve davranış bozuklukları, bağımlılık sendromu.**

Bu kod, hastaya 'tütün bağımlılığı sendromu' tanısı konulursa kodlanmalıdır.

Bir hastada tespit edilen tanının sebebi hekim tarafından net olarak sigara kullanımına bağlı olarak ifade edilmişse; mevcut tanıya ek olarak **F17.1 tütün zararlı kullanımı** kodu ek kod olarak atanırken, bu hasta için Z72.0 veya Z86.43'e ilişkin kodlar kullanılmaz. Yani başka bir ifadeyle mevcut durumla sigara arasında net bir ilişki varsa zararlı kullanım kodu atanır, sigaraya ilişkin öykü kodları atanmaz.

Sigarayla mevcut tanı arasında net bir ilişki gösterilmez ve sigara halen ya da eskiden içtiğine dair bir doküman bulunursa böyle durumlarda Z72.0 ve ya Z86.43 kodlarından uygun olan birisi kodlanır, sigaranın zararlı kullanımına ilişkin bir kod bu hastada kullanılmaz.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 8.3 Gebeliği komplike eden zihinsel hastalıklara ilişkin durumların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Gebe bir hastada gebeliği komplike eden zihinsel bir durumun varlığında önce **O99.3 Mental bozukluklar ve sinir sistemi hastalıkları, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden** kodu, arkasından da spesifik zihinsel hastalık kodu ek kod olarak atanmalıdır.

Postnatal depresyon, doğumdan sonraki lohusalık döneminde meydana gelen depresyonları ifade eden genel bir kod olarak kullanılır.

Böyle bir hastada (postnatal dönemde) depresyona ilişkin spesifik kod varsa; **F53.0 Lohusalıkla ilişkili hafif mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış** kodundan ziyade, spesifik zihinsel hastalık kodu atanmalıdır.

Örneğin: Postnatal dönemde psikotik semptomların olmadığı majör depresyon geçiren bir hastadan bahsediliyorsa kodlamada;

*F32.21 Psikotik semptomlar olmadan ciddi depresif nöbet, postnatal dönemde ortaya çıkan* kodu kullanılır. Bu hasta için ayrıca *F53.0 Lohusalıkla ilişkili hafif mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış* gibi bir koda ihtiyaç yoktur, kodlanmamalıdır.

*F53.0 Lohusalıkla ilişkili hafif mental bozukluklar ve davranış bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış* kodu yalnızca depresyonun tipi kaydedilmediğinde veya başka yerde sınıflandırılmadığı zaman kodlanmalıdır.

Her ne kadar F53.0 kodu için lohusalık döneminde olan durumlarda kodlanmalıdır ifadesi yer alsada, klinik dokümantasyonda doğumdan sonraki bir yıla kadar olan dönemde başka bir spesifik tanı olmaksızın postnatal depresyon ifade edilmesi durumunda da F53.0 kodunun atanması uygun olacaktır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 8.4 Depresyon kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**8.4.1** Fobi ile birlikte panik atakların kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**8.4.2** Kişilik özelliği/ bozukluğu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**8.4.3** Tedaviye uyumsuzluk kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**8.4.4** Hastanın zihinsel hastalık belirtisi taşımaksızın hastaneye yatırılması durumunda kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Tek bir önemli depresif nöbetle karakterize majör depresyon için; *F32. - Depresif nöbet*, Birden fazla önemli depresif nöbetle karakterize majör depresyon için ise *F33. - Yineleyici depresif bozukluk* kodu atanmalıdır.

Özellikle erkek hastalar ve postnatal dönemde bulunmayan bayan hastalar için majör depresyon kodlamasında net anlaşılmayan bir nokta olduğu ve kodlamalarda hatalar olduğu tespit edilmiştir; e-kitap depresyon majör olarak kırılımlardan kod bulunduğu zaman, F32.20 kodunun açıklamasında "*Psikotik semptomlar olmadan ciddi depresif nöbet, postnatal dönemde ortaya çıkan tanımlanmamış*" ifadesi yer almaktadır. Kodun açıklaması klinik kodlamacılar da bu kodun sadece bayanlarda ve lohusalık döneminde kullanılacağı gibi bir yanlış yorumlamaya neden olmaktadır. Böyle bir durum yoktur, hem erkeklerde hem de lohusalık döneminde olmayan hastalarda majör depresyon tanısı varsa kodlamada *F32.20 Psikotik semptomlar olmadan ciddi depresif nöbet, postnatal dönemde ortaya çıkan tanımlanmamış* kodunun kullanılması doğru olacaktır.

Panik atak ve fobi tanılarının birlikte bulunduğu hastaların kodlanmasında;

Hem fobi, hem panik ataklara ilişkin kodların her ikisi de kodlanmalıdır. İlk sırada ise fobiye ilişkin kod kullanılmalıdır.

Hastaya ilişkin tanı olarak bir kişilik bozukluğu konulması halinde hekimden, tanının gerçekte bir bozukluk mu yoksa bir kişilik özelliği mi olduğunun doğrulaması istenir. Sonuçta ortaya çıkan durum bir bozukluk tanısı ise kodlanmalıdır.

Birden fazla kişilik bozukluğundan bahsedilmesi durumunda hepsine ilişkin kod kullanılacaktır, ilk sırada baskın olan bozukluk verilmelidir. Baskın olan bir bozukluktan bahsedilmiyorsa öncelik konusunda hekimden bilgi istenmelidir.

**Z91.1 Tıbbi tedavi ve rejime uyumsuzluk kişisel öyküsü**, uyumsuzluğun bir yatış sırasında öne çıkan bir faktör olması halinde kullanılmalıdır.

**Bu kod ana tanı olarak kullanılmamalıdır.**

Muayenesinde herhangi bir zihinsel hastalık bulgulanmayan veya bir başka tanı konulmayan zorunlu olarak hastaneye yatırılan bir hasta için ana tanı kodu;

**Z04.6 Genel psikiyatrik muayene** yetkili tarafından istenmiş olmalıdır.

Zihinsel hastalık belirtisi taşımaksızın hastaneye kendiliğinden yatan hastalar için ise uygun şekilde **Z00.4 Genel psikiyatrik muayene NEC** ve **Z71.1 Endişeli bir şikayeti olan, hiçbir teşhis konulmayan kişi** kodu kullanılmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 8.5 Zihinsel hastalık aile öyküsü kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

**Z81.- Zihin ve davranış bozuklukları aile öyküsü** aşağıdaki nedenlerden dolayı hiçbir zaman atanmamalıdır:

- Gerçekte bir aile öyküsü bulunup bulunmadığını belirlemenin zor olması,
- Bir tanı sınıflandırmasının bir parçası olarak zihinsel hastalık aile öyküsünün kaydının, zihinsel hastalıkla ilişkili stigmaya katkı yapan bir durum olarak görülmesi,
- Bir kişinin psikiyatrik olmayan bir hastalığı olması halinde, ailede bir zihinsel hastalık öyküsü bulunmasının aslında kişinin hastalığı ile hiçbir ilgisinin olmaması,
- Bir kişinin bir psikiyatrik hastalığı olması halinde, ailede bir zihinsel hastalık öyküsü bulunup bulunmadığını kaydetmeye gerek olmaması.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 8.6 Alzheimer hastalığı kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Alzheimer tanısı alan hastalarda demans durumunun varlığında kabul edilir ve kodlamada her zaman: **G30.- Alzheimer hastalığı** ve **F00.- Alzheimer hastalığındaki demans** kodları kullanılır.

## STANDART 9- SİNİR SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**9.1** İnme kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**9.1.1** Hemipleji, parapleji ve tetrapleji ile diğer paralitik sendromların kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

İnme, spesifik olmayan bir terimdir. Kodlamayı yapmadan önce subaraknoid kanama, serebral enfarktüs gibi daha spesifik bir tanıya ve durumlara ulaşılmaya çalışılması gerekir.

Aşağıdakileri sınıflamak için **G82 Parapleji ve tetrapleji** için 4. karakter –pleji tipi 5. karakter seviyesinde Avustralya kodları:

- .-0 tanımlanmamış
- .-1 tanımlanmamış, akut
- .-2 tanımlanmamış, kronik
- .-3 komplet, akut
- .-4 komplet, kronik
- .-5 inkomplet, akut
- .-6 inkomplet, kronik

Hemipleji kodlaması ile ilgili ACS'ye göre dikkat edilmesi gereken noktalar:

- ACS 0008 Sekel
- ACS 0604 İnme
- ACS 2104 Rehabilitasyon

Çoklu kodlama kuralı geçerlidir. Bu kodlar tek başına atanamaz. Akut bir durum söz konusu ise mevcut durum ana tanı olurken bu kodlar ek tanı, sekel durumu söz konusu ise bu kodlar ana tanı sekel kodu ek tanı olarak atanmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**9.2** Stereotaktik radyocerrahi, radyoterapi ve lokalizasyon kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**9.2.1** Serebrospinal sıvı dreni, şant ve ventrikülostomi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Stereotaktikradyocerrahi (SRS) ve stereotaktikradyoterapi (SRT), beyin lezyonlarının tedavisinde kullanılan girişimlerdir. Hem beyin ve sinir cerrahları hem de radyoterapistlerin katılımını gerektirir.

Beynin bir ventrikülüne, geçici olarak oluşan fazla serebrospinal sıvıyı boşaltmak, böylece intrakraniyal basıncı azaltmak için bir harici ventriküler dren uygulanır ise;

**39015-00 Harici ventriküler dren uygulaması** atanmalıdır.

Drenin çıkarılmasına ilişkin kod ise; **90001-00 Eksternal ventriküler dren çıkarılması**

Bir harici ventriküler dren genellikle intrakraniyal cerrahi sırasında uygulanır ve basıncı veya serebral ödemi gidermek için ameliyat sonrasında çıkarılmayabilir. Bu tür durumlarda, dren uygulaması kodlanmamalıdır.

Serebrospinal sıvıyı bir harici torbaya boşaltmak için lomber spinal kanala bir dren tüpü uygulanır ise yaklaşım, bir lomber ponksiyonu aracılığıyla ve kodlanmamalıdır.

**40018-00 Lomber serebrospinal sıvı dreni uygulaması** kodlanmalıdır.

Drenin çıkarılmasına ilişkin kod ise **90008-00 Lomber serebrospinal sıvı dreninin çıkarılması**'dir.

Serebrospinal sıvı şantları uygulanır ise şantın yerine bağlı olarak şu kodları atayın:

**40003-00 [5] Ventrikülo-atrilyeşant uygulaması veya**

**40003-01 [5] Ventriküloplevralşant uygulaması veya**

**40003-02 [5] Ventriküloperitonelşant uygulaması veya**

**40003-03 [5] Diğerekstrakraniyal bölgeye ventriküler şant uygulaması** olarak kodlanmalıdır.

Ventrikülosistemostomi ile üçüncü ventrikülostomi, hidrosefali tedavisinde kullanılan girişimlerdir. Her iki girişim de serebrospinal sıvının, bir ventriküldeki sıvının bir başka intrakraniyal bölgeye boşaltılması yoluyla bir intrakraniyal obstrüksiyonu bypass etmesini sağlar.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 9.3 Uyku apnesi ve ilgili bozukluklar (OSAS) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Obstrüktif uyku apnesi sendromu, obstrüktif uyku apnesi (OSA) ve obstrüktif uyku apnesi hipoapnesi sendromu (OSASH) durumlarını kapsayan bir tanıdır.

Horlama gibi durumlarda OSAS'a ilişkin herhangi bir dokümantasyon yoksa;

**R06.5 Ağız solunumu** kodu kodlanmalıdır.

Horlama ile birlikte OSAS'ın kaydedilmesi halinde ise, yalnızca;

**G47.32 Obstrüktif uyku apnesi sendromu** kodu kodlanmalıdır.

Santral uyku apnesi sendromu, santral uyku apnesi (CSA) ve santral uyku apnesi hipoapnesi sendromu (CSASH) durumlarını kapsayan bir tanıdır.

OSAS/CSAS'e ilişkin durumların varlığında bunlar ana tanı olarak kodlanırken, belirtilirse esas sebebe ilişkin bir ek tanı kodu olarak kodlanmalıdır.



## STANDART 10- GÖZ VE EKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**10.1** Katarakt ve şaşılık kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**10.1.1** Katarakt kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**10.1.2** Şaşılık kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

Katarakta ilişkin detay verilmediği durumda (senil, travmatik, ilaca bağlı vs.) **H26.9 Katarakt, tanımlanmamış** kodu atanmalıdır.

Katarakta ilişkin kodlamalarda hekim tarafından net olarak belirtilmedikçe varsayım yapılarak kodlama yapılmamalıdır. Örneğin yaşlı hastada senil katarakt, diyabetli hastada diyabetik katarakt olarak bir varsayımla kodlama yapılmamalıdır.

Hekim tarafından kataraktın diyabete bağlı geliştiği belirtilirse;

**E1-.36 Diyabetes mellitus, diyabetik katarakt ile birlikte** şeklinde kodlama gerçekleştirilir.

Diyabet hastasında katarakt farklı bir sebeple örneğin yaşla ilişkili bir katarakt olması durumunda;

**E1-.39 Diyabetes mellitus, diğer oftalmik komplikasyon ile birlikte** ve katarakt tipine ilişkin uygun bir ek kodla birlikte kodlanmalıdır.

Glokom ile kataraktın tedavisi aynı operasyon dahilinde yapılırsa, tanı ve işlem kodlarında glokom, kataraktan önce atanmalıdır. Çünkü glokom daha çok hayati önem taşımaktadır.

Şaşılığın onarımı işlemi, operasyonda işlem yapılan kasların sayısı kaydedilmek zorunda olduğundan, daha ayrıntılı bilgi edinilmeden kodlanmamalıdır. Bunun içinde göz hekimlerinden kodlamayı en doğru şekilde gerçekleştirebilmek için gerekli verileri eksiksiz olarak dosyaya kaydetmeleri istenmelidir.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**10.2** Göz enfeksiyonları ve kornea reddi, kodlamalarının nasıl olacağını klinik kodlamacı bilmelidir:

**10.2.1** Kontakt lens intoleransı kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**10.2.2** Girişim sonrası gelişen hifema kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### 10.2.3 Korneal greftin reddi veya yetmezliği kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Kontakt lens intoleransı, **H16.8 Diğer keratit**, **H10.4 Kronik konjonktivit**, **H18.2 Diğer korneal ödem** biri olarak tanımlanmadıkça,

**H18.8 Korneanın diğer tanımlanmış bozuklukları** kapsamında kodlanmalıdır.

Girişim sonrası gelişen bütün hifema vakaları için;

**H59.8 Göz ve adnekslerinin diğer işlem sonrası bozuklukları**,

**H21.0 Hifema** ve uygun bir dış neden kodu ile birlikte atanmalıdır.

İnflamasyon veya enfeksiyon dışında herhangi bir nedenle korneal greft yetmezliği veya reddi **T85.3 Diğer oküler protez cihazları, implantlar ve greftlerinin mekanik komplikasyonu** olarak kodlanmalıdır.

İnflamasyon veya enfeksiyona bağlı korneal greft yetmezliği ise;

e-kitapta; **T85.78 Diğer internal protez cihazları, implantlar ve greftlere bağlı enfeksiyon ve inflamatuvar reaksiyon** olarak kodlanmalıdır. Ayrıca greft reddine neden olan enfeksiyon veya diğer durumlara ilişkin ek kod da ilave olarak kodlanmalıdır.

#### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 10.3 Trabekülektomi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Trabekülektomi, glokom tanısı alan hastalarda göz içindeki basıncın düşürülmesi için gerçekleştirilen tedavi yöntemidir.

Trabekülektomi işlemi sklera fistülizasyonu ve periferik iridektomi işlemlerinin bileşiminden oluştuğu için kodlamada ayrı ayrı işlem bileşenlerinin kodlanması yerine yalnızca;

**42746-04 Trabekülektomi** kodunun kodlanması yeterlidir.

## STANDART 11-

KULAK, BURUN, AĞIZ VE BOĞAZ  
DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**11.1** ▶ **Grommet, tonsillektomi ve FESS kodlamasında nelere dikkat edileceğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**11.1.1** ▶ Grommetlerin (kulak tüpünün) çıkarılması için yatış durumunun kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**11.1.2** ▶ Tonsillektomi işleminin kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**11.1.3** ▶ Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESS) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Kulak tüpü (ventilasyon tüpü) otitis mediayı/yapışkan kulağı tedavi etmek için kullanılır. Bu tüpler kulakta boşaltma kanalı oluşturur ve tüpten dolayı kulak zarının perforasyonu devam eder genelde kendiliğinden çıkarken bazen çıkarılması için cerrahi gerekebilir, böyle bir durumda;

Ana tanı: *H72.9 Timpanik membran perforasyonu, tanımlanmamış*

İşlem kodu: *41644-00 Perfore timpanik membran kenarının eksizyonu* kodları kullanılmaktadır.

İki taraflı ise iki kez kodlanmalıdır.

Akut veya kronik olarak tanımlanmamış tonsillit durumunda; tonsillektomi işlemi gerçekleştirilirse kronik tonsillit, gerçekleştirilmezse akut tonsillit olarak kodlanmalıdır.

Ancak hekim tarafından akut ya da kronik olarak belirtilen tonsillitler için tonsillektomi yapılmış olması bazı klinik kodlamacıların kafasını karıştırmaktadır. Yani hekim tarafından akut tonsillit olarak belirtilmiş olan tonsillit tanısında da tonsillektomi işleminin yapılabileceği aklımızda olmalıdır.

Yüzde bulunan kemiklerin içindeki boşluklara sinüs denilmektedir. Bu bölgenin hastalıklarında cerrahi olarak gerçekleştirilen bazı işlemler bulunmaktadır. FESS işlem bileşeni olarak etmoidektomi, antrostomi, sinüsektomi gibi bazı işlemleri içerebileceği için kodlamada gerçekleştirilmiş olan işlemlere ilişkin uygun kodlar kullanılmalıdır.

Ayrıca FESS'in kaydedilmiş olması halinde, cerrahi işlem endoskopik olarak gerçekleştirilmiş olacağı için *41764-01 Sinoskopi* işlem kodu da kodlanmalıdır.

## STANDART 12- DOLAŞIM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**12.1** Kalp durması (kardiyak arrest) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Kardiyak arrest kodu diğer tanısal kodlardan farklı olarak resusitasyon gerçekleştirildiği zaman atanmalıdır.

Arrest olan hastada resusitasyon yapıldıktan sonra;

Eğer hasta yaşıyorsa, *146.0 Başarılı resusitasyonlu kardiyak arrest*,

Eğer hasta ölmüşse, *146.9 Kardiyak arrest, tanımlanmamış* kodu kodlanmalıdır.

**Kardiyak arrest ana tanı olmamalıdır.**

Arresti oluşturan, altta yatan sebebi ana tanı olarak kodlamak gerekmektedir.

Hasta bir yatış içerisinde birden fazla resusitasyon yapıp birisi başarılı iken diğeri arrest ile sonuçlanırsa hem 146.0 hem de 146.9 kodları aynı anda atanacaktır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**12.2** Hipertansiyon kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Hipertansiyon tanısında açıklayıcı ek bir bilgi yoksa *110 Esansiyel (primer) hipertansiyon* kodlanır.

Hipertansiyon ile kalp hastalığı arasında nedensel bir ilişki bulunuyorsa *111 Hipertansif kalp hastalığı* grubundan kodlama yapılmalıdır.

Hipertansiyon ile böbrek hastalığı arasında nedensel bir ilişki bulunuyorsa *112 Hipertansif böbrek hastalığı* kapsamında kodlanmalıdır.

Hipertansiyon ile kalp hastalığı ve böbrek hastalığı arasında nedensel bir ilişki görülmesi halinde ise kombinasyon kodu olan *113 Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı* atanmalıdır.

Sekonder Hipertansiyon (115) kodları ise hipertansiyonun feokromasitoma veya renal arter stenozu gibi başka bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıktığı durumlarda kodlanır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**12.3** Koroner arter bypass greftler (KABG) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**12.3.1** KABG ile birlikte gerçekleştirilen ek girişimlerin kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**12.3.2** KABG gerçekleştirilmesi ve daha önce uygulanmış olan bir bypass greftinin rekonstrüksiyonunun yapılması ve yapılmaması durumlarında kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**12.3.3** Kardiyak revizyon/reoperasyon girişimlerinde tanı kodlamalarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

KABG durumuna ilişkin kodlamada 2 husus kodlama açısından önemlidir;

- Greft uygulanan koroner arter sayısı
- Greft maddesinin türü

Greft için damar alma, işlem bileşeni olduğundan kodlanmamalıdır.

Kodlama açısından teknik bilgiden ziyade bilinmesi gereken en önemli husus;

e-kitapta by-pass işlemine ilişkin kodların bulunmasıdır.

Bu da e-kitapta işlemler bölümünde B harfi içinde;

B-bypass—arteryel---koroner----ile-----(greft maddesinin türü; mamma, epigastrik arter vs.)-----alınan greft sayısı(1 veya 2 ve üzeri)

KABG sırasında uygulanan ek işlemlerin olması durumunda bunlarda işlem olarak kodlanır. Kalp ve akciğer bypassı (CPB) merkezi kanülasyon **38600-00 Kalp ve akciğer bypassı, merkezi kanülasyon** kodu kodlanmalıdır.

Periferik kanülasyon ise femoral arter veya subklavian arter ile uygulanabilmektedir. Bu durumda **38603-00 Kalp ve akciğer bypassı, periferik kanülasyon** kodu kodlanmalıdır.

Kardiyopleji, hipotermi, geçici kalp pili (geçici elektrotlar) KABG girişiminin rutin parçası olduğu için bu işlem kodları atanmamalıdır.

Bir reoperasyon KABG'nin gerçekleştirilmesi ve daha önce uygulanmış olan bir bypass greftinin rekonstrüksiyonunun yapılması halinde şu kodlamaları yapın:

KABG koduna ek olarak,

**38637-00 Reoperasyon, koroner arter greftinin rekonstrüksiyonu** kodu kullanılır.

Adezyon divizyonu gerçekleştirilirse, **38647-00 Torasik adezyonların divizyonu** kodu da eklenir.

Bir reoperasyon KABG'inin gerçekleştirilmesi; ancak, daha önce uygulanmış olan bir bypass greftinin rekonstrüksiyonunun yapılmaması halinde ise;

KABG kodu (kodları) ve **38640-00 Reoperasyon, diğer kardiyak girişim, başka yerde sınıflanmamış** kodu ayrıca yine yapılmışsa,

Adezyon divizyonu için **38647-00 Torasik adezyonların divizyonu** kodu eklenir.

Revizyon veya reoperasyon girişimlerinde;

İlk cerrahi girişimden sonra bir ay içinde, ilk girişime bağlı bir komplikasyona bağlı revizyon veya reoperasyon için hastaneye yatırılan hastalara komplikasyonla ilgili bir ana tanı kodlanmalıdır.

İlk cerrahi girişimden sonra bir aydan daha uzun bir süre içinde, bir cerrahi girişim komplikas-

yonu ile ilgili olmayan bir revizyon veya reoperasyon girişimi için hastaneye yatırılan hastalarda, cerrahi girişim gerektiren kardiyak durum ana tanı olarak kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 12.4 Kalp kateterizasyonu (Anjio) girişiminin kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Tanısal kalp kateterizasyonu; sağ kulakçıkta, sol kulakçıkta veya sağ ve sol kulakçığın her ikisinde birden gerçekleştirilebilen bir invazif tanısal girişimdir.

Koroner anjiyogram (koroner arteriyografi) gerçekleştirilir ise;

38218-\*\* kodlarından uygun olan işlem kodu kodlanır.

Kalp kateterizasyonu ve koroner anjiyogram ile birlikte bir ventrikülogram veya aortografinin de yapılması halinde bunlarda ek kod olarak atanmalıdır.

Kateterizasyonun kalbin hangi kulakçığında yapıldığına dair dokümanda herhangi bir bilgi yoksa;

10 veya üstü yaş grubundaki hastalar için varsayılan kateterizasyonun "sol" olması gerekirken, 10 yaşın altındaki hastalarda bu "sağ ve sol" olmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 12.5 Kalıcı ve geçici kalp pilleri kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Kalp pilleri puls jeneratörü ve elektrod olmak üzere iki kısımdan meydana gelir.

Kalıcı kalp pili kodlanırken hem jeneratörün hem de elektrotların yerleştirilmesi kodlanmalıdır.

Eğer bir otomatik implante edilebilir kardiyoverter defibrillatörü (AICD) (ICD) uygulanırsa bu da ayrıca kodlanmalıdır.

Kalp pilinin test edilmesi kalp pilinin uygulandığı bakım epizodunda rutin olarak yapıldığından işlem kodu olarak atanmamalıdır.

Eğer farklı bir bakım epizodunda kalp pili testi yapılırsa, implante kardiyak kalp pili ve/veya defibrilatörün testi kapsamında bir kod atanmalıdır.

Değiştirme için, hem eskisinin çıkarılmasını hem de yenisinin takılması kodlanır. Kalp pilinin elektif değiştirilmesi için yatış tanısı olarak, **Z45.0 Kalp cihazının ayarlanması ve yönetimi** atanmalıdır.

Kalp pili sisteminin komplikasyonlarına ilişkin tanılar;

**T82.1 Elektronik kalp cihazlarının mekanik komplikasyonu**, kalp pili veya leadlerdeki bozulma, lead'in kırılması veya lead'in yerinden oynaması durumunda kodlanır.

**T82.7 Diğer kardiyak ve vasküler cihazlar, implantlar ve greftlere bağlı enfeksiyon ve inflammatuar reaksiyon**, enfekte kalp pili cebi veya leade bağlı enfeksiyonu içerir.

**12.6.8 Kardiyak ve vasküler protez cihazları, implantlar ve greftlerinden dolayı diğer komplikasyonlar**, kalp pili cebindeki hematomu veya kalp pilinin cep bölgesinde aşınma durumunu içerir.

Kalp pili sendromu için **197.1 Kardiyak cerrahi sonrası diğer fonksiyonel bozukluklar** kodu atanmalıdır.

Kalp pilinin durumu için, bakım epizodunda cihazın ayar veya kullanım gerektirmesi dışında **Z95.0 Kardiyak cihaz varlığı** kodu atanmalıdır. Kalp pili bulunan hastalar cerrahi girişim sırasında ek bakım gerektirdiğinden, bu hastalar bütün cerrahi girişim vakaları kapsamında kodlanmalıdır.

Geçici kalp pili elektrotları (pacing wires) kalp ameliyatı ile birlikte uygulandığında kodlanmamalıdır.

Benzer şekilde, geçici kalp pili elektrotlarının ayarı, yeniden konumlandırılması, manipülasyonu veya çıkarılması işlemleri de kodlanmaz.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 12.6 Pulmoner ödem, İKH, PDH kodlamalarının nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir:

**12.6.1 Akut pulmoner ödem kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**12.6.2 İskemik kalp hastalığı kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**12.6.3 Aterosklerotik kalp hastalığı kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**12.6.4 Periferik damar hastalığı (PDH) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**12.6.5 Kardiyak ve vasküler protez cihazları, implantları veya greftlerinin komplikasyonlarında kodlamanın nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

"Akut pulmoner ödem" durumunun, esas sebebe ilişkin ayrıntılı bir tanımlama yapılmaması durumunda; **150.1 Sol ventrikül yetmezliği** kodu atanmalıdır.

**150.0 Konjestif kalp yetmezliği**nin atandığı durumlarda sol ventrikül yetmezliğini kapsadığı için ayrıca **150.1 Sol ventrikül yetmezliği** tanı kodu atanmamalıdır.

İskemik kalp hastalığı koroner arter hastalığı ya da aterosklerotik kalp hastalığına neden olur. Bununla birlikte angina ve iskemik kalp hastalığı birlikte dokümanite edilmişse ve hasta o yatışında bu hastalıklarla ilgili tedavi görmüşse ikisi birlikte kodlanır. Angina ana tanı olarak kodlanır.

Arteriosklerotik kalp hastalığı arterlerde tromboz, striktür, embolizm, tıkanıklığa bağlı olarak meydana gelebilmektedir.

Kodlamada eğer doğal koroner arterde aterosklerotik hastalık belgelenmiş ise I25.11 Aterosklerotik kalp hastalığı, doğal koroner arterin,

Bir otolog bypass greftinde ateroskleroz belgelenmiş ise; I25.12 Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog bypass greftin,

Eğer aynı bakım epizodunda doğal koroner arterde aterosklerotik hastalık ve farklı bir damarda bypass grefti belgelenmiş ise I25.11 ana tanı, farklı bir damardaki bypass grefti varlığını belirtmek amacı ile Z95.1 Aortakoroner bypass grefti varlığı tanısı ek olarak,

Otolog olmayan (sentetik vb gibi) bypass greftinde ateroskleroz belgelenmiş ise; I25.13 Aterosklerotik kalp hastalığı, nonotolog bypass greftin tanı kodları atanmalıdır.

KAH'ın spazm, embolizm ve diğer tanımlanmış nedenler belirtilmeksizin kaydedilmiş olması halinde, I25.1- Aterosklerotik kalp hastalığı kategorisinden bir kod atanmalıdır.

Bir koroner arter embolizmi kaydedilmiş ancak hasta miyokard enfarktüsü geçirmemişse;

**I24.0 Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner tromboz** kodlanmalıdır.

Miyokard enfarktüsü geçirmişse;

**I21 Akut miyokard enfarktüsü** grubundan uygun bir kod atanmalıdır.

Emboli aterosklerozla birlikte ise (örn: ateroembolizm); I25.1- Aterosklerotik kalp hastalığı grubundan bir ek tanı kodu ile gösterilir. Diğer bölgelerin embolizmi; Alfabetik hastalık indeksindeki gibi kodlanır.

Bir bypass greftinin embolizmi veya tıkanıklığı söz konusu olduğunda;

**T82.8 Kardiyak ve vasküler protez cihazları, implantları veya greftlerinden dolayı diğer komplikasyonlar** kodu atanmalıdır.

**I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları**

Kronik iskemik kalp hastalığından bahsediliyorsa veya başlangıcından itibaren dört haftadan (28 gün) daha uzun bir süre geçmiş miyokard enfarktüsü için;

**I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları** kodu atanmalıdır.

Koroner arter anevrizması, arteriti, deformitesi (kazanılmış) veya koroner yetmezliği (kronik veya dört haftadan daha uzun bir süre ile tanımlanmış) durumları da;

**I25.8 Kronik iskemik kalp hastalığının diğer formları** olarak kodlanır.

Dökümantasyonda PDH'nin niteliği hakkında daha ayrıntılı bilgi varsa spesifik hastalığı kodlanmalıdır.

Ateroskleroz başta olmak üzere tromboz, arteriyel travma, arteriyel duvar spazmı veya konjenital yapısal anomali periferik damar hastalığına (PDH) neden olabilmektedir.

Dökümantasyonda "PDH veya kronik iskemik bacak" kaydedilmiş ancak nedeni hakkında daha fazla bilgi yoksa **I70.2- Ekstremitte arterlerinin ateroskleroza** kodu atanmalıdır.

Bu durumda **I73.9 Periferik vasküler hastalığı, tanımlanmamış** kodu atanmamalıdır.

Reynaud Sendromu denmişse **I73.0 Reynaud sendromu, Femoral arterlerin embolizmi** kodlanır.

PDH veya kronik iskemik bacak şeklinde kaydedilmiş daha ayrıntılı bir tanımlama yoksa:

**I70.2 Ekstremitte arterlerinin ateroskleroza** kodlanır.



**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****12.7** Angina ve MI kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**12.7.1** Angina pektoris kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**12.7.2** Akut miyokard enfarktüsü kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**AÇIKLAMA**

Anginanın özgül tipleri şöyledir:

- I20.0 Anstabil angina
- I20.1 Belgelenmiş spazm ile birlikte angina pektoris

Hasta kararsız angina nedeni ile yatırılır, ardından da MI geçirirse;

I21.- Akut MI grubundan bir kod atanır. Bu durumda angina kodlanmaz.

Ancak MI'dan sonra gelişen angina durumunda;

**I20.0 Anstabil angina** ek kod olarak atanmalıdır.

Kodlama yaparken Transmural (kalp kasının tüm duvarını etkileyen) veya ST yüksekliği olan MI'da etkilenen bölge ve duvara dikkat edilmeli ve buna göre kodlanmalıdır. Böyle bir durumun varlığında I21.0-I21.3 grubundan uygun olan bir kod seçilmelidir.

Tek başına etkilenen bir subendokardiyal enfarktüs için etkilenen bölge veya duvar kodlanmaz.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****12.8** Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**AÇIKLAMA**

ECMO oldukça pahalı olup uzun yatış süresi gerektirir.

ECMO, klinik kayda girildiğinde **90225-00 Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu**, kodlanmalıdır. Ancak ECMO, ekstrakorporeal dolaşım ile aynı olmadığı için açık kalp ameliyatında gerçekleştirilen ekstrakorporeal dolaşım hariç tutulmalıdır. Bu durumda ECMO olarak kodlama yapılmaz.

## STANDART 13- SOLUNUM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**13.1** Astım, KOAH ve pnömoni kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**13.1.1** Astım kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**13.1.2** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**13.1.3** Pnömoni kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

Astımda kodlamaya ilişkin dikkat edilmesi gereken husus;

*J45.- Astım*

*J46 Status astmatikus*

Klinik kayıtlarda astımın şiddetli olduğuna, ilaç tedavisine yanıt vermediğine ilişkin dokümantasyon varsa status astmatikus kapsamında kodlanması gerektiği, bunun olmadığı diğer tüm durumlarda ise J45.- kapsamında kodlanması gerektiği bilinmelidir.

Kronik obstrüktif olarak tanımlanan veya KOAH ile birlikte kaydedilen astım yalnızca J44.- kapsamında kodlanmalıdır.

Obstrüksiyon ifade eden durumlarda J45.- Astım kapsamında kodlamak uygun değildir.

KOAH'ın akut alevlenmesine yönelik kodlama için "akut ve kronik" durumu yansıtmak amacıyla bir ek kodun kullanılması gerekmez. J44 için alt kırılımda yer alan **J44.1 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenme ile birlikte, tanımlanmamış**'in kodlanması yeterli olmaktadır.

Kronik obstrüktif havayolu hastalığı'nın (KOAH) enfeksiyonla alevlenmesi, enfektif durum, pnömoni gibi spesifik bir durum olarak ayrıca belirtilmediği müddetçe;

**J44.0 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte** kodu atanmalıdır.

Pnömoni gibi özel bir tanı daha tanımlanmışsa o zaman verilen diğer tanı KOAH ile birlikte kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**13.2** Sürekli solunum desteği (SSD) ile ilgili kodlama standartlarını klinik kodlamacı bilmelidir:

**13.2.1** Sürekli solunum desteği (mekanik ventilasyon), kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**13.2.2** Sürekli solunum desteğinin sonraki dönemlerinin (mekanik ventilasyon), kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**13.2.3** Non invaziv ventilasyonların (NİV) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Sürekli solunum desteğinde başlatma yeri ve süre için kodlar kullanılmalıdır.

Sadece sevkle gelen hastalarda SSD sevk eden hastanede başlatıldığında, ventilasyonun başlangıç yeri kodlanmamalı, sadece süre kodlanmalıdır.

Sürekli solunum desteği ile birlikte trakeostomi uygulanırsa ek kod olarak atanmalıdır.

**Süreye ilişkin kodlamada:**

**13882-00 [569]** Sürekli solunum desteği kullanımı,  $\leq 24$  saat

**13882-01 [569]** Sürekli solunum desteği kullanımı,  $> 24$  ve  $< 96$  saat

**13882-02 [569]** Sürekli solunum desteği kullanımı,  $\geq 96$  saat

**24 saatten az olan Sürekli Solunum Desteği;**

Cerrahi bir girişimin parçası olarak yapılmışsa kodlanmaz.

SSD, cerrahi girişimin parçası olarak gerçekleştirilmediği durumlarda kodlanır.

Örneğin, baş yaralanması veya yanık sonrası yoğun bakım ünitesinde uygulanan  $\leq 24$  saatlik solunum kodlanır.

Cerrahi girişim sırasında başlatılan ve 24 saatten uzun süren ventilasyonlar, intraoperatif entübasyondan itibaren başlayan süre ile birlikte kodlanmalıdır.

SSD ile birlikte **Entübasyon** uygulanırsa

**1. 16 yaş altı hastalar için;**

Ventilasyon kodlarına ek olarak; uygun entübasyon kodu atanır.

**2. 16 yaş üstü hastalar için;**

Ventilasyon kodlarına ek olarak entübasyon kodu atanmaz.

SSD kapsamında uygulanan **sonlandırma yöntemleri** (CPAP, IMV, PSV) kodlanmaz.

**Sürenin hesaplanması;**

Hastanın SSD'de olduğu saatler, **tamamlanmış kümülatif saatler** olarak alınmalıdır.

Ventilasyon süresini hesaplamaya aşağıdaki uygulamalardan biriyle başlanır:

- 1. Endotrekeal entübasyon:** Süre entübasyondan itibaren başlatılır.
- 2. Trakeostomi:** Süre ventilasyonun başlatılması ile başlatılır
- 3. Ventilasyonda gelen hasta yatışı:** Süre geliş saatinde başlatılır.

Ventilasyon süresini hesaplamayı aşağıdaki uygulamaların biri ile bitirin:

- 1. Ekstübasyon:**

2. SSD'nin herhangi bir sonlandırma uygulaması ile durdurulması
3. Trakeostomili hastalarda SSD'nin kesilmesi
4. SSD'li hastanın taburcu edilmesi, ölümü veya sevki
5. Epizod türünün değişmesi

**Bir yatış içerisinde birden fazla ventilasyon uygulaması:**

SSD kesildikten sonra, hastanın durumu tekrar kötüleşebilir.

Aynı yatış döneminde tekrar solunum desteğine ihtiyaç duyulabilir.

Böyle durumların kodlamasında süre için kümülatif süreyi gösteren tek kod kullanılırken, başlatma yeri için ihtiyaca göre birden fazla kod kullanılabilir.

Süre için tek kod,

**13857-00 Sürekli Solunum desteği, yoğun bakım ünitesi dışında**

**13879-00 Sürekli solunum desteği, yoğun bakım ünitesinde**

Kodlarından uygun olan/olanlar ek kod olarak kodlanır.

**Entübasyon:**

Entübasyon hava yolunu açık tutmak için bazı durumlarda solunum destek sistemleri olmaksızın uygulanabilir.

Örnek:

Çocuklarda: krup, astım, epilepsi vs.

Yetişkinlerde: yanık, şiddetli travma vs.

Entübasyon, ventilasyon olmaksızın uygulandığı durumlarda, hastanın yaşı ne olursa olsun, uygun kodlar kullanılır.

**22007-01 [568] Endotrakeal entübasyon, tekli lümen**

**22008-01 [568] Endotrakeal entübasyon, çift lümen**

**90179-05 [568] Nazofaringeal entübasyon**

**92035-01 [568] Solunum yolunun diğer entübasyonu**

**Non invazif Ventilasyonda(NİV) Süre:**

Non invazif ventilasyonun uygulandığı saatler, **kümülatif saatler** olarak alınmalıdır.

NİV süresinin hesaplanması ile ilgili olarak, NİV'in kesilmesi ile yeniden başlatılması arasında  $\leq 1$  saatlik süre, sürekli NİV olarak kabul edilmelidir.

**NİV Kimlerde kodlanır;**

Yenidoğanlar da ( $< 28$  gün), **herhangi bir süre**

**$\geq 24$  kümülatif saat** için diğer bütün hastalar

**NİV Kodlanmadığı Durumlar:**

1. NİV, SSD kapsamında uygulanan bir sonlandırma yöntemi olarak kullanıldığında
2. Entübasyon ve trakeostomi ile uygulandığında (Bu tür durumlarda, **[569] Sürekli solunum desteği bloğundan uygun kodları atayın**)
3.  $< 24$  kümülatif saat için uygulandığında (yenidoğanlar hariç)

# STANDART 14- SİNDİRİM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**14.1** Apandisit ve herni kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**14.1.1** Apandisit tanısına ilişkin kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**14.1.2** Hernilerin kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

Apandisit tanısında patolojik olarak sonuç negatif çıkmış olsa bile hekim klinik olarak apandisit tanısı koyduğu zaman kodlama apandisit olarak yapılmalıdır.

Apandisit ameliyatı ile birlikte mezenterik adenit kaydedilmişse mezenterik adenit de kodlanmalıdır.

Apandisit ameliyatı sonrasında apandiksın histopatolojisi normale ve mezenterik adenit kaydedilmişse, mezenterik adenit ana tanı olarak kodlanmalıdır. (*188.0 Nonspesifik mezenterik lenfadenit*); karın ağrısı ise kodlanmamalıdır.

Hernileri doğru şekilde kodlayabilmemiz için, şunları bilmeniz gerekir:

- Herninin yeri (inguinal, femoral vs)
- Tek taraflı veya çift taraflı (unilateral- bilateral) olması
- İnguinal herniler için, rekürren (tekrarlayıcı) olup olmadığı
- Bağırsak tıkanmasına neden olup olmadığı
- Fıtıklaşmış bağırsağın gangrenöz olup olmadığına dikkat edilmelidir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**14.2** GİS kanamalarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**14.2.1** Üst GİS kanama kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**14.2.2** Alt GİS kanama kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

**Üst GİS kanama:**

Eğer incelemelerde bir ülser, erozyon veya varis tespit edilirse, bu bulgular kanama kaynağı olarak değerlendirilip kanamalı kodu kullanılabilir.

### Alt GİS kanaması:

Alt GİS kanaması ile ilgili durumlarda ise üst GİS'deki gibi bir yorum yapılamaz. Kanama ile incelemede bulunan herhangi bir durum arasında net bir bağlantı olması gerekir.

Kanamaya ilişkin hiçbir neden bulunmadığı zaman, hastanın hematemizi, melenası veya GİS kanaması olduğunu belirtmek için *K92 Sindirim sisteminin diğer hastalıkları*'ndan bir kod atanabilir.

### Alt GİS için işlemler şunları içerir:

- proktoskopi
- proktosigmoidoskopi
- sigmoidoskopi
- kolonoskopi (kısa ve uzun)

Kolonoskopiler için varsayılan genel kod, *32090-00 Çekuma fiberoptik kolonoskopi*'dir.

Sigmoid kolonu, desendan (inen) kolonu, splenik fleksurayı veya transvers kolonu gösteren kolonoskopiler, *32084-00 Hepatik fleksuraya fiberoptik kolonoskopi* kodu altında yer almaktadır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 14.3 Gastrit, özofajit ve helicobacter/campylobacter kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**14.3.1** Gastrit ile birlikte gastrik ülser kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**14.3.2** Özefajit kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**14.3.3** Helicobacter /campylobacter kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Gastrit ile gastrik ülserin birlikte bulunduğu durumlarda;

Gastrik ülser (K25.-) ana tanı olarak kodlanır.

Ülseratif olarak tanımlanan özefajit için;

*K21.0 Gastro-özefageal reflü hastalığı, özefajit ile birlikte* kodlanmalıdır.

Helicobacter pylori pozitifliği tespit edildiği zaman; *B96.81 Diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların sebebi olarak, Helicobacter pylori* kodu ek kod olarak kodlanır.

Campylobacter enfeksiyonu için; *A49.8 Tanımlanmamış bölgenin diğer bakteriyel enfeksiyonları* atanmalı, gastrointestinal yolun Campylobacter enfeksiyonları için; *A04.5 Campylobacter enteriti* atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**14.4** Gastroenterit kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Eğer gastroenterit, enfeksiyöz olarak belirtilmemişse;

Çocuklarda (15 yaş ve altı) **A09 Enfeksiyöz kökenli kabul edilen ishal ve gastroenterit**, yetişkinlerde ise **K52.- İnfektif olmayan diğer gastroenterit ve kolit** olarak kodlanmalıdır.

Gastroenterit ile birlikte dehidratasyonun tedavisinde, gastroenterit ana tanı, dehidratasyon ek tanı olarak kodlanır.

Hekim tarafından gastroenteritin enfeksiyon kaynaklı olarak belirtilmediği durumlarda bu şekilde yorum yapılırken, hekim tarafından çocuklarda enfeksiyona bağlı olmayan gastroenterit ya da erişkinde enfeksiyona bağlı gastroenterit tanısında koyulabileceği unutulmamalıdır. Böyle bir durumda kodlama hekimin belirttiği tanıya uygun olarak yapılmalıdır.

**STANDART 15-****DERİ VE SUBKUTAN DOKUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ****DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**15.1** Debridman kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Debridmanlar çoğunlukla eksizyonel olarak yapıldığı için özellikle non eksizyonel olduğuna dair bir doküman olmadıkça kodlama eksizyonel olarak yapılmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**15.2** Plastik cerrahi ve blefaroplasti kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**15.2.1** Plastik cerrahi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**15.2.2** Blefaroplasti kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Kozmetik veya rekonstrüktif plastik cerrahinin nedeni ile ilgili bir durumdan bahsedilmişse söz konusu durum ana tanı olarak kodlanmalıdır. (Büyük kulaklar, skar revizyonu vs.)

Neden belirtilmemişse veya ICD 10-AM'de kabul edilmeyen bir terim ise (yüz gerdirme vs) *Z41.1 Kabul edilebilir olmayan kozmetik görünüm için diğer plastik cerrahiler* veya

*Z42. - Plastik cerrahiye ait takip bakımı*'ni ana tanı olarak kodlamak gerekmektedir.

Kozmetik blefaroplasti, *45617-00 Üst göz kapağının redüksiyonu* veya *45620-00 Alt göz kapağının redüksiyonu* kapsamında kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**15.3** Meme ve kozmetik plastik cerrahilerin kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**15.3.1** Meme implantlarının alınması ve profilaktik mastektomi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**15.3.2** Kozmetik ve rekonstrüktif plastik cerrahi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Meme implantının alınması veya değiştirilmesindeki neden, implantın bir komplikasyonu ise; *T85. - Diğer internal ortopedik protez cihazları, implantları ve greftlerinin komplikasyonları* grubundan uygun bir kod ana tanı olarak kodlanır.



İmplant psikolojik bir nedenden dolayı alınıyorsa;

**Z42.1 Meme plastik cerrahisi takibi** ana tanı olarak kodlanır.

Psikolojik neden için uygun şekilde bir ek tanı kodu atanmalı veya **Z71.1 Teşhis edilmemiş korku verici şikayeti olan kişi** kodunun ek kod olarak belirtilmesi gerekmektedir.

Bazı hastalarda daha önceden geçirdiği bir hastalıktan dolayı veya aile öyküsünden dolayı mastektomi işlemi gerçekleştirilmesi gerekebilir. Böyle bir durumda;

Profilaktik mastektominin nedeni ana tanı olarak kodlanmalıdır.

**Z40.00 Habis neoplazmalarla ilgili risk faktörleri için profilaktik cerrahi, meme** veya

**Z40.8 Profilaktik cerrahiler, diğer** ek tanı olarak atanmalıdır.

Meme hastalığı olmaksızın gerçekleştirilen profilaktik cerrahi için veya kesin sebebi içeren bir klinik kaydın olmadığı hastalarda;

**Z40.00 Habis neoplazmalarla ilgili risk faktörleri için profilaktik cerrahi, meme** veya

**Z40.8 Profilaktik cerrahiler, diğer** kodu ana tanı olarak atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 15.4 Dekübit/basınç ülseri kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Hastanede uzun süre yatan ve/veya yatalak hastalarda uzun süreli hareketsizliğe bağlı olarak meydana gelen ülser tipleridir. Dekubitus [bası] ülserleri, ciddiyetlerine göre evre 1'den 4'e kadar sınıflandırılır.

Ülserin derinliğiyle ilgili olarak farklı evrelerde birden fazla bölgede ülser bulunması durumunda, yalnızca en ciddi olan yeri belirten tek bir kod atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 15.5 Orbital ve periorbital selülit kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Selülitin bir açık yara veya deri ülseri ile ilişkili olması halinde, komplike yara kodu veya deri ülseri kodu ana tanı, yara veya ülser tedavi edilirse selülit ek tanı olarak atanmalıdır.

Selülitin tedavisine yönelik yatışta, tedavi gerektirmeyen veya daha önce tedavi edilmiş olan yaraların bulunması durumunda; selülit ana tanı, komplike yara ise ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Orbital selülit tanısı, yalnızca orbital boşluktaki yumuşak dokuların, göze sıçrayabilecek inflamasyonu söz konusu olduğunda **H05.0 Orbitanın akut inflamasyonu** kapsamında kodlanmalıdır.

Periorbital selülit, **L03.2 Yüz selüliti** kapsamında, göz kapağı ilişkili ise **H00.0 Arpacık ve göz kapağının diğer derin inflamasyonu** ek kodu ile birlikte kodlanmalı ve L03 Selülit kategorisi kapsamına, göz kapağı selüliti kodlanmamalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**15.6** **Yüz kemiklerinin ostektomisi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**AÇIKLAMA**

Kemiğin aynı fasiyal bölgeden alındığı herhangi bir kemik grefti de kodlanır. İliak krest gibi bir başka bölgeden alınan kemik grefti için aşağıda verilen ek kodlardan uygun olan kodlanmalıdır.

*48239-00 Kemik grefti, başka yerde sınıflanmamış*

*47726-00 Greft amacıyla kemiğin alınması, ayrı insizyon yoluyla*

## STANDART 16-

## KAS İSKELET SİSTEMİ VE BAĞ DOKUSU DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**16.1** ▶ **Sırt ve kronik bel ağrısı kodlamalarının nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir:**

**16.1.1** ▶ Sırt ağrısı kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**16.1.2** ▶ Kronik bel ağrısı sendromu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**16.1.3** ▶ Myelopati ile birlikte disk bozuklukları kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Sırt ağrısı tanısı, uzun süre devam eden bir yaralanmayı ifade etmek için kullanılıyorsa, **M54.5 Bel ağrısı** kodu varsa geç etki kodları ile birlikte atanmalıdır.

Kronik bel ağrısının esas sebebi biliniyorsa, yalnızca esas sebep kodlanmalıdır. Esas sebep bilinmiyorsa, kodlama **M54.5 Bel ağrısı** veya **M54.4 Lumbago, siyatik ile** grubunda kodlama yapılmalıdır.

Disk bozukluklarının myelopati veya radikulopati ile birlikte görülmesi gerekmez. Myelopati yalnızca klinik tanı olarak belirtilmişse kodlanmalıdır. Radikulopati ile birlikte olduğu durumlarda hançer yıldız kuralına dikkat edilmelidir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**16.2** ▶ **Kalça protezinin dislokasyonu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

Hastada kalça protezinin travmatik dislokasyonu görülen vakalarda;

**S73.0- Kalça çıkığı** kodu,

**Z96.64 Kalça implantı varlığı** ek tanı kodu ile birlikte atanmalıdır.

Kalça protezi bulunan hastalarda;

- Proteze ilişkin bir hatadan bahsediliyorsa,
- Kalça replasmanı revizyonu için yatırılmış ise,
- Ana tanı osteoartrit olup 2. veya 3. kez bir kalça replasmanının gerçekleştirileceği belirtiliyorsa

Bu hastalarda **T84 İnternal ortopedik ptoz cihazları, implant ve greftlerinin komplikasyonları** grubunda bir kod kullanılmalıdır.

Çıkan kalça protezinin kapalı redüksiyonu, **47048-00 Kalça çıkığının kapalı redüksiyonu** olarak kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****16.3 Sement spacer ve artroplasti kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**16.3.1** Sement spacer / boncuklar kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**16.3.2** Silastik buton artroplasti kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA****Sement spacer:**

Enfekte olan bir protez ekleme uygulanan akrilik dolgu maddesidir. Enfeksiyona yönelik antibiyotik ile doyurulur. Tedavi sonucu enfeksiyon geçtiğinde protez ve spacer çıkarılarak yeni bir protez takılır.

Sement spacer eklem protezinin çıkarılması gibi başka işlemin bir parçası olarak uygulanıyorsa, sement spacer'ın uygulanması veya çıkarılması işlemini kodlamaya gerek yoktur.

Ancak, sement spacer'ın uygulanması veya çıkarılması işlemi bağımsız olarak yapıyorsa;

Uygulama için: bölgenin insizyonu ve antibiyotik enjeksiyonu kodlanır ([1920] Kemoterapi, – 02 uzantısı ile birlikte).

Çıkarma için: bölgenin insizyonu ve *92202-00 Terapötik aygıtın çıkarılması, başka yerde sınıflanmamış*'ı kodlanmalıdır.

1920 nolu blokta farmakoterapi grubunda yer alan işlemler normalde kodlanmazken sement spacer gibi özel bir durum için kodlanacağı unutulmamalıdır.

Silastik buton artroplasti, eklem replasmanı olarak kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****16.4 Diz yaralanmalarının nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**16.4.1** Diz menisküsü/ligament yırtılması, BŞT kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**16.4.2** Diz erozyonu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Yırtık menisküs veya ligament tanısı için durumun akut olduğu hekim tarafından belirtilmedikçe, eski bir yaralanmaya bağlı olarak kodlanmalıdır.

Bu standart, ACS 1906 Mevcut ve eski yaralanmalara istisnai bir standarttır. Dış etken kodları atanmaz.

Diz erozyonlarında tanı, patella erozyonu olarak tanımlanmadıkça, diz erozyonuna ilişkin durum diz osteoartriti olarak kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**16.5** Disk kayması ve yumuşak doku kodlamasının nasıl yapılacağını klinik kodlamacı bilmelidir:

**16.5.1** Disk kayması kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**16.5.2** Yumuşak doku (derin doku) yaralanmalarının kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

**Herhangi bir yaralanma sonucu disk kayması** (herni, prolapsus) tanısı konulması halinde kodlama; eklem ve ligamentlerin çıkığı, burkulması ve gerilmesi ile ilgili kategorilerden yapılmalıdır.

*S13 Boyun seviyesinde eklem ve ligamentlerin çıkık, gerilme ve burkulması*

*S23 Toraks eklemleri ve ligamentlerinin dislokasyonu, gerilmesi, burkulması*

*S33 Lomber vertebra ve pelvis eklem ve ligamentlerinin dislokasyonu, burkulma ve gerilmesi*

bunlara ilave olarak uygun dış neden kodları ek kod olarak atanmalıdır.

Söz konusu tanı, **herhangi bir yaralanmaya bağlı değilse**;

**M50.2 Diğer servikal disk kaymaları**, ya da **M51.2 Diğer tanımlanmış intervertebral disk kayması** kodu atanmalıdır. Varsa geç etki ve dış neden kodları da atanmalıdır.

Yumuşak doku yaralanması; derin doku yaralanmasıdır. Yaralanma "derin veya daha derin" olarak belirtilmesi durumunda yumuşak doku olarak kodlanmalıdır.

Yumuşak doku yaralanmasının niteliğinin belirlenememesi halinde, yaralanma açık yara olarak değil "yaralanma, bölge" şeklinde kodlanmalı ve yaralanmanın niteliği hakkında hekimden ayrıntılı bilgi alınmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**16.6** Hipertoni ve hiperrefleksi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Hipertoni (*R25.2 Kramp ve spazm*)

Hiperrefleksi (*R29.2 Anormal refleks*)

Bu durumlar genel olarak belirli tanılar için semptom niteliğinde olabileceği için hekim tarafından özellikle belirtilmesi istendiğinde veya daha uygun bir tanıya gidilemediğinde kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****16.7 Postlaminektomi sendromu ve spinal füzyon kodlamalarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**16.7.1** Postlaminektomi sendromu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**16.7.2** Spinal füzyon kodlamalarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Postlaminektomi sendromu, sırt ağrısını dindirmek için yapılan cerrahi işleme rağmen devam eden sırt ağrısını tanımlar. *M96.1 Postlaminektomi sendromu, başka yerde sınıflanmamış* olarak kodlanır.

Spinal füzyon; birleşme, kaynama anlamına gelen bir tanım olup birden fazla omurun hareketsiz kalmasını tanımlamaktadır.

Boyunda anterior yaklaşım daha sık kullanılırken lomber ve torasik füzyon genellikle posterioran yapılır. Spinal füzyon internal fiksasyon ile veya internal fiksasyon olmaksızın gerçekleştirilebilmektedir.

**Spinal füzyon işlemi 3 farklı tipte gerçekleştirilmektedir:**

1. Basit internal fiksasyon ile:

Faset eklemlerini sabitlemek üzerine tasarlanmış tel halkalar veya basit kemik vidaları ile gerçekleştirilir. Bu implantlar düşük maliyetli grup oluşturur.

**48678-00 Omurganın basit internal fiksasyonu**

2. Segmental olmayan implantlar:

Omurganın belli bir bölümünü birleştiren çubuk veya plak yardımı ile füzyonun üst ve alt ekstremitesinde omurgaya bağlanmasıdır.

**48681-00 Omurganın non-segmental internal fiksasyonu**

3. Segmental implantlar:

Füzyonun yalnızca üst ve alt ekstremitelerini değil birden fazla bölgeyi bağlayan implantlarla sabitlenen bir füzyon şeklidir. Uzun füzyonlar için kullanılır. En yaygın skolyoz düzeltilmesinde kullanılan bu tür diğer tedavilerde de kullanılabilir.

**48684-00 Omurganın segmental internal fiksasyonu, 1 veya 2 seviye** (seviye belirtilmelidir).

**48687-00 Omurganın segmental internal fiksasyonu, 3 veya 4 seviye**

**48690-00 Omurganın segmental internal fiksasyonu, 5 veya 6 seviye**

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**16.8** Bankart ve SLAP lezyonu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**16.8.1** Bankart lezyonu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**16.8.2** SLAP lezyonu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Bankart lezyonu mevcut travmatik omuz çıkığı ile birlikte kaydedilmiş olması halinde;

*S43.01 Humerusun anterior dislokasyonu*

*S43.4 Omuz eklemine burkulma ve gerilmesi kodlarının yanında uygun dış neden, olay yeri ve aktivite kodları kodlanmalıdır.*

Bankart lezyonu rekürren anterior çıkık ile birlikte kaydedilmiş olması halinde;

*M24.41 Eklem nükseden dislokasyon ve sublüksasyonu, omuz bölgesi*

*M24.21 Ligamentlerin bozukluğu, omuz bölgesi*

Bankart lezyonu kaydedilmiş ancak, mevcut bir yaralanmaya ilişkin herhangi bir dokümantasyon bilgisi yoksa;

*M24.21 Ligamentlerin bozukluğu, omuz bölgesi* kodu kodlanmalıdır.

Üst labrum anterior-posterior (SLAP) lezyonları, anterior - biceps tendondan posterior - biceps tendona uzanan labrum yaralanmalarıdır.

Kodlamada, lezyonun bir akut yaralanmadan mı (travmatik) yoksa bir dejenere yırtılmadan mı (travmatik olmayan) kaynaklandığını belirlemek için hekime danışılmalıdır.

SLAP lezyonu	Travmatik	Travmatik olmayan
Tip 1 ve Tip 3	<i>S43.4 Omuz eklemi burkulma ve gerilmesi</i> ile birlikte uygun dış neden, olay yeri ve aktivite kodları atanmalıdır.	<i>M24.11 Artiküler kıkırdak diğer bozuklukları, omuz bölgesi</i>
Tip 2 ve Tip 4	<i>S43.4 Omuz eklemi burkulma ve gerilmesi</i> <i>S46.1 Biceps uzun başı kas ve tendonunun yaralanması</i> ile uygun dış neden, olay yeri ve aktivite kodları atanmalıdır.	<i>M75.8 Omuz lezyonları, diğer</i>

## STANDART 17-

## GENİTOÜRİNER SİSTEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**17.1** Diyaliz kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

ACS 1404 de hastalar diyaliz tedavisi için gününbirlik yatırıldığı zaman **Z49.1 Ekstrakorporeal diyaliz** ya da peritoneal diyaliz için **Z49.2 Diğer diyalizler** kodunu ana tanı olarak kodlayın demektedir.

ACS standartları dışında, Ülkemizde uyguladığımız farklı uygulamalardan birisi de bu durumdur. Aynı gün hastaneye gelip, diyaliz tedavisini alarak hastaneden ayrılan hastaların kaydı, sisteme yatış veya gününbirlik olarak değil, İBAG üzerinden diyaliz seans frekansı (sayı) olarak dönemlik gönderilmektedir.

Burada İBAG olarak diyaliz alan hasta sayısı değil, o dönemde diyaliz hizmeti verilen toplam seans sayısının bildirilmesi gerektiğini klinik kodlamacılar bilmelidir.

Bir ve üzeri günlerde yatış yapılmış olan hastalarda diyaliz tedavisi verildiği zaman, hastaneye yatış sebebi ana tanı olurken, Z49.1 veya Z49.2 kodlarından herhangi birisinin ek kod olarak kodlanması gerekli değildir. Diyaliz hizmetine ilişkin işlem kodunun girilmesi yeterli olacaktır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**17.2** İnsan papilloma virüsünün (HPV) nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**17.2.1** Anogenital siğillerle ilişkili HPV kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**17.2.2** Siğiller dışındaki durumlarla ilişkili HPV kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Anogenital bölgeler için **ana tanı** olarak;

Perianal **K62.8 Anüs ve rektumun diğer tanımlanmış hastalıkları**

Servikal **N88.8 Serviks uterusun diğer tanımlanmış inflamatuvar olmayan bozuklukları**

Üretral **N36.8 Üretranın diğer tanımlanmış bozukluğu**

Vajinal **N89.8 Vajinanın diğer tanımlanmış inflamatuvar bozuklukları**

Vulval **N90.8 Vulvanın ve perinenin diğer tanımlanmış inflamatuvar olmayan bozuklukları**

Penil **N48.8 Penisin diğer tanımlanmış bozuklukları**

ve **A63.0 Anogenital (zührevi) siğiller ek tanı** olarak kodlanmalıdır.



Anogenital dışındaki siğilleri kodlarken;

**B07 Viral siğiller** kodu tek başına kodlanmalıdır.

HPV siğiller dışındaki bir durumla ilişkili olarak kaydedilmiş olması halinde;

Söz konusu durum **ana tanı** olarak,

**B97.7 Diğer bölümlere sınıflanan hastalıkların sebebi olarak papillomavirüs, ek tanı** olarak kodlanır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**17.3** **Young sendromu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

Young sendromu erkek hastalarda görülen sperm miktarının azlığı, akciğer hastalıkları ile giden bir sendrom olarak tanımlanabilir.

Kodlamasında sendromun bileşenleri olan;

**N46 Erkek infertilitesi**

**J98.4 Akciğerin diğer hastalıkları**

**J47 Bronşiektazi**

kodları kullanılmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**17.4** **Böbrek pelvis tümörünün nefrostomi ile perkütan rezeksiyonu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

Pelvis tümörlerinin cerrahi tedavisinde tümörün rezeksiyonu için uygulanan yöntem olarak nefrostominin klinik kodla ifade edilmesi gerekmektedir.

Bunun içinde;

**36522-01 Parsiyel nefrektomi** ve

**36624-00 Perkütan nefrostomi** kodları atanmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**17.5** **Selim prostatik hipertrofi için mesane boynunun insizyonu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

**N40 Prostat hiperplazisi** ana tanı olarak atanır. Mesane boynu obstrüksiyonu da var ise ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Tedavi olarak TURP ve mesane boynu insizyonu gerçekleştirilmişse;

**37203-00 Prostatın transüretal rezeksiyonu** (TURP) ilk işlem kodu,

**36854-00 Mesane boynunun endoskopik insizyonu** ise ek diğer işlem kodudur.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****17.6 Hidrozel kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA**

Hidrozel, kese benzeri boşluk veya kanalda sıvı birikimidir. Doğumla birlikte tespit edilen hidroseller; **P83.5 Konjenital hidrozel**, ileri yaşlarda meydana gelen hidroseller ise; **N43. - hidrozel ve spermatosel** grubunda kodlanmalıdır.

Hidrozel onarımı için 12 yaş altı çocuklarda yapılan işlem, tek taraflı inguinal herni kapatımına benzediği için;

**Hidrozel düzeltmesi de tek taraflı inguinal herni onarımı olarak kodlanmalıdır.** Yapılan değerlendirmelerde bu gruba ilişkin kodlamalarda tanı olarak inguinal herni tanısının kullanıldığı tespit edilmiştir. Hidrozel tanısında değişiklik yapılması doğru değildir. Sisteme bu şekilde gönderilen hastalar incelendiğinde tanı-işlem uyumsuzluğunun olmadığı görülmektedir. Zaten ACS'de de inguinal herni onarımına ilişkin kodlamada tanının inguinal herni olarak kodlanması gerektiğini gösteren bir ifade yoktur.

Ancak hidrozel onarımında yapılan işlemlerde; kese eversiyonu varsa, tunica vaginalisi içeriyorsa, jaboulay girişimi olarak kaydedilmişse o zaman işlem, hidrozel eksizyonu olarak kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****17.7 Dietilstilbestrol sendromu (DES) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA**

Annedeki düşük tehdidini önlemek için östrojen alan kız çocuklarında 15 yaş civarında meydana gelen servikal ve vajinal displazi ile seyreden bir hastalık tablosudur.

Kodlamasında;

*Görülen bölgeye uygun displazi /neoplazma kodu*

*P04.1 Diğer maternal medikasyonlardan etkilenen fetüs ve yenidoğan,*

*Y42.5 Terapötik kullanımda yan etkilere neden olan diğer östrojen ve progestagenler*

*Uygun olay yeri kodu (Y92.-)*

kodları kullanılmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****17.8 Kadın genital sakatlığını (FGM) kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA****1. FGM onarımı için yatış**

Ana tanı kodunun atanması yatış tanısı olmalı ancak, onarımın sebebine ilişkin spesifik olmayan bilgiler söz konusu olduğunda tercih edilen kod;

**N90.8 Vulvanın ve perinenin diğer tanımlanmış inflamatuvar olmayan bozuklukları** olmalı-

dir. Ayrıca, *Z90.7 Genital organ(lar)ın kazanılmış yokluğu* ek tanı kodu da atanmalıdır.

## 2. FGM ile ilişkili bir durum/ problemin tedavisi için yatış

Duruma ilişkin uygun kodu ana tanı olarak;

*Z90.7 Genital organ(lar)ın kazanılmış yokluğu* ise ek kod olarak atanmalıdır.

## 3. FGM'den etkilenen gebelik

Gebelik, doğum ve lohusalık kapsamındaki ilgili diğer kodları;

*Z90.7 Genital organ(lar)ın kazanılmış yokluğu* ek kodu ile birlikte atanmalıdır.

Ana tanı ve ek tanı kriterleri karşılanmadıkça, FGM'ye ilişkin dokümantasyon kodlanmamalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**17.9** **Boşaltma denemesi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

### AÇIKLAMA

Mesane ve prostat cerrahisi sonrasında kataterle taburcu edilen hastaların daha sonra katater olmadan boşaltma yapip yapamayacağını test etmek için hastaneye yatırıldığı durumlarda;

#### 1. Boşaltma denemesi için yatış → postoperatif → başarılı

Ana tanı: *Z46.6 Üriner cihazın yerleştirilmesi ve ayarlanması*

Ek tanı: *Z48.8 Diğer tanımlanmış cerrahi takip bakımı*

İşlem: *36800-03 [1090] Üriner kataterin endoskopik yolla çıkarılması* veya  
*92119-00 [1902] Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması*

#### 2. Boşaltma denemesi için yatış → postoperatif → başarısız

Ana tanı: *Z46.6 Üriner cihazın yerleştirilmesi ve ayarlanması*

Ek tanı: *N99.8 Genitoüriner sistemin işlem sonrası bozuklukları*

*R33 İdrar retansiyonu*

*Y83. - Müdahale esnasında istenmeyen bir olaya sebep olmaksızın hastada anormal reaksiyon* veya geç komplikasyona neden olan cerrahi müdahale ve diğer cerrahi işlemler

*Y92.22 Olay yeri, sağlık bakım kurumunda*

İşlem: *36800-03 Üriner kateterin endoskopik yolla çıkarılması* ve

*36800-00 Mesane kateterizasyonu* veya

*92119-00 Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması* ve

*36800-00 Mesane kateterizasyonu*

#### 3. Boşaltma denemesi için yatış → postoperatif olmayan → başarılı

Ana tanı: *Z46.6 Üriner cihazın yerleştirilmesi ve ayarlanması*

İşlem: *36800-03 Üriner kateterin endoskopik yolla çıkarılması* veya

*92119-00 Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması*

#### 4. Boşaltma denemesi için yatış → postoperatif olmayan → başarısız

Ana tanı: Z46.6 cihazın yerleştirilmesi ve ayarlanması

Ek tanı: R33 İdrar retansiyonu

İşlem: 36800-03 [1090] Üriner kateterin endoskopik yolla çıkarılması ve

36800-00 [1090] Mesane kateterizasyonu veya

92119-00 [1902] Diğer üriner drenaj cihazının çıkarılması ve

36800-00 [1090] Mesane kateterizasyonu

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**17.10** İnfertilite tedavisi ile ilgili kodlamaların nasıl olacağını klinik kodlamacı bilmelidir:

**17.10.1** İnfertilite kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**17.10.2** IVF, kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

İnfertilite tetkik ya da tedavileri için hastaneye yatan hastalarda kodlama;

**N97 Kadın infertilitesi** veya **N46 Erkek infertilitesi** kodu ana tanı olarak kodlanmalıdır.

İnvitro Fertilizasyon (IVF): yatış IVF için yapılmışsa;

**Z31.2 İnvitro fertilizasyon** ana tanı olarak kodlanır.

İnfertilite tipi biliniyorsa N97.- Kadın infertilitesi grubundan uygun bir ek kod kullanılır.

## STANDART 18-

GEBELİK, DOĞUM VE LOHUSALIK  
DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.1** Düşükle sonuçlanan gebelik kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

O03.- Spontan düşük kodlarından uygun olanı ana tanı olarak atanmalıdır.

O09.- Gebelik süresinden uygun kodlar (eğer bir işlem gerçekleşirse) ek tanı olarak atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.2** Mol hidatiform gebelik kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Mol Hidatiformda;

O01.- Hidatiform mol kodlarından uygun olanı ana tanı,

O09.- gebelik süresine ilişkin bir ek kod ile birlikte kodlanır.

Eğer patoloji raporunda morfolojisi mevcut ise;

O01.- Hidatiform mol kodunun ardından kısmi hidatiform mol (M9103/0) ve komplet hidatiform mol (M9100/0) morfoloji kodları ek olarak atanmalıdır.

Ancak morfolojinin malign, bilinmeyen davranışlı olması durumunda yer kodlaması için neoplazi indeksi takip edilmelidir.

Bu durumda, bir işlem gerçekleştirileceği için işlemlerde kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.3** Gebeliğin sonlandırılması kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

**Fetal Viyabilite:** ACS'de gebeliğin en az 20 hafta (140 gün) veya en az 400 gr olarak tanımlanmasını kapsar (Halen günümüzde 22 hafta ve 500 gr olarak tanımlanan bu hastaların kodlanmasında hekimin tanısı dikkate alınarak kodlamanın yapılması uygun olacaktır.).

Gebeliğin bu süreden önce sonlandırılması durumunda kodlamalar düşük kapsamında yapılır. Bu süreden sonra (20 hafta) sonlandırılması halinde doğum kapsamında kodlanır.

Gebelik, fetal viyabiliteden önce sonlandırılması durumunda;

Ana Tanı: **O04.-Medikal abortus,**

Ek Tanı: Sonlandırmanın nedenini gösteren ek kod (örneğin: O35.0 Anne bakımı, fetüste



(şüpheli) merkezi sinir sistemi malformasyonunda)

ve O09.- gebelik süresi ek tanı kodları kullanılır.

Gebelik fetal viyabileden sonra sonlandırılması halinde,

a. Sonlandırma sebebine ilişkin kod ana tanı olarak atanmalıdır (Örneğin O36.4 Anne bakımı, intrauterin ölümdede).

b. Gebeliği sonlandırılması bir canlı bebek doğumu ile sonuçlanırsa;

**O60 Miadından önce doğum**

**O09. Gebelik süresi** ek tanı kodları ile uygun

**Z37 Doğumun sonucu** kodları atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 18.4 Düşükler ve boş kese kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**18.4.1** Blighted ovum kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**18.4.2** Düşük, ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyonların kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Kesin tanı olarak Blighted ovum (boş gebelik, anembriyonik gebelik ) ise herhangi bir histopatoloji olmasa bile;

**O02.0 Blighted ovum ve nonhidatiform mol** tanısı ana tanı,

O09 gebelik süresinden uygun kodlar ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Düşük nedeniyle tedavi görüp taburcu olduktan sonra geçmiş komplikasyona bağlı tekrar yatış durumunda;

**O08.- Düşük, ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyonlar** grubundan kodlama yapılır.

Ayrıca:

O00.- ve O02.- gruplarıyla ilişkili komplikasyonları tanımlamak için bir **O08.- Düşük, ektopik ve molar gebelik sonrası komplikasyonlar** kodu ek kod olarak kodlanır.

Hasta inkomplet düşüğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatırılırsa;

O03.- ; O04.- ; O05.- ; O06.- gruplarından uygun olan kodlama yapılır.

Bir başka hastanede iki gün önce gerçekleştirilen düşük sonrasında kanama nedeniyle yatış verilirse;

Ana tanı: **O08.1 Gecikmiş veya aşırı hemoraji, düşük ve ektopik ve molar gebelik sonrası**

Düşük bir önceki bakım sürecinde gerçekleştirildiğinden herhangi bir ek tanı koduna gerek yoktur.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.5** Tekli spontan vajinal doğum kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Tekli spontan vajinal doğum (O80), doğumla ilgili hiçbir anormallik veya komplikasyon, doğum sonrasında hiç manipulasyon veya enstrümantasyon yoksa doğum normal yolla ilgili yatış içerisinde gerçekleştiğini gösteren koddur.

Ana Tanı: *O80 Tekli spontan vajinal doğum*

Ek Tanı: *Z37.0 Canlı tek doğum* kodlanır.

*O80 Tekli spontan vajinal doğum* kodunun atamasına engel teşkil etmeyen bazı doğum işlemleri;

- Doğum eylemi sırasında nöroaksiyel blok
- İndüksiyon
- Onarım ile epizyotomi
- Obstetrik olmayan işlemler (sterilizasyon)

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.6** Sezaryen ile doğum ve yanlış geliş, oransızlık ve maternal pelvik organlarının anormalliği kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**18.6.1** Sezaryen seksiyon aracılığıyla tek doğum kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**18.6.2** Yanlış geliş, oransızlık ve maternal pelvik organların anormalliği kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**18.6.3** Uterus skarı kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Sezaryen sebebi kaydedilmemişse; **O82 Sezaryen seksiyon aracılığıyla tek doğum** kodu ana tanı atanmalıdır.

Sezaryen sebebi kaydedilmişse, mevcut durum ana tanı atanmalıdır. **Bu durumda O82 Sezaryen seksiyon aracılığıyla tek doğum kodu atanmamalıdır.**

Doğum eyleminin öncesinde bakım veya müdahale gereken durumlarda;

*O32. - Anne bakımı, fetüsün bilinen veya şüpheli malprezentasyonu için*

*O33. - Anne bakımı, bilinen veya şüpheli oransızlıklarda veya*

*O34. - Anne bakımı, pelvik organların bilinen veya şüpheli anormalliğinde* kodlarından uygun bir kod atanmalıdır.

Söz konusu anormallikler ilk kez doğumda teşhis edilmişse veya doğumda bakım ve/veya müdahale gerektiriyorsa, aşağıdaki gruplardan uygun bir kod atanmalıdır:

*O64 İlerlemeyen doğum, fetüsün yanlış pozisyon ve yanlış gelişinden dolayı*

*O65 İlerlemeyen doğum, maternal pelvik anormallikten dolayı*

*O66 İlerlemeyen doğumlar, diğer*

ACS de hasta;

Geçirilmiş sezeryan kesisine bağlı bir elektif sezeryan kesisi için hastaneye yatırılmışsa, skar denemesi (örneğin, sezeryan veya diğer operatif uterus skarı), sezeryan doğumla sonuçlanıyorsa veya daha önceki uterus skarı bakım gerektiriyor ancak, bakım epizodunda doğum gerçekleşmiyorsa böyle durumlarda; **O34.2 Önceki cerrahiden kaynaklanan uterus skarı nedeniyle maternal bakım** kodu kodlanmalıdır demektir.

**Ülkemizde bu kod özellikle 2. ve sonraki doğumlarda, doğuma ilişkin herhangi bir anormallik beklenmemesine rağmen sadece önceden sezaryen olduğu için sezaryen yapılan hastalar için kullanılan bir koddur.**

İstatistik açısından primer ve sekonder sezaryen nedenlerinin belirlenmesinde de bu kod kullanıldığı için kodlamada dikkatli olmak gerekmektedir.

Önceden sezeryan olmuş hasta normal doğum yapar ise **O75.7 Vajinal doğum, önceki sezeryan sonrası** kodu atanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.7 İndüksiyon işlemi kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

İndüksiyon için herhangi bir sebep olmayıp sosyal endikasyon olarak belirtilmiş ve indüksiyon işlemi sonucu vajinal doğum gerçekleşmiş ise;

**O80 Tek spontan doğum** kodu ana tanı olur.

Doğumun, gebeliği sonlandırmak amacıyla tıbbi araçlarla indüksiyonu durumunda, hamilelik süresi ve sonuca bakılmaksızın;

**90465-00 [1334] Tıbbi doğum indüksiyonu, oksitosin**

**90465-01 [1334] Tıbbi doğum indüksiyonu, prostaglandin**

**90465-02 [1334] Diğer tıbbi doğum indüksiyonu**

**90465-05 [1334] Tıbbi ve cerrahi doğum indüksiyonu**

kodlarından uygun olanı kullanılır.

Gebeliğin sonlandırılması 14. haftadan sonra gerçekleştirilirse; doğum eylemi söz konusu olacağı için kodlamada; tıbbi veya cerrahi doğum indüksiyonuna ilişkin kodlar kullanılacaktır.

Gebeliğin sonlandırılması 14. haftadan önce olması durumunda sonlandırma işlemi dilatasyon veya emici küretaj ile gerçekleştirilir ve doğum eylemini içermez bu yüzden doğumda kodladığımız indüksiyon kodları kullanılmaz. Dilatasyon ve küretaja ilişkin uygun kodlama yapılır.

**Kıscası indüksiyon işlemi gebeliğin 14. Haftasından önce yapılmaz, bu haftalardaki gebeliğin sonlandırmasında dilatasyon ve küretaj işlemleri uygulanır.**

Yapılan merkezi ve yerinde değerlendirmelerde bu standartla ilgili uygulama hatalarıyla sık karşılaşmaktadır. Kodlamada bu hususa dikkat etmek gerekir.



## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.8** Doğum sonucu ve hamilelik süresi ile ilgili kodlamalarda nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**18.8.1** Doğumun sonucu kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**18.8.2** Hamilelik süresine ilişkin kodlamalarda nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

**Z37.- Doğumun sonucu** kodu hastanede gerçekleşen her doğumda kodlanmalıdır. 20 hafta sonrası doğumlarda, doğan bebeklerin sayısını, canlı veya ölü doğduğunu belirtmek için anne kaydına Z37.-' den uygun kod atanmalıdır.

**Z37.- Doğumun sonucu kodları ana tanı olarak atanamaz.**

Normal hamilelik süresi 38-42 hafta arası kabul edilmektedir. Bu dönemin haricindeki hamilelikle ilgili yatışlarda gebelik süresini göstermek için O09 kategorisindeki hamileliğin süresine ilişkin ek kod atanmalıdır.

**Hamileliğin süresine ilişkin kod 37. tamamlanmış haftanın altındaki tüm yatışlarda ek tanı olarak kodlanmalıdır.**

ACS 1518'e göre hamilelik süresine ilişkin kodlar özellikle, **spesifik** yüksek riskli gebelik grubuna giren aşağıdaki hasta gruplarında kodlanması gerektiğini belirtir; Buna göre O09.- Kodları yalnızca;

- Düşük (O00–O07 Düşükle sonuçlanan gebelik)
- Düşük tehdidi (O20.0)
- Erken membran rüptürü (O42) (hamileliğin 37. tamamlanmış haftasından önce)
- Prematür doğum tehdidi (O47.0 Yalancı doğum, hamileliğin 37. tamamlanmış haftasından önce)
- Erken doğum başlangıcı (O60 Miadından önce doğum) gibi durumlarda kodlanmalıdır, olarak ifade edilmektedir.

Ülkemizde özellikle Kurumumuza bağlı sağlık tesislerinde gebelik süresi içerisinde hastaneye yatışlarla ilgili istatistiklerin daha sağlıklı olarak tutulabilmesi, gebelerde hangi haftalarda hangi tanıların daha çok görüldüğü, hangi haftalarda hangi işlemlerin daha çok gerçekleştirildiği vs istatistiklerinde tutulabilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle gebelik süresine ilişkin kodlar ACS de ki gibi yalnızca belirtilen özellikli durumlarda değil, 38 hafta altında kalan tüm gebeliklerde kodlanması gerektiği kararı Kurumumuzca alınmıştır. Kodlamada bu hususa dikkat edilmelidir.

Aynı zamanda ICD 10-AM güncel versiyonlarına bakıldığında da artık **O09.- gebelik süresi** kodlarının 38 hafta altında bulunan tüm gebelere kodlanması gerektiği belirtilmektedir.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****18.9 Yatıştan önce doğumun kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA**

Hastanın, hastaneye yatmadan önce doğum yapmış olması, ancak plasenta ve eklerinin ayrılmaması durumunda hastaya müdahale yapılır ise **073.- Geride kalan plasenta ve membranlar, hemoraji olmadan Z39.0 Doğumdan sonra muayene ve bakım** kodlarından uygun kodlar atanmalıdır. Yapılan işlemler kodlanmalıdır.

Hastanın, hastaneye yatmadan önce doğum yapmış olması, doğumla ilgili olarak yatışta herhangi bir cerrahi girişim gerçekleştirilmemesi ve hastada herhangi bir lohusalık komplikasyonu görülmemesi halinde;

Z39.0- Doğumdan hemen sonra muayene ve bakım kodlarından uygun kod atanmalıdır. Yatıştan önce bir komplikasyon gelişirse, söz konusu komplikasyon ana tanı olarak kodlanmalıdır.

Anne doğumdan sonra, çocuğunun hasta olması sebebiyle çocuğa eşlik etmek üzere bir hastaneye sevk edilirse ve rutin postpartum bakıma tabi ise uygun Z39.0- kodu atanmalıdır.

Hasta, ana tanı ve ek tanı tanımına uygun herhangi bir durum olmaksızın, sezeryan sonrası bakım için bir hastaneden bir başka hastaneye sevk edilirse, uygun Z39.0- kodu ana tanı, **Z48.8 Diğer tanımlanmış cerrahi takip bakımı** kodu ise ek tanı olarak atanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****18.10 Çoğul doğumlar ve gebeliği komplike eden durumlarda kodlamanın nasıl olması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:****18.10.1 Çoğul doğumların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****18.10.2 Gebeliği komplike eden durumların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.****AÇIKLAMA**

Çoğul doğumlarda bebekler farklı doğum tipleri ile doğurtulmuş ise her doğum tipi ayrı ayrı kodlanmalıdır.

Gebeliği komplike eden durumlarla ilgili iki kod bloğu bulunmaktadır.

**020-029 Gebelikle ilgili diğer maternal bozukluklar:** Gebeliği komplike eden yaygın ve spesifik durumlar bu kod bloğu içerisinde tanımlanmıştır.

**094-099 Obstetrik durumlar, diğer, başka yerde sınıflanmamış:** 020-029 kod bloğu dışında gebeliği komplike eden durumlar ise 094-099 kod bloğu içerisinde tanımlanmıştır ve spesifik durumu tanımlamak amacıyla diğer bölümlerden uygun olan ek kodla birlikte kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.11** İnsidental gebelik durumu kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Hamile bir kadın, gebelikle ilgili olmayan, gebeliği komplike etmeyen veya gebelikle artış göstermeyen bir durum sebebiyle hastaneye yatırılır ve gebeliğe yönelik herhangi bir işlem yapılmaz ise gebelik durumu "insidental" olarak sınıflandırılır.

Ana Tanı: Hastaneye geliş sebebi

Ek Tanı: **Z33 Gebelik durumu**, tesadüfi şeklinde olmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.12** Gebelik sayısı ve anne yaşına göre gebelik kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

İlk gebelik yaşı 35 ve üstü ise;

**Z35.51 İlerlemiş yaştaki annelerde primigravida takibi** atanmalıdır.

İkinci ila dördüncü gebelik yaşı 35 ve üstü ise;

**Z35.52 İlerlemiş yaştaki annelerde mutigravida takibi** atanmalıdır.

Bir kadın, beş veya daha fazla canlı doğum gerçekleştirmişse;

**Z35.4 Grand multipar gebeliğin gözlemi** atanmalıdır.

Bu durumlar, dokümantasyonda kaydedilmişse kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.13** Gebelikte hipertansiyon kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

**O10-O16 Gebelikte, doğumda veya lohusalıkta ödem, proteinüri ve hipertansif bozukluklar** kodları, dokümantasyonda yer alan kan basıncı değerlerine bakılarak atanmamalı, gebeliğe bağlı hipertansiyon "pre-eklampsi veya pre-eklamptik toksemi" gibi durumlar hekim tarafından belirtildiği zaman kodlanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.14** Prematür doğum ve erken membran rüptürü durumlarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**18.14.1** Prematür doğum kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**18.14.2** Erken membran rüptürü kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Gebeliğin 38. haftasından önce doğum eylemi olan tüm annelerin kayıtları için; **O60 Miadından önce doğum** kodu atanmalıdır.

**Prematüre doğumlarda sebep biliniyorsa;**

Ana tanı mevcut sebep,

Ek tanı: **O60 Miadından önce doğum** kodlanır.

**Prematüre doğumlarda herhangi bir sebep kaydedilmemişse;**

Ana tanı: **O60 Miadından önce doğum** kodlanır.

Hamilelik süresi (O09) ve doğum sonucuna (Z37) ait uygun kodlar her iki durumda da ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Membranlar doğum eylemi başlangıcından önce rüptüre olduğu zaman, rüptür sonu doğum başlama süresine dikkat edilerek kodlanmalıdır.

**O42.0 Erken membran rüptürü, doğum 24 saat içinde başlamış.**

**O42.11 Erken membran rüptürü, doğum eyleminin başlangıcından 1-7 gün içinde**

**O42.12 Erken membran rüptürü, doğum eyleminin başlangıcından 7 günden sonra** şeklinde kodlama yapılmalıdır.

**Yalancı membran rüptürü; O47.- Yalancı doğum kapsamında kodlanmalıdır.**

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.15 Miadını geçmiş doğum kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**AÇIKLAMA**

Hamileliğin 42. haftasından sonra gerçekleşen bir doğum "miadını geçmiş" doğum olarak kabul edilir.

**O48 Uzamış gebelik** kodu atanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.16 Azalmış fetal hareketler nedeniyle yatışların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**AÇIKLAMA**

Fetal hareket az, esas sebep bilinmiyor ve hasta doğum yapmadan eve taburcu edilirse; **Z36.8 Diğer antenatal tarama** kodu kullanılır.

Fetal hareket az, esas sebep bilinmiyor ve hasta yatış içinde doğum yaparsa;

**O36.8 Anne bakımı, diğer tanımlanmış fetal problemlerde** kodu kullanılır.

Fetal hareket az, esas sebep biliniyorsa;

Söz konusu sebep kodlanmalıdır.

Ancak bu kod kullanıldığı durumda doğum bu yatış içinde olsa da olmasa da O36.8 ve Z36.8 kodlarıyla birlikte kodlanmaz.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.17** Fetal distress, fetal kalp hızı deselerasyonları kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Hasta dosyasında erken, geç veya değişken deselerasyonlara ilişkin kayıtlarda yalnızca "fetal distres" kaydedilmişse veya enstrümantal (vakum, forseps) ya da cerrahi müdahale gerçekleştirilmişse;

*O68.0 Doğum süreci ve doğum, fetal kalp hızı anormalliği ile komplike* kodlanmalıdır.

Hasta kaydında sıvıda mekonyum varsa ve fetal distrese neden olduğu belirtilmişse veya enstrümantal ya da cerrahi müdahale gerçekleştirilmişse;

*O68.1 Doğum süreci ve doğum, amniotik sıvı içinde mekonyumla komplike* veya *O68.2 Amniyotik sıvı için mekonyumla birlikte fetal kalp hızı anomalisi nedeniyle komplike olan doğum eylemi ve doğum* kodlarından uygun olan kodlar kullanılmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.18** Yalancı doğum eylemi kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Gebeliğin ilk üç aylık döneminde başlayan ve haftalarla birlikte sıklığı, süresi ve yoğunluğu artan düzensiz uterus kasılmalarıdır. Yalancı doğum ile gerçek doğum arasındaki en önemli fark; yalancı doğumda servikte değişiklik olmazken, gerçek doğumda serviks dilate olması ve yumuşamasıdır.

*O47.0 Tamamlanmış 37. haftalık gebelikten önce yalancı doğum eylemi*

*O47.1 Tamamlanmış 37. haftalık gebelikte veya daha sonra yalancı doğum eylemi*

*O47.9 Yalancı doğum eylemi, tanımlanmamış* şeklindedir.

Bu kodlar hasta doğum yapmadan taburcu edilirse kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**18.19** Diyabetes mellitus (DM) ve hamilelik kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Hamilelik sırasında DM bulunduğu zaman, *O24.- Gebelikte diyabetes mellitus*'tan bir kod kullanılır.

- *O24.0–O24.3 Önceden var olan diyabetes mellitus*
- *O24.5 Önceden var olan bozulmuş glikoz regülasyonu (BGR)*
- *O24.4 Gestasyonel diyabet*
- *O24.9 Gebelikte diyabet, tanımlanmamış*

Eğer diyabet komplikasyonları varsa, E09-E14'ten uygun ek kodlar atanmalıdır.

Hastanın gestasyonel diyabeti varsa ve gebelik döneminde tekrarlarlsa

- *Z87.5 Gebelik, doğum ve puerperium komplikasyonları kişisel öyküsü* kodu atanmalıdır.

İnsülin ile tedavi edilip edilmediğini belirtmek için beşinci kırılım kullanılır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.20** B grubu streptokok gelişen obstetrik hasta kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Streptokok B'ye bağlı bir genitoüriner sistem enfeksiyonuna ilişkin dokümantasyon varsa *O23.9 Genitoüriner yolun diğer ve tanımlanmamış enfeksiyonu, gebelikte* *B95.1 B grubu streptokok, diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni olarak* kodlamaya dikkat edilmelidir.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.21** Doğumda taburcu/sevk kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Doğum için hastaneye yatırılmış olan bir kadın daha sonra, tıbbi bir durum (bebek ya da anne için olabilir) veya idari bir durum (hasta seçimi, ilgili hizmetlerin verilememesi vs) nedeniyle doğumu yapmak üzere bir başka hastaneye sevk edilebilmektedir.

Ayrıca doğum için yatırılmış olan bir kadın doğumu daha sonra gerçekleştirmek üzere tekrar evine taburcu edilebilir.

Doğum eylemi gerçekleşmeyen bir yatışın kodlamasında;

- Klinik: Hastanın sevkini gerektiren tıbbi (obstetrik) durum kodlanır.
- İdari/ Eve taburcu edilme:

Hamileliğin  $\geq 37$ . tamamlanmış haftası için, Z34 Normal gebeliğin gözlemi grubundan uygun kod ana tanı olarak kodlanır.

Hamileliğin  $< 37$ . tamamlanmış haftası için, O60 Miadından önce doğum grubundan uygun kod ana tanı olarak kodlanır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER**

**18.22** Lohusalık ile ilgili kodlamalarda nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**18.22.1** Baskılanmış laktasyon kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

**Lohusalık (puerperium) Dönemi:** Doğumdan sonraki 42 günlük süreyi kapsar. Bu süre içerisinde yer alan yatışlarda lohusalık kapsamındaki tanı kodları atanmalıdır.

Laktasyonun fizyolojik baskılanması (laktasyon yetersizliği) *O92.3 Agalakti* olarak kodlanmalıdır.

Laktasyondan önce veya sonra yapılan terapötik baskılama *O92.5 Baskılanmış laktasyon* kodu atanmalıdır.

Elektif baskılama (bir başka deyişle, annenin emzirmeyi istememesi) kodlanmamalıdır.

## STANDART 19-

PERİNATAL DÖNEMDEN KAYNAKLANAN  
BAZI DURUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**19.1** ➔ **Z38.- Doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler kodunun kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

**Yenidoğan (Neonatal) Dönem:** Doğumla başlayıp tam 4 hafta veya 28 gün süren dönemdir.

Z38.- kodu, yenidoğan tamamen sağlıklı olduğunda ana tanı, sağlığa ilişkin problem olduğu diğer durumlarda mutlaka ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Bu kod yenidoğanın hastanede doğduğunu ya da doğumdan hemen sonra hastaneye geldiğini göstermek için kullanılmaktadır.

Z38 kodları, ikinci yatışta ve bundan sonraki yatışlarda kodlanmaz.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**19.2** ➔ **Maternal nedenlerden etkilenen yenidoğanların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**19.2.1** ➔ **Maternal diyabetle birlikte gelişen neonatal komplikasyonlar kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**19.2.2** ➔ **Maternal nedenler ve doğum travmasından etkilenen yenidoğan kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**19.2.3** ➔ **Maternal neden, bir yenidoğan için normal sağlık hizmetlerinden daha fazlasının sunulmasını gerektirmişse; kodlamada nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

**Perinatal dönem:** Hamileliğin 20. tamamlanmış haftasında (140 gün) başlayıp doğumdan sonra 28. tamamlanmış günde sona eren dönemi kapsar.

Diyabet hastası bir annenin yenidoğan bebeğinin kan şekeri genellikle annenin durumuna bağlı, geçici bir düşüş göstermektedir.

*P70.1 Diyabetik anne çocuğu sendromu veya*

*P70.0 Gestasyonel diyabeti olan anne çocuğu sendromu*

Bu tanıların koyulabilmesi için laboratuvar raporları ile doğrulanmalı ve hekim tarafından belirtilmelidir.

P00-P04 *Anneye bağlı faktörler, gebelik, doğum süreci ve doğum komplikasyonlarının etkilediği fetüs ve yenidoğan* grubunda yer alan kodlar bir yenidoğanın, maternal durumdan etkilendiğini belirtmek amacıyla kullanılmalıdır. Kodlamada problem ve nedeni gösteren iki kod kullanılır.

Her zaman, probleme ilişkin kod ilk sırada, nedene ilişkin kodu ise ikinci sırada kodlanmalıdır.

**Bu kapsamda P00-P04 grubunda yer alan kodlar nedeni gösterdiği için hiçbir zaman ana tanı olarak atanmamalıdır.**

Doğum sırasında meydana gelen yaralanmalara ilişkin kodlama;

Doğum sırasında meydana gelen yaralanmayı gösteren P10-P15 grubundan uygun kodlar ana tanı; meydana gelen bu durumun nedeni gösterilmiş ise bu neden kodu da P03 grubundan uygun bir ek kod olarak kodlanır.

Annenin bebeğe herhangi bir ters etki oluşturmayan bir durumu ya da doğuma ilişkin komplikasyonu varsa (annenin hastalığı bebeği etkilememişse);

Bebeğin kodlamasında P00-P04 grubundan herhangi bir kod atanmaz. Ancak maternal neden yenidoğan için daha fazla sağlık hizmeti verilmesini gerektiriyorsa;

**Z76.2 Sağlıklı bebek ve çocukların diğer sağlık gözetim ve bakımı** veya

**Z03.7 Yenidoğanın gözlem ve değerlendirilmesi, şüpheli durum yokken** kodunun atanması gerekmektedir.

"Evlad Edinme" grubuna giren bebeklerde; **Z02.8 İdari amaçlar için diğer muayeneler** kodu kodlanmalıdır.

Maternal ölüm nedeniyle bakım yapılan bebeklerde ise **P01.6 Maternal ölümden etkilenen fetüs ve yenidoğan** kodu kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**19.3 Masif aspirasyon sendromu (MAS) ve geçici takipne kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**19.3.1 Masif aspirasyon sendromu (MAS) kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**19.3.2 Yenidoğanın geçici takipnesi kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

En az 24 saat oksijen desteğine ihtiyacı olan, önemli bir solunum yolu hastalığı olan MAS vakalarında;

**P24. - Neonatal aspirasyon sendromu** bölümünden uygun kodlar kodlanmalıdır.

24 saatten daha az süre oksijen ihtiyacı olan MAS vakalarında ise;

**P22.1 Yenidoğanın geçici takipnesi** kapsamında kodlanmalıdır.

**P22.1 Yenidoğanın geçici takipnesi** kodu;

- Yenidoğanın geçici takipnesinde (oksijen tedavisinin süresine bakılmaksızın)
- Mekonyum aspirasyonu sendromunda, 24 saatten daha az oksijen desteği tedavisi
- Masif aspirasyon sendromunda, 24 saatten daha az oksijen desteği tedavisi

**Yukarıda belirtilen 3 farklı durumda kodlanmalıdır.**

Mekonyum aspirasyon sendromu (MAS) tedavisinde ve birçok yenidoğan problemde de sürfaktan uygulanmaktadır. Sürfaktan yönetimi tedavinin bir parçası olduğu için kodlama gerektirmez.



## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**19.4** **Yenidoğana yönelik spesifik müdahalelerin kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

**1. Enteral İnfüzyon**

Mide tüpü veya tüple beslenme anlamına gelmektedir.

Bir yatış içerisinde birden fazla uygulanırsa kodlanmalıdır.

*96202-07 Farmakolojik ajanın enteral yolla verilmesi, besleyici maddeler* bu kod mide tüpü girişimleri için kullanılmamalıdır.

**2. Oksijen Tedavisi**

Yenidoğanlarda toplam 4 saatten daha uzun süre uygulanırsa kodlanır.

*92044-00 Oksijen zenginleştirmesi*

**3. Parenteral Sıvı Tedavisi**

Serum veya besleyici maddelerin damar yolu ile kas içine verilmesidir.

*96199-07 Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, besleyici madde*

*96199-08 Farmakolojik ajanın intravenöz yolla verilmesi, elektrolitler, karbonhidrat, hidrasyon veya elektrolit bozuklukları* için kullanılırlarsa atanmalıdır.

**4. Parenteral Antibiyotik ve Antiinfektifler**

Bir yatış içerisinde antibiyotik ve diğer ilaç türlerinin enjeksiyonuna ilişkin işlem kodları, 24 saatten daha uzun süre için verilirse atanmalıdır.

**5. Fototerapi**

Fototerapi yalnızca yenidoğan sarılığı için 12 saatten daha uzun süre verilirse kodlanmalıdır.

*90677-00 Diğer fototerapi, deri*'dir.

**6. Transfüzyonlar**

Yenidoğanlarda kan nakli ve diğer serum ürünlerinin verilmesi durumunda; aşağıdaki işlem kodları atanmalıdır.

*13706-01 Tam kan nakli*

*13706-02 Paket hücre nakli*

*92062-00 Serum nakli, diğer (Plazma veya Albümin)*

*92063-00 Kan genleştirici nakli (Dekstran, vb. dahil)*

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**19.5** **Neonatal sepsis/sepsis riski kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

Neonatal sepsis kodlamasında, yenidoğanda görülen spesifik enfeksiyon tanısının yanında bu duruma yönelik uygulanan spesifik işlemlerin kodlamasını da içermelidir.

- Enfeksiyon bir maternal durumdan kaynaklanmışsa,

*P00-P04 Anneye bağlı faktörler, gebelik, doğum süreci ve doğum komplikasyonlarının etkilediği fetüs ve yenidoğan* grubundan nedene yönelik bir ek kod da atanmalıdır.

Sepsis riski olduğu ifade edilen ve kaydedilmiş herhangi bir durum göstermeyen yenidoğanların kodlamasında:

- Yenidoğan gözleme alınmış ve sepsis için profilaktik tedavi başlatılmamışsa;

*Z03 Şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme* grubundan uygun kod atanmalıdır.

- Yenidoğan profilaktik tedavi görmüşse;

*Z03 Şüpheli hastalıklar ve durumlar için tıbbi gözlem ve değerlendirme* grubundan bir kod, *Z29 Profilaktik diğer tedbirler ihtiyacı* grubundan bir kod ve uygun işlem kodları olarak kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 19.6 Prematürite ve düşük doğum ağırlığı kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

*P07.0- İleri derece düşük doğum ağırlığı*

*P07.1- Düşük doğum ağırlığı olan diğer vakalar*

kodları bebeğin doğumdaki ağırlığı ile ilgili kodlar olup, sonraki bakım epizotları ile ilgili değildir.

*P07.2- İleri derecede immatürite*

*P07.3- Miat öncesi diğer infantlar* kodu ise bebeğin kaç aylık olduğu değil, hamileliğin ne kadar sürdüğü (anne karnında kaldığı süre) ile ilgilidir.

**Doğum ağırlığı ve gestasyonel yaş her ikisinin birlikte bulunduğu durumlarda gestasyonel yaşa öncelik verilmektedir.**

**Doğumdan sonraki yatışta:** Başka bir problem ya da özel bir durumun tedavisi için yatış yapılmışsa problem ana tanı olmalı, P07- kodları da ek tanı olarak atanmalıdır.

Prematüritede doğum epizodu için ana tanı ya *P07.2- İleri derecede immatürite* veya *P07.3- Miat öncesi diğer infantlar* olacaktır.

Prematürite daha sonra izleme, kilo alımı veya beslenme için hastaneye yatırılır ise ana tanı, P07'den bir kod olmalıdır ancak, yatışta bebek 28 günden büyükse ve ağırlığı 2500 gramdan fazla ise, Z51.88 Tıbbi bakım, diğer, tanımlanmış'ı ana tanı, P07'den bir kodu ise ek tanı olarak atanmalıdır.

Miadında doğmuş fakat doğum ağırlığı 2500gr'ın altında olan ya da İUGR olup 2500gr'ın altında olan bebekler için P05- kodlarından uygun olan kodlanmalıdır.

*P05.0 Gestasyonel yaşa göre hafif*

*P05.1 Gestasyonel yaşa göre küçük*

## STANDART 20-

## YARALANMA, ZEHİRLENME VE DIŞ NEDENLERİN BAZI SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**20.1** Zehirlenme kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**20.1.1** Alkole birlikte alınan ilaç kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.1.2** Reçetesiz bir ilaçla birlikte alınan reçeteli ilaç kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Zehirlenme, *T36-T50 Uyuşturucu, ilaçlar ve biyolojik maddelerle zehirlenme* grupları içerisinde sınıflandırılmaktadır. Bu gruptaki kodlar zehirlenmeye neden olan ilacın tipini belirtmektedir. Zehirlenmeye neden olan ilacın ya da maddenin tipi, önemli bulgu (konu) kasıt tipi (Hekim tarafından belgelenmelidir) olay yeri ve faaliyet kodları atanmalıdır.

Zehirlenmelerde, zehirlenmeye ilişkin kodun yanında varsa kişide oluşturduğu etkiyi gösteren ek kodlar da (şok, aritmi, hipotansiyon vs.) kullanılmalıdır.

Alkole birlikte alınan bir ilaca karşı oluşan **ters etki**, her iki maddeye bağlı **zehirlenme** olarak kodlanmalıdır.

Reçeteli bir ilacın reçetesiz bir ilaçla birlikte alınması sonucunda oluşan **ters reaksiyon**, her iki ajana bağlı **zehirlenme** olarak kodlanmalıdır.

İlaçlara bağlı zehirlenmeler için meydana geldiği yer kodu, zehirlenmenin nerede meydana geldiğine göre değişir (ev, hastane) çünkü sağlık kuruluşu üzerinden alınmamış olabilir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**20.2** Yan etkilerin (**Advers**) kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**20.2.1** İki veya daha fazla reçeteli ilacın birlikte alınması kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Yan etki, uygun şekilde verilmiş olan ilacın oluşturduğu beklenmeyen etkilerdir.

Yan etkilerde üç kod atanır;

- Hasta üzerindeki etkisi,
- Dış neden kodu (ilaç ve kimyasallar ters etki bloğu),
- Olay yeri kodu (Y92.22 Sağlık hizmeti alanıdır.).

**İlaçların yan etki belirtisi, bulgusu ana tanı olarak kodlanmalıdır.**

Eğer yan etkinin bulgusu konusunda dokümantasyon bulunmuyorsa;

**T88.7 Uyuşturucu veya ilaç maddesinin tanımlanmamış yan etkisi** kodu atanmalıdır.

Dış sebep ve yer kodu ek tanı olarak atanmalıdır.

**Yan etki için aktivite kodu atanmamalıdır.**

İki veya daha fazla reçeteli ilacın birlikte alınması sonucunda bir **ters reaksiyon** oluşması durumunda, her iki ajan da uygun şekilde verilmiş doğru maddelerin **ters etkileri** olarak kodlanmalıdır.

Tedavi amaçlı ilaçların yan etkileri için "T36-T50 Uyuşturucu, ilaçlar ve biyolojik maddelerle zehirlenme grupları" kodları kullanılmamaktadır.

Zehirlenmelerde ana tanı olarak T36-T50 grubundan zehirlenmeye ilişkin bir durum ana tanı olarak kodlanırken, yan etkilerde hastada görülen durumların ana tanı olarak kodlandığına dikkat etmek gerekmektedir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**20.3 İşlem komplikasyonlarının nasıl kodlanması gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**20.3.1 İstenmeyen olayların sınıflandırılması kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**20.3.2 Erken ve geç komplikasyonların sınıflandırılması kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

İşlem komplikasyonları ile ilgili kodlamalarda; en az üç kod atanmalıdır.

- Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonu,
- Dış neden kodu,
- Olay yeri kodu.

Aktivite kodu atanmamalıdır.

*Y60 – Y69: bu kodlar, insan müdahalesine bağlı olarak işlem sırasında meydana gelir.*

*Y70 – Y8: bu kodlar bir cihazın arızası veya kusurlu çalışması için kullanılmaktadır.*

*Y83 – Y84: işlem sırasında hiçbir problem yok ancak sonrasında komplikasyon gelişirse (erken komplikasyon)*

**T80-T88 Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonları**, başka yerde sınıflanmamış bloğundan bir tanı kodu ana tanı olarak kodlanmalıdır. Ters etkinin spesifik tipini belirten bir tanı kodu, **Y60-Y69 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında ortaya çıkan istenmeyen olaylar** veya **Y70-Y82 Teşhis ve tedavi sırasında kullanılmalarıyla istenmeyen olaylara neden olan tıbbi aletler** bloğundan bir dış neden kodu sıra ile kodlanmalıdır.

Yani işlem komplikasyonlarında T80-T88 grubu ana tanı olurken Y60-Y69, Y70-Y82 veya Y83-Y84 gruplarında yer alan kodlar ile yer kodu da ek kod olarak ifade edilmelidir.

Komplikasyonlara ilişkin kodlama yapılırken komplikasyonun ana teriminin altında bu durumun işlem sonrasında meydana geldiğini gösteren spesifik alt kırılımı varsa kodlama buradan

yapılır. Ancak meydana gelen komplikasyonun ana teriminin altında işlem sonrası meydana geldiğini gösteren spesifik alt kırılımı yoksa ANA İndekste K harfi içerisinde komplikasyon başlığı altında hangi vücut sistemi ile ilişkili ise bu bölümün girişim sonrası alt kırılımı üzerinden kodlama yapılmalıdır.

Örnek 1. Cerrahi işlem sonrası meydana gelen yara yeri enfeksiyonunun kodlanmasında:

E-Kitap 2. cilt ANA İndeks içerisinde E harfinde –Enfeksiyon, --Yara, ---İşlem sonrası

**T81.41 İşlem sonrası yara enfeksiyonu** kodu kullanılacaktır.

Örnek 2. Cerrahi işlem sonrası baş ağrısı şikayeti ile gelen hastanın kodlanmasında:

E-Kitap 2. cilt ANA İndeks içerisinde K harfinde –Komplikasyon, --Sinir sistemi, ---İşlem sonrası, ----Tanımlanmış

**C97.8 Sinir sisteminin diğer girişim sonrası bozuklukları** ve

**R51 Baş ağrısı** kodları kullanılacaktır.

Her iki örnek içinde dış neden ve olay yeri kodu atanacaktır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 20.4 Yaralanma, zehirlenme, toksik etkiler ve diğer dış nedenlerin sekellerinin nasıl kodlanması gerektiğini kodlamacı bilmelidir:

**20.4.1** Yan etki sekelinin kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.4.2** Zehirlenme ve toksik etki sekelinin kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.4.3** Cerrahi bakım komplikasyon sekelinin kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.4.4** Yaralanma, diğer dış nedenlerin sekeli kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Bir sekel kodunun ne zaman kullanılabileceğine ilişkin herhangi bir süre sınırlaması yoktur. Esas sebep artık var olmadığından, akut yaralanma, zehirlenme, toksik etki veya diğer dış neden kodlanmaz.

**Cerrahi bakım komplikasyonları sekelinin kodlanmasında en az 4 kod gereklidir:**

- Sekelin rezidüel durumu veya niteliği (mevcut durum)
- T98.3 Cerrahi ve tıbbi bakım komplikasyonlarının sekeli, başka yerde sınıflanmamış**
- Y88.- Cerrahi ve tıbbi bakım sekeli**, dış neden olarak
- Y92.22 Olay yeri,

**Yaralanma, zehirlenme, toksik etkiler veya diğer dış nedenlerin sekelinin kodlanması aşağıdaki 4 kodun atanmasını gerektirir:**

- Sekelin rezidüel durumu veya niteliği (mevcut durum)
- Sekelin nedeni (önceki durum)
- Yaralanma, zehirlenme, toksik etki vb. nin dış nedeni
- Uygun olay yeri kodu

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 20.5 Kapalı kafa yaralanması / bilinç kaybı / konküzyon kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Yaralanmanın her bir tipi kodlanmalıdır.

Hasta dosyasında belirtilen kırıklar (S02.-), intrakraniyal yaralanmalar (S06.1-S06.9), bilinç kaybı (S06.01-S06.05) gibi durumlar ayrı ayrı kodlanmalıdır.

Kraniyal ve intrakraniyal yaralanmaya ek olarak bir bilinç kaybı bildirilmişse;

S06.01-S06.05'ten (Konküzyon) bir kod,

yaralanmanın tipine ilişkin ek kod olarak atanmalıdır.

Hekim tarafından, bilinç kaybına ilişkin başka tanımlama veya açıklama olmaksızın "konküzyon" bildirilmişse;

**S06.00 Konküzyon** kodu atanmalıdır.

Bu tanımlara ilişkin ayrıntılı bilgi alınmaz ise;

**S09.9 Başın tanımlanmamış yaralanması** kodu atanmalıdır.

**S06.9 İntrakraniyal yaralanma, tanımlanmamış** kodu nadiren ve yalnızca kayıttan daha spesifik bir tanı alınamıyorsa kullanılmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

### 20.6 Çok sayıda zedelenme kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**20.6.1 Kan damarı, sinir ve tendon hasarı ile birlikte laserasyon kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**20.6.2 Degloving yaralanması kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

#### AÇIKLAMA

Yaralanmalar, mümkün olduğunca ayrı ayrı kodlanmalıdır. Önemli yaralanmalar için ayrı yer/ tip kodları, daha az şiddetli yaralanmalar (örneğin; birden fazla bölgede yüzeysel yaralanma, birden fazla bölgede açık yara ve burkulma ve gerilme) için ise daha genel kodlar kullanılır.

T00-T07 Birden fazla vücut bölgesinin yaralanması, kodlanacak yaralanma sayısı çok fazla olduğunda kullanılmalıdır.

**Birden fazla yaralanmada kodlar hayati önem sırasına göre sıralandırılıp buna göre ana tanı ve ek tanımlar olarak tanımlanmalıdır. Hayati önem açısından ayırım yapılamayan durumlarda kodlama için hekimden yardım istenmelidir.**

Vasküler yaralanmalarda öncelikli risk ekstremitte kaybının olmasıdır. Bu tür yaralanmalarda öncelik sırası; arteryel hasar, sinir hasarı ve laserasyon şeklindedir.

**Degloving yaralanması;** deri ve subkutan dokunun travmaya bağlı olarak fasiyadan soyulmasıdır. 2'ye ayrılır.

**Komplet degloving yaralanması:** Deri ve subkutan doku flebi tamamen yırtılır veya iplikçik şeklinde tutunur. Bu halde doku canlı değildir, kesilir.

Öncelikle “bölgede açık yara” durumu, sonra varsa kan damarı yaralanması kodlanır. İşlem olarak varsa doku eksizyonu ve greft veya flep onarımı işlemlerinden uygun olan kodlar kodlanmalıdır.

**İnkomplet degloving yaralanması:** Flep büyük bir pedikülle bağlıdır tamamen kopmamıştır. Tamamen ya da kısmen canlıdır.

Öncelikle “bölgede açık yara” durumu kodlanır. Ayrıca gerçekleştirilmişse, doku eksizyonu ve greft veya flep onarımı işlemlerinden uygun olan kodlar kodlanmalıdır.

**Kapalı degloving yaralanması:** Cansız deri kazadan birkaç gün sonra tamamen koparsa meydana gelir.

Kodlamada önce “kan damarı yaralanması” durumu ve açık yara durumu kodlanır. Gerçekleştirilmişse, doku eksizyonu ve greft veya flep onarımı işlemlerinden uygun olan kodlar kodlanmalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

### 20.7 Suistimallere ilişkin durumların kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

20.7.1 Yetişkinin ve çocuğun suistimali kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

20.7.2 Yetişkinin ve çocuğun suistimal öyküsü kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

İhmal veya kötü muamelenin sonucunda bir yaralanmadan çok, fiziksel bir durum meydana gelmişse, söz konusu spesifik durum (örneğin, kötü beslenme), ana tanı olarak kodlanmalıdır. **T74. - Kötü muamele sendromları** kategorisinden bir ek tanı kodu atanmalıdır. Uygun şekilde, **Y06 İhmal ve terk** veya **Y07 Diğer kötü muamele sendromları**'ndan bir dış neden kodu atanmalıdır.

Kötü muameleye ilişkin kaydedilmiş herhangi bir mevcut yaralanma veya durumun bulunmadığı şüpheli suistimal veya “risk altındaki çocuk” durumu sebebiyle yatış durumlarında, T74 Kötü muamele sendromları kategorisinden bir kod, ana tanı olarak, dış etken kodları da ek tanı olarak atanmalıdır.

Bu hassas bir konu olduğundan, kişisel öykü kodları yalnızca klinik kayıta dokümantasyon ile destekleniyorsa ve söz konusu bakım epizoduyla doğrudan ilişkili ise kodlanmalıdır.

Suistimal öyküsü, ayrıntılı bilgi olmaksızın kaydedilmişse;

**Z91.8 Kişisel diğer tanımlanmış risk faktörleri öyküsü, başka yerde sınıflanmamış** atanmalıdır.

Cinsel suistimal suçunun faili biliniyorsa, uygun şekilde **Z61.4 Primer destekleyici grup içindeki kişi tarafından çocuğun cinsel suistimaliyle ilgili problemler** veya **Z61.5 Primer destekleyici grubun dışındaki kişi tarafından çocuğun cinsel suistimaliyle ilgili problemler**'i atanmalıdır.

Çocuklukta meydana gelen kişisel fiziksel suistimal öyküsü:

**Z61.6 Çocuğun fiziksel suistimaliyle ilgili problemler** atanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER****20.8 Yanığa ilişkin tanı ve işlem kodlamalarında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**20.8.1** Yanıkların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.8.2** Yanık pansumanı kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.8.3** Yanık pansumanının değiştirilmesi için yatış kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.8.4** Birden fazla yanık eksizyonel debridmanı kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.8.5** Yanık tedavisi için yeniden yatış kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

1., 2. ve 3. derece olmak üzere yanıklarda rakam arttıkça yanığın derinliği artmaktadır.

Kodlamada ilk önce derece, ikinci sırada vücut yüzey alanı dikkate alınır.

**Yanıklarda en yüksek derecedeki yanık ilk sırada kodlanır.**

Aynı derecedeki yanıklarda vücut yüzey alanını (VYA) daha büyük olan yanıklar öncelikli kodlanır.

VYA'dan daha fazla olan 2. dereceden yanıkla birlikte farklı bir bölgede VYA daha küçük olan bir 3. dereceden yanığın birlikte yer alması durumunda; öncelikli 3. derece sonra 2. derece yanık kodlanır.

Greft uygulaması gerektiren yanıklar, greft uygulaması gerektirmeyenlerden önce kodlanmalıdır.

**Her yanığın bölgesi ayrı ayrı kodlanmalıdır.**

Aynı bölgedeki farklı derecedeki yanıklarda en yüksek dereceye ait olan yanık kodlanır.

Yanıklarda 5 kod atanmalıdır.

1. *T20-T25 veya T29; Multipl veya vücut dış yüzey yanıkları, yerine göre tanımlanmış*
2. Vücut yüzey alanı (VYA) (T31.—tutulmuş vücut yüzey alanı )
3. Dış neden
4. Olay yeri
5. Faaliyet kodları atanmalıdır.

Vücudun dış yüzeyi ile ilişkili yanıklarda T27-T28 grubundaki kodlar normalde ana tanı olarak kodlanmaz.

İnhalasyon yanıkları hekim tarafından özellikle belirtilmişse kodlanmalıdır.

Güneş yanığı için dış neden, olay yeri ve aktivite kodları kullanılmaz.



Yanık pansumanı, yalnızca anestezi ile yapılırsa kodlanmalıdır (lokal anestezi hariç).

Bir operasyon epizodunda yapılan çoklu yanık pansumanı tek bir kodla kodlanmalıdır.

Bir yanık hastasında birden fazla bölgeye pansuman yapılmışsa, pansuman yapılan toplam vücut yüzeyi alanını belirten tek kod atanmalıdır.

Yanık pansumanının değiştirilmesi amacıyla yatışlar için;

**Z48.0 Cerrahi pansuman ve süturların bakımı** atanmalı ve uygun yanık kodu, ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Bir operasyon epizodunda yapılan çoklu eksizyonel yanık debridmanı kodlaması, debride toplam vücut yüzey alanı yansıtacak şekilde tek bir kodla kodlanmalıdır.

**30017-01 Yanığın eksizyonel debridmanı, vücut yüzeyinin < %10'unun eksizyonu veya debridmanı** veya

**30020-00 Yanığın eksizyonel debridmanı, vücut yüzeyinin  $\geq$  %10'unun eksizyonu veya debridmanı**

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**20.9** Hastanede kazanılmış yara enfeksiyonu kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### AÇIKLAMA

**T81.41 İşlem sonrası yara enfeksiyonu**, ana tanı olurken;

**Y60–Y69 Cerrahi ve tıbbi bakım esnasında ortaya çıkan istenmeyen olaylar** veya

**Y70–Y82 Teşhis ve tedavi sırasında kullanılmalarıyla istenmeyen olaylara neden olan tıbbi aletler** veya

**Y83–Y84 Müdahale esnasında istenmeyen bir olaya sebep olmaksızın hastada anormal reaksiyon veya geç komplikasyona neden olan cerrahi müdahale ve diğer cerrahi işlemler aralığından ilgili komplikasyon** dışı neden kodu ile birlikte kodlanmalıdır.

**Y92.22 Sağlık hizmet alanı** kodları kullanılır.

Ayrıca tespit edilmişse enfeksiyonu meydana getiren ajanın kodu da ek olarak kodlanmalıdır.

Sutur malzemesinin çevresindeki bir reaksiyon bu tanımın kapsamına girmediğinden kodlanmamalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**20.10** Spinal kord yaralanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**20.10.1** Spinal kord yaralanması akut evre kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.10.2** Spinal kord yaralanması akut evrede sevk kodlamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.10.3** Spinal kord yaralanması sonraki evre kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.10.4** Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**20.10.5** Spinal kord yaralanması olmadan, vertebra fraktür/dislokasyonu kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Spinal kord lezyonunda ilk sırada lezyonun tipine ilişkin kod atanır.

İlk evre travmadan sonraki akut bakımdır. Bu durumda;

- İlk olarak spinal kord lezyonunun tipi;  
*S14.1-, S24.1-, S34.1 Servikal, torasik, lomber spinal kordun diğer ve tanımlanmamış yaralanmaları.*
- Spinal kord lezyonunun seviyesi, fonksiyonel seviye;  
*S14.7-, S24.7-, S34.7 Fonksiyonel seviyede servikal, torasik, lomber spinal kord yaralanması.*
- Vertebra kırığı ve/veya çıkığı vardır. Kırığın yeri, vertebra kırığı meydana gelmişse;  
*S12.02-, S22.0-, S32.0- Servikal, torasik, lomber vertebra kırığı.*
- Çıkığın yeri: çıkık meydana gelmişse;  
*S13.1-, S23.1-, S33.1- Servikal, torasik, lomber vertebra çıkığı* kapsamında kodlanmalıdır.

Vertebra dislokasyonu ve kırığı birden fazla ise; ayrı ayrı kodlanmalıdır.

Açık yara mevcut ise vertebra açık fraktürü / dislokasyonu için, açık yara kodu kodlanmalıdır.

Hastada spinal kord yaralanması nedeni ile hasta bir hastaneden bir başka hastaneye sevk edilirse, yaralanma tipine ilişkin kod ana tanı olarak, fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanmasına ilişkin uygun kod ek tanı kodu olarak atanmalıdır.

Akut evreden sonraki evrenin kapsamına, diğer ve/veya ilgili durumların tedavisi için, hastaneye yatırılan parapleji/kuadrupleji hastaları girer.

Sonraki evre sekel (geç etki) kapsamında kodlanır.

#### **N39.0 Üriner sistem enfeksiyonları**

#### **G82.- Parapleji ve tetrapleji**

#### **T91.3 Spinal kord yaralanması sekeli**

#### **Y85-Y89 Morbidite ve mortalitenin eksternal sebeplerinin sekeli**

#### **Y92.4 Olay yeri** ek tanı olarak atanmalıdır.

Fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması, kord yaralanmasının tipinden sonra bir ek kod olarak atanmalıdır. Onun arkasından da varsa kırık/ çıkığı kodlanmalıdır.

Fonksiyonel seviyede kord yaralanması, kırık veya çıkığın yeri ile aynı seviyede olmayabilir ve fonksiyonel seviyede spinal kord yaralanması her zaman kord lezyonunun seviyesine denk gelmez, kodlama yaparken bunlara dikkat edilmelidir.

Fraktürün/dislokasyonun seviyesi, dokümantasyonda belirtildiği şekilde kodlanır.

Tıbbi dokümantasyonda vertebra fraktür/dislokasyonun seviyesi açık değilse, kodlama tanımlanmamış bölge olarak atanmalıdır.

Vertebranın açık fraktürü için, ek açık yara kodu kodlanmalıdır.

Vertebrada birden fazla açık fraktür belirtilmişse; yalnızca bir açık yara kodu atanmalıdır.

Birden fazla fraktür/dislokasyon varsa, her seviye ayrı olarak kodlanır.

Vertebra yaralanmasında, fraktür ve dislokasyon, her ikisi de mevcut ise; önce fraktür kodlanmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**20.11** Yüzeysel yaralanmaların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Abrazyon veya kontüzyonlar gibi yüzeysel yaralanmalar, aynı bölgedeki daha ağır yaralanmalarla birlikte görüldüklerinde kodlanmaz. Bir yüzeysel yaralanmayla ilişkili herhangi bir enfeksiyöz ajanı tanımlamak için bir ek kod kullanılmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**20.12** Kırık ve çıkık kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Açık kırıklar ile açık çıkıkların kodlaması için iki kod gerekmektedir;

- Önce kırık kodunu veya çıkık kodunu,
- Arkasından bir kırık/ çıkıkla ilişkili açık yaraya ilişkin uygun kodu atanmalıdır.

Aynı bölgedeki bir kırık/çıkık, açık kırık/çıkık olarak belirtilmişse, yalnızca 'kırıkla ilişkili açık yara' kodu kullanılmalıdır. Bu tür vakalarda, aynı yaralanma bölgesindeki her iki açık yara kodunun da atanmasına gerek yoktur.

Birden fazla yaralanma meydana gelmiş ancak, bunlardan yalnızca biri açık yara ise, açık yara kodunu her zaman ilgili kırık veya çıkık kodunun hemen arkasından girilmelidir.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**20.13** Açık yaralanma ve komplikasyonlarının kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**20.13.1** Açık kafa içi yaralanmaların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir

**20.13.2** Açık intratorasik kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

### 20.13.3 Açık intraabdominal yaralanmaların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

#### AÇIKLAMA

Açık yara, yaralanmaya ek olarak kodlanmalıdır. Bir açık yara, enfeksiyona, yabancı cisme veya gecikmiş iyileşme ya da tedaviye bağlı komplike açık yara olarak tanımlanmışsa; bölgeye göre açık yara durumu ana tanı, **T89.0- Açık yaranın komplikasyonları** kategorisinden uygun kod ek tanı olarak atanmalıdır. Açık yarada yabancı bir cisim varsa ve yara enfekte olmuşsa; **T89.01 Yabancı cisim ile birlikte açık yara** ile enfeksiyöz ajanı tanımlamak için bir ek kod kullanılır.

Kafa içi yaralanmaları ile birlikte başın yaralanması kaydedilmiş ise; ilk olarak kafa içi yaralanma, ek olarak başın açık yarası atanmalıdır. Kafatasının kafa içi yaralanma ile birlikte açık kırığı meydana gelirse, kafa içi yaralanma ve kırığa ilişkin bir kod ile; **S01.83 Başın diğer kısımlarının açık yarası, intrakraniyal yaralanmanın eşlik ettiği** kodu kodlanmalıdır. Bu tür vakalarda, kırığın açık bir kırık olduğu, kafa içi yaralanmaya ilişkin kodlarda belirtildiğinden, “başın ve diğer kısımlarının açık yarası, kırığın eşlik ettiği” kodu atanmaz.

Bir açık intratorasik yaralanma tanımlanmışsa; önce intratorasik yaralanma kodunu, arkasından **S21.83 Toraksın (herhangibir kısmının) açık yarası, intratorasik yaralanma ile ilişkili** kodunu kodlamak gerekir. Bir açık intraabdominal yaralanma tanımlanmışsa; önce intraabdominal yaralanma, arkasından açık yara kodunu atanmalıdır.

Intratorasik ve intraabdominal yaralanmanın eşlik ettiği açık kırık durumunda boşluk içi yaralanma ile birlikte gövdenin açık kırığı meydana gelirse; boşluk içi yaralanma ve kırığa ilişkin bir kod ile uygun kodlar atanmalıdır.

**S21.83 Toraksın (herhangi bir kısmının) açık yarası, intratorasik yaralanma ile ilişkili** veya **S31.83 Karnın (herhangi bir kısmının) açık yarası, intraabdominal yara ile ilişkili** kodları kullanılır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**20.14** ➤ **Burkulma, gerilmelerin kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

ICD-10-AM'de, burkulma ve gerilmeler, vücut bölgelerine göre iki bölümde sınıflandırılmaktadır:

1. Eklem ve ligamentlerin çıkığı, gerilmesi, burkulması.
2. Kas ve tendonun yaralanması.

Burada dikkat edilmesi gereken husus; kas ve tendonların burkulma ve gerilmelerinin kodlanmasıdır. Bunların kodlanmasında eklem ve ligamentlerde olduğu gibi direkt burkulma gibi bir tanı olmayacağı için bunların burkulma ve gerilmelerinde ".....kasının yaralanması" şeklinde genel bir kodlama yapılmaktadır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**20.15** ➤ **Zehirli canlılarla temas kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:**

**20.15.1** ➤ **Zehirli yılanla temas kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**20.15.2** ➤ **Zehirli örümceklerle temas kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

**20.15.3** ➤ **Arı, eşek arısı ve karınca ile temas kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

## AÇIKLAMA

Yılan ısırığı sonucu zehirlenme vakalarında;

**T63.0 Yılan zehiri ile temasın toksik etkisi**, ana tanı kodu olarak atanmalıdır.

X20.0 Zehirli yılanla temas kategorisinden bir dış neden kodu da atanmalıdır. Bu kod yalnızca zehirli yılan ile temasa ilişkin kesin bir kanıt varsa kodlanmalıdır.

Yılan ısırığı olan hastada, zehir saptanmışsa, zehirlenme ister yılan ısırığından kaynaklansın ister kaynaklanmasın, X20.0- kategorisinden, saptanan zehire uygun olan kod atanmalıdır.

Panzehir verilmesini gerektirecek bir zehirlenme meydana gelmesi halinde;

**T63.0 Zehirli hayvanlarla temasın toksik etkisi, yılan zehiri**'ni ana tanı olarak atamak suretiyle, verilen panzehire uygun olarak X20.0 Zehirli yılanla temas kategorisinden bir dış neden kodu atanmalıdır.

Polivalan panzehirinin verilmesi halinde, dış neden kodu, **X20.09 Tanımlanmamış zehirli yılanla temas**'i atanmalıdır.

Bilinen zehirli bir yılanla temas, panzehir verilmeksizin de gerçekleşebilmektedir. Bu "kuru ısırık" olarak adlandırılır ve yılanın zehirli olduğuna ilişkin kesin kanıt olması halinde, bu durumda da **X20.0 Zehirli yılanla temas** kategorisinden bir kod atanmalıdır.

Yılan zehirine karşı allerjik reaksiyonlar tanımlamak için;

**T78 Ters etkiler, başka yerde sınıflanmamış** kategorisinden bir kod atanmalıdır.

Zehirsiz yılanla temas; yılanın zehirli olduğuna ilişkin pozitif herhangi bir kanıt yoksa;

açık yara ana tanı olarak kodlanmak suretiyle,

**W59. - Sürüngenler tarafından ısırılma veya ezilme, diğer** kategorisinden bir kod, dış neden kodu olarak atanmalıdır. **W59.0 Zehirsiz yılan tarafından ısırılma veya ezilme** yalnızca yılan, zehirsiz bir yılan olarak kaydedilmişse ve zehirlenmeye ilişkin herhangi bir bulgu yoksa atanmalıdır.

Yılan zehirsiz bir yılan olarak kaydedilmemişse ve zehirlenmeye ilişkin herhangi bir bulgu yoksa;

**W59.1 Zehirli olup olmadığı bilinmeyen yılan tarafından ısırılma veya ezilme**'yi dış neden kodu olarak atanmalıdır.

Örümcek ısırığı sonucu zehirlenme vakalarında;

**T63.3 Zehirli hayvanlar ile temasın toksik etkisi, örümcek zehiri** ana tanı olarak kodlanmalıdır.

Örümceklerin hemen hemen hepsi zehirlidir (%99.9). **X21. - Zehirli örümceklerle temas** kategorisinden bir dış neden kodu da atanmalıdır.

Zehirsiz örümcekle temas;

**W57 Zehirsiz böcekler ve diğer zehirsiz artropotlar tarafından ısırılma veya sokulma** yalnızca örümceğin, zehirsiz bir örümcek olduğu özellikle kaydedilmişse atanmalıdır.

Arı, eşek arısı ve karınca zehirine desensitizasyona yönelik profilaktik immünoterapi için yatışlarda;

**Z51.6 Allerjenlere desensitizasyon** kategorisinden uygun kodu ana tanı olarak atanmalıdır.

ACS 1884'te ayrıca, belirlenen dozaj şekline bağlı olarak aşağıdaki prosedür kodlarından birisi atanır ifadesi yer almaktadır. Ancak Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzunda 96195-\*\* grubundaki kodlar kodlanmayacak işlemler listesinde yer almıştır.

- **96195-00 [1884] Venom protein verilmesi, diğer**
- **96195-01 [1884] Venom protein verilmesi, acil protokol**
- **96195-02 [1884] Venom protein verilmesi, çok acil protokol**

Bu standartta olduğu gibi özellikli olmayan bir takım işlemlerin kodlanmasıyla ilgili ACS ve Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzu arasında fark bulunması halinde Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzu esas alınmalıdır.

## STANDART 21-

MORBİDİTE DIŞ ETKENLERİ  
DEĞERLENDİRİLMESİ

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**21.1** Dış neden kodu kullanımı ve sıralamasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Dış neden kodu;

S00-T98 ve Z04.1-Z04.5 kategorisindeki kodlarla birlikte ve yaralanma bölümü (S00-T98) dışında sınıflandırılmış olan komplikasyonlar ve anormal reaksiyonlar için kullanılmalıdır.

Tanısal ifadeyi tam olarak dönüştürmek için ek kod gerekiyorsa birden fazla dış neden kodu atanabilir.

U50-Y98 kodları ana tanı olarak atanmamalıdır.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**21.2** Allerjik reaksiyon BŞT kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir

## AÇIKLAMA

Allerjik reaksiyon NOS, T78.4 Allerji, tanımlanmamış kapsamında kodlanır. Nedensel etken bilinmiyorsa, Allerjik reaksiyon NOS'a ilişkin dış neden kodu *X59 Faktöre tanımlanmamış maruz kalma olmalıdır*.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**21.3** Zehirlenme ve yaralanmalarda niyetin belirtilmesinde kullanılan kodların neler olduğunu klinik kodlamacı bilmelidir:

**21.3.1** Saldırı, suistimal ve ihmâl suçunun faili kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Zehirlenme ve yaralanmalarda niyete ilişkin varsayımda bulunulmamalıdır.

Dış neden kodu sınıflandırması kapsamında, zehirlenme ve yaralanmaların kazayla, intihar amaçlı veya kendi kendine, cinayet amaçlı veya diğer kişilerce başlatılan ya da belirsiz bir zehirlenme ve yaralanma olup olmadığının belirlenmesini sağlayan kategorilerden uygun olan kod ek olarak atanmalıdır.

*X40-X49 Zehirli maddelere maruz kalma ve kazayla zehirlenme*

*X60-X84 Kasıtlı kendine zarar verme*

*X85-Y09 Saldırı*

*Y10-Y34 Gerçekleşme şekli belirlenmemiş olay*

Saldırı vakalarında, spesifik yaralanma(lar), ana tanı olarak kodlanmalıdır. Yaralama mekanizmasına (bıçaklama, dövme vs.) bakılmaksızın, *X85-Y09 Saldırı* kategorilerinden bir dış neden kodu atanmalıdır.

**STANDART 22-****SAĞLIK SERVİSLERİYLE TEMAS VE SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ****DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER**

**22.1** İyileşme dönemi/nekahat bakımı için yatış kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Hasta “cerrahi sonrası iyileşme dönemi” için bir hastaneden bir başka hastaneye sevk edilirse ve hastanın aktif tedavisinin hala devam ettiği açıksa;

**Z48.8 Diğer tanımlanmış cerrahi takip bakımı** ana kod olarak atanmalıdır.

Cerrahi girişimi gerektiren durum, ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Yapılan tek tedavi “genel hasta bakım hizmeti” ise;

**Z54. - İyileşme dönemi** kategorisinden bir kod ana tanı olarak atanmalıdır.

Bir durumun tıbbi tedavisinden sonra hastaya nekahat bakımı sunuluyorsa, söz konusu duruma ilişkin kod ana tanı olarak atanmalıdır.

**DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER**

**22.2** Rehabilitasyon yatışlarının kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**AÇIKLAMA**

Özellikle rehabilitasyon amacıyla hastaneye yatırılmış olan hastalar için;

Uygun **Z50. - Rehabilitasyon** uygulamaları kodu ana tanı olarak atanmalıdır.

(**Z50.2 Alkol rehabilitasyonu** ve **Z50.3 Uyuşturucu rehabilitasyonu** kodu istisna)

Birden fazla rehabilitasyon uygulamasının gerçekleştirilmesi halinde, özgül rehabilitasyon uygulamalarına ilişkin bilgiler işlem kodları ile gösterileceğinden rehabilitasyon için **Z50.9 Rehabilitasyon uygulaması, tanımlanmamış** kodu atanmalıdır. Hastanın rehabilitasyon kurumunda bulunmasına neden olan durum, ek tanı olarak atanmalıdır.

Hem rehabilitasyon hem iyileşme dönemi bakımı sunulmuşsa, ilk sırada rehabilitasyona ilişkin uygun Z kodu verilmeli, onun arkasından iyileşme dönemi kodu girilmelidir.

Genellikle, kodlama sırası:

- Ana tanı, **Z50. - Rehabilitasyon uygulamaları**
- Rehabilitasyon gerektiren tıbbi durum
- ACS 0002 Ek tanıları'na uygun olarak ek tanıları
- Rehabilitasyon işlem kodları

şeklinde olacaktır.



## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**22.3** Uzun süreli/bakımevi tipi yatan hastaların kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Bu tür durumlarda;

**Z75.- Tıbbi hizmetler ve diğer sağlık bakımıyla ilgili problemler** kategorisinden bir kod ana tanı olarak atanmalıdır. İleride bakım epizodunda ortaya çıkabilecek herhangi bir durum ise, ek tanı olarak kodlanmalıdır.

Hastalar bir akut problemin tedavisi için hastaneye yatırılır, hastanede uzun süreli veya bakımevi tipi hasta olarak kalırsa ve epizot bakım tipi değişmez;

Akut durum ana tanı,

Z75.- den uygun bir kod ise ek tanı olarak atanmalıdır.

Hasta, sosyal nedenlerden eve taburcu edilmeyip A Hastanesinden B Hastanesine sevk edilmesi durumunda;

Ana tanı (B Hastanesi için), sevkini sebebinin oluşturduğu sosyal nedendir;

Ek tanı ise **Z54.- İyileşme dönemi**'dir.

## DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER

**22.4** Takip ve tarama durumlarının kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir:

**22.4.1** Spesifik bozukluk taraması kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

**22.4.2** Spesifik bozukluk takip muayeneleri kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.

## AÇIKLAMA

Taramalar ilişkin kodlamalar:

Hasta belirli bir hastalık veya bozukluk için muayene edildiğinde (örneğin, endoskopi), yapılan tarama sonucunda hastalık bulgulanmazsa;

**Z11.-, Z12.- ve Z13.- "...için özel tarama muayenesi"** kategorilerinden uygun kodlar ana tanı olarak atanmalıdır.

Tarama bakım epizodunda yapılan tarama sonucunda hastalığın bulgulanması halinde;

Söz konusu hastalık ana tanı olarak kodlanırken,

**Z11.-, Z12.- veya Z13.- kategorisinden bir kod atanmaz.**

**Z12.- Neoplazmalar için özel tarama muayenesi** kodu, aşağıdaki durumlarda atanmaz:

- Geçirilmiş neoplazma öyküsüne yönelik takip muayenesi (**Z08.- Habis neoplazma tedavisi sonrası takip muayenesi**) veya
- Muayene (uygun semptom/belirti kapsamında kodlanır) bir semptom veya belirti nedeniyle yapılıyorsa

### Takip muayenelerine ilişkin kodlamalar;

*Z08 Habis neoplazma tedavisi sonrası takip muayenesi* veya *Z09 Habis neoplazma harici diğer durumlar için tedavi sonrası takip muayenesi* kategorisindeki kodlar, hasta bir duruma yönelik takip muayenesi amacıyla hastaneye yatırıldığında ve herhangi bir rezidüel durum veya yineleme bulgulanmadığında ana tanı olarak atanmalıdır.

Z08 veya Z09 kategorisindeki, geçirilmiş tedavinin tipini gösteren uygun kod, ana tanı olarak atanmalıdır. Kişisel öyküye ilişkin Z85-Z87 kategorilerinden uygun kod, ek tanı olarak kaydedilmelidir.

Durum yinelemişse veya bir rezidüel durum mevcutsa, söz konusu durum ana tanı olarak kodlanmalıdır.

### DEĞERLENDİRİLECEK KRİTER

**22.5** **Kişisel öykü kodlanmasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini klinik kodlamacı bilmelidir.**

### AÇIKLAMA

**Kişisel habis neoplazma öyküsü veya diğer hastalıklar ya da durumlara ilişkin Z85-Z87 kategorilerindeki kodlar hiçbir zaman ana tanı olamaz.**

Bu kodlar, durumun tamamen iyileşmesi ancak, öykünün doğrudan mevcut bakım epizodu ile ilgili olması halinde yalnızca ek tanı olarak atanmalıdır.

Merkezi ve yerinde değerlendirmelerde öykü kodlarının mevcut durumla ilişkili olsun olmasın her zaman kodlanması yönünde bir eğilim olduğu fark edilmiştir. Bu durum doğru değildir. Sadece mevcut durumla ilişkili olan öykülerin ek kod olarak kodlanması gerektiği unutulmamalıdır.

# 3. BÖLÜM

## MERKEZİ DEĞERLENDİRME HATA KATEGORİLERİ

### 1. ANA TANI SEÇİM HATASI

Fatal Hata	
1.1	Hançer yıldızlı kodlarda bulgu kodunun ana tanı olması
1.29	Dış neden kodlarının ana tanı yapılması

Major Hata	
1.2	Sekellerle ilgili kodlamalarda, ana tanı seçim hatası
1.3	Mental ve davranışsal bozukluklara neden olan farklı maddeleri tanımlayan F'li kodların, mevcut durum yerine ana tanı olarak kullanılması
1.4	Özellikle rehabilitasyon amaçlı yatan hastalarda ana tanı olarak rehabilitasyonun yapılmadığı durumlar (Ör: Kırığa bağlı rehabilitasyon için yatışta kırığı ana tanı yapmak)
1.5	KAH ve angina birlikte bulunduğu durumlarda angina kodlamasının yerine KAH'ın önce kodlanması
1.11	DM haricindeki zehirlenme durumlarında ana tanı olarak T'li zehirlenme kodunun yerine meydana gelen mevcut durum ya da başka bir durumun ana tanı yapılması
1.12	İlaçlara bağlı advers etki nedeniyle oluşan mevcut durumların ya da bunların olmadığı durumlarda T88.7'nin dışındaki tıbbi zehirlenme kodlarının ana tanı olarak kodlanması
1.13	Yanık pansumanı için yapılan yatışlarda ana tanı olarak Z48.0 Cerrahi pansuman ve suturların bakımı yerine yanığa ilişkin kodun atılması
1.14	Günübirlik yapılan özellikli durumlarda o duruma ilişkin Z'li kodun yerine altta yatan sebebin ana tanı olarak kodlanması (Ör: Kansere ilişkin günübirlik aferezlerde ana tanının Z51.81 Aferez yerine kanser gibi farklı durumların ana tanı yapılması)
1.15	Kod sıralamasında ana tanı seçiminin hatalı yapılması.
1.16	Nötropeni ve septiseminin birlikte var olduğu dosyalarda önce septisemi sonra nötropeniye ilişkin kodun atanması kuralına uygun olmayan kodlama
1.17	Glokom ile kataraktın tedavisi aynı operasyon dahilinde yapılırsa, tanı ve prosedür kodlarında kataraktın glokomdan önce kodlanması
1.18	Resüsitasyon yapılan kardiyak arrestlerde esas sebep bulunduğu zaman, arrestin ana tanı olarak kodlanması
1.19	Fetal hareket azalmasının esas sebebinin kodlanması durumunda Z36.8 Diğer antenatal tarama ve O36.8 Anne bakımı, diğer tanımlanmış fetal problemlerde kodlarının ana tanı yapılması
1.20	Yenidoğan bebek dosyasında bebeğe ilişkin problemin olduğu durumlarda ana tanının Z38 kodlanması
1.21	Palyatif bakım gerektiren durumlarda esas sebebin ana tanı, Z51.5 Palyatif bakım kodunun da ek tanı olarak kodlanmasına yönelik kurala uygun olmayan kodlama hatası

Major Hata	
1.22	N40 Prostat hiperplazisi ve N32.0 Mesane boynu obstrüksiyonu kodlarının aynı dosyada bulunması durumunda prostat hiperplazisi yerine mesane boynu obstrüksiyonunun ana tanı olarak kodlanması
1.23	Gastroenterit hastalarında ek tanı olarak bulunabilen dehidratasyon kodunun ana tanı olarak kodlanması
1.24	Doğumun sonuçlandırılması (tıbbi düşük vs.) durumlarında, sonuçlandırma nedeni yerine sterilizasyon kodunun ana tanı yapılması
1.25	Hasta dosyasında peritonit nedeni peritoneal diyaliz ise peritonitin ana tanı, T85.71 Peritoneal diyaliz kateterine bağlı enfeksiyon ve inflamatuvar reaksiyonun ek tanı olarak atanması
1.27	Özellikli durumların birden fazla gün yatışlarda gerçekleştirilmesi halinde altta yatan sebebin bulunduğu durumlarda özellikli durumları ifade eden Z'li kodların ana tanı olarak kullanılması (Kanser gibi durumlarda birden fazla gün yatışı yapılan hastada Z51.81 Aferez atanması) (Kemoterapi, radyoterapi ve diyalizlerde olduğu gibi)
1.28	J44.0 Akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve Pnömoninin görüldüğü durumlarda Pnömoninin ana tanı olarak atanması.
1.30	Trafik kazalarında kaza sonucunda meydana gelen durumun ana tanı olması yerine V'li kazalara ilişkin ya da faaliyet, dış neden ve aktivite kodlarının ana tanı olarak atılması
1.37	Sekellerle ilgili kodlamada hem hastalığın akut durumuna ilişkin bir kod hem de aynı hastalığın sekel kodunun bulunması (Ör: SVO sekeli ve SVO hastalığına ilişkin kodların beraber kullanılması)
1.38	Arter striktürlerinde striktürün nedenine ilişkin özel durum belirtildiği zaman kardiyak ateroskleroz vs. durumları varlığında her iki kodun birlikte kodlanması ( I77.1 Arter darlığı ile I24.0 Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner tromboz kodunun veya I25.1 Aterosklerotik kalp hastalığı kategorisinden bir kodun birlikte atanması)
1.44	Spesifik bozukluklara yönelik yapılan takip muayenelerinde, takip sonucunda herhangi bir durum tespit edilememesi durumunda Z08 ve Z09 lu kodlardan bir ana tanı ve kişisel öykü kodunun da ek tanı olarak kodlanmaması (Z'li kodu ana tanı yapmadığı ve kişisel öykü kodu ek tanı yapmadığı tüm durumlar)
1.49	Gebelik süresi olarak 20 haftanın altındaki durumlarda doğum, 20 haftanın üzerindeki durumlarda düşük kodlarının kullanılması
1.50	Doğumu komplikasyonlu hale getiren durumların bulunmasına rağmen, O80 tek spontan doğum kodunun atanması
1.52	Tamamlanmış 37 haftanın öncesinde meydana gelen tüm doğumlarda O60 miadından önce doğum kodunun atanmaması
1.54	Yenidoğanlarda prematürite ile ilgili kodlamalarda ağırlığın düşük olmasına ya da haftanın küçük olmasına(Prematüriteye) bağlı meydana gelen durumlarda ana tanı olarak mevcut durumun, ek tanı olarak da prematüriteye ilişkin ek kodların atanmaması ya da kod sırasının doğru olmaması
1.55	Yaralanmalarda açık yara olan durumları belirtmek için bir yaralanma bir açık yaraya ilişkin kodun bir arada atanmaması ve/veya açık yaranın ana tanı olarak kodlanması.
1.58	Viral anogenital siğillerin kodlanmasında bölgeye ilişkin kodun( K62.8, N88.8, N36.8, N89.8, N90.8, N48.8) ana tanı ve anogenital siğil kodunun (A63.0 Anogenital (venereal) siğiller) ek kod olarak atanması kuralına uymayan kodlama hatası

## Major Hata

1.59	Kardiyak girişimlerde ilk defa tespit edilen bir durumun tanısına yönelik kod bulunurken işlem olarak revizyon, reoperasyon olarak veya işlem olarak ilk defa yapıldığına dair bir kod varken tanı olarak geçmiş cerrahinin komplikasyonu olarak kodlanması (T82.2 Koroner arter bypass ve kapak greftlerinin mekanik komplikasyonu tanısında 38637-00 koroner arter grefti rekonstrüksiyonu için reoperasyona ilişkin kod bulunması gerekirken reoperasyon içermeyen işlem kodlarının bulunmaması.)
1.62	İlaç direnci ile ilgili kodlamalarda enfeksiyon, organizma gibi ek kodların eksik olarak kodlanması ve/veya ana tanı hatası bulunması
1.63	Özel bir hastalığın eğitimi için yatırılan hastalarda eğitim ana tanı olurken, eğitimi gerektiren özel tanının ek kod olarak kullanılmaması ya da özel tanının ana tanı eğitimin ek tanı olarak kodlanması

## Minör Hata

1.6	O60 Miadından önce doğum kodunun, doğumun erken olmasına sebep olan bir durum olması halinde ana tanı olarak kodlanması (Ör: EMR nedeniyle olan erken doğumda ana tanı olarak O60'ın kodlanması hatadır. Ek tanı olarak mutlaka kodlanmalıdır)
1.7	Doğum için hastaneye yatırılmış olan gebe daha sonra, doğumu yapmak üzere bir başka hastaneye sevk edildiğinde; 37.haftanın sonrasındaki sevklerde, hastanın sevkini gerektiren tıbbi durumun haricinde ana tanı olarak "Z34 Normal gebeliğin gözlemi" kodunun atanmaması
1.8	Doğum için hastaneye yatırılmış olan gebe daha sonra, doğumu yapmak üzere bir başka hastaneye 37. haftanın altındaki sevklerde, hastanın sevkini gerektiren tıbbi durumun haricinde, ana tanı olarak O60 miadından önce doğum kodunun atanmaması
1.9	Doğumdan sonra yatışlarda ya da dışarıda doğum gerçekleşip hastaneye belli bir sebeple gelen hastada sebep belli ise ana tanı olarak Z39.- postpartum bakım ve muayene kodlarının kodlanması
1.10	Yenidoğanlarda prematürite ile ilgili kodlamalarda hem hafta olarak küçük hem de ağırlık olarak küçük ise öncelikli olarak ağırlığının kodlanması
1.26	Yanıklarda birden fazla bölgenin etkilenmesi durumunda yüzey alanı daha az olsa bile derece olarak en fazla ve greft varlığının öncelikli olarak atanmaması
1.31	Tanı gerektiren işlemlerde gerekli tanıların eksik olması (Ör: KOAH hastasında Adezyolizis işleminin yapılması ve adezyona ilişkin tanının kodlanmaması.)
1.32	E1-.71 ve E1-.72 'li kodları oluşturan ek kodların varlığında DM'yi daha komplike bir durum olarak ifade eden yalnızca E1-.71'in yerine .71 ve .72 li kodların birlikte girilmesi
1.33	Diyabetik nefropatiye ilişkin birden fazla durumun varlığında (E1-.21; E1-.22; E1-.23) sadece en ileri olan evreye yönelik tek kod atanması gerekirken .21 .22 ve .23 lü kodlardan birden fazlasının kodlanması
1.34	E1-.31; E1-.33; E1-.35'teki diyabetik retinopati için yalnızca en ilerlemiş evre olan tek kod atanması gerekirken .31 .33 ve .35li kodlardan birden fazlasının kodlanması
1.35	Konjestif kalp yetmezliği tanısı bulunan hastalarda sol ventrikül yetmezliği tansının ek kod ve/veya ana tanı olarak atanması
1.36	Gebelikle ilgili durumlar nedeniyle yatan hastalarda, tesadüfi gebeliği belirten Z33 kodunun kodlanması (Düşük tehdidi nedeniyle yatan hastalarda, tesadüfi gebelik kodunun atanması)

Minör Hata	
1.39	Aynı hepatit türlerinde hem taşıyıcılık hem de hastalığa yönelik kodların aynı dosyada yer alması
1.40	Z81.- Zihin ve davranış bozuklukları aile öyküsüne ilişkin bir kodun atanması
1.41	KOAH kendi içerisinde kronik bronşit, amfizem ve astım tanılarını içerdiği için KOAH tanısı koyulan hastalarda ayrıca bu hastalıklara ilişkin ek kodlama yapılması
1.42	Dekübit ülserlerinde birden fazla bölgede farklı derecede bulunan ülserlerden sadece en büyük derecedekini gösteren tek kod atanır, kuralına uymayan birden fazla dereceye ilişkin kodlar atanması
1.43	Diyabet bulunan vakalarda diyabete ilişkin kodun yanında bozulmuş glukoz regülasyonu kodunun da kodlanması
1.45	Pankreatektominin yapıldığı yatıştaki hipoinsülinemi durumunu ifade etmek için E89.1 Girişim sonrası gelişen hipoinsülinemi kodu yerine E10.- E11.- E13.- lü kodlardan birisinin atanması
1.46	Bir DM Hastasında DM'e ek olarak aşağıdaki 8 farklı durumdan bir veya daha fazlasının tespit edilmesine rağmen DM'e ilişkin kodun E-.72 (DM ile birlikte insülin direnci) olarak kodlanmaması 1) Akantozis Nigrikans 2) Karakteristik Dislipidemi (TG↑; HDL↓) 3) Hiperinsülinizm 4) Hipertansiyon 5) Artmış karın içi viseral yağ birikimi 6) İnsülin direnci 7) Non-alkolik yağlı KC 8) Obezite (Beyaz ırk 18 yaş üstü için)
1.47	Gebeliğin 24. haftasından önce DM veya BGT bulunan hastalarda O24.4- (Gestasyonel DM) den bir kod atanması
1.48	Bir DM hastasında DM'e ek olarak aşağıdaki 5 farklı gruptan iki veya daha fazlasının tespit edilmesine rağmen DM'e ilişkin kodun E-.71 (DM mikrovasküler komplikasyon ile birlikte) olarak kodlanmaması 1) Böbrek hastalıklarına bağlı komplikasyonlar 2) Göz hastalıklarına bağlı komplikasyonlar 3) Nörolojik hastalıklara bağlı komplikasyonlar 4) Diyabetik iskemik kardiyomyopati; 5)Diyabetik cilt ve subkutan doku komplikasyonları;
1.51	Sezaryenle gerçekleşen doğumlarda, sezaryen yapılacak olan durum belli olmasına rağmen O82 kodunun atanması (Ör: Önceki gebeliğe bağlı sezaryen olan hastanın kodlamasında O82 kodunun kullanılması)
1.53	Maternal nedenler ve doğum travmasından etkilenen yeni doğanlar (P00-P04) ile ilgili kodların bulunduğu bir dosyada bebekte görülen durumun(P10-P15) ana tanı yapılmaması veya P00-P04 arası kodların tek başına kodlanması
1.56	Spinal kord lezyonlarında lezyonun tipi ve düzeyini içeren kodların birlikte bulunmaması
1.57	Habis neoplazma ile sonuçlanan HIV hastalığı kodu, habis neoplazma kodu olmadan atandığı durumlar
1.60	Z37'li doğumun sonuçlanması kodunda yer alan çoğul doğumlara ilişkin bir kodun bulunduğu durumda ikiz gebeliği tarif eden bir O'lu çoklu doğum kodunun kodlanmaması ya da O'lu kodu bulunan dosyanın Z37'li doğum sonucunun bulunmaması
1.61	Astım tanısı nedeniyle yoğun bakımda kalan hastalarda astımın komplikasyonsuz astım olarak kodlanması (Status astmatikus, akut şiddetli astım vb. olması gerekir)
1.64	Aynı yatış içerisinde angina ve MI'in birlikte bulunduğu dosyalarda, yalnızca MI kodlanması gerekirken angina ve MI'in birlikte kodlanması

## 2. ANA TANI İŞLEM UYUMSUZLUĞU İLE İLGİLİ HATA

Major Hata	
2.2	Kalıcı kalp pili kodlamasında jeneratör ve elektrotların ayrı ayrı iki kod olarak kodlanması ve/veya tanı olmadan işleme yönelik kod bulunması
Minör Hata	
2.1	Tanı gerektiren işlemlerde gerekli tanıların eksik olması (Ör: KOAH hastasında adezyolizis işleminin yapılması ve adezyona ilişkin tanının kodlanmaması. Ör:2 Göz dosyalarında anterior sineşi ayrılma işlemi kullanılmakta, tanıları; H21.5 İris ve siliyer cismin diğer adezyonları ve kopmaları, tanısı atanmamaktadır.)
2.3	İndüksiyonlarda gebelik haftası 14'ün üzerinde ise işlem olarak 90462-00 Abortus indüksiyonu için prostaglandin supozituar yerleştirilmesi kodunun atanması
2.4	İndüksiyonlarda gebelik haftası 14'ün altında ise işlem bloğu olarak 1334'lü gruplardan (Doğum eyleminin medikal ve cerrahi indüksiyonu) bir kodun atanması

## 3. GEREKSİZ EK TANI KODLAMA HATASI

Fatal Hata	
3.31	Transplantasyonlarda donör (vericinin) kodlanmasında transplantasyona ilişkin tanı ve işlem kodlarının kodlanması
3.32	Transplantasyonlarda donör olacak kişinin hastaneye yatırılma sebebiyle donör olduğuna ilişkin kodların tek dosyada birlikte atanması (Ör: Trafik kazası sonucunda multiple organ yetmezliği gibi bir durumla beraber donör ve donöre ilişkin işlem kodlarının beraber kodlanması)

Major Hata	
3.5	HIV le ilgili kodlamalarda R75,Z21, B23.0 kodları ile birlikte B20-24 bloğunun aynı bakım epizodunda birlikte kodlanması
3.24	Sekellerle ilgili kodlamada hem hastalığın akut durumuna ilişkin bir kod hem de aynı hastalığın sekel kodunun bulunması (Ör: SVO sekeli ve SVO hastalığına ilişkin kodların beraber kullanılması)
3.25	Arter striktürlerinde striktürün nedenine ilişkin özel durum belirtildiği zaman kardiyak ateroskleroz vs. durumları varlığında her iki kodun birlikte kodlanması ( <i>177.1 Arter darlığı</i> ile <i>124.0 Miyokard enfarktüsü ile sonuçlanmayan koroner tromboz</i> kodunun veya <i>125.1 Aterosklerotik kalp hastalığı</i> kategorisinden bir kodun birlikte atanması)
3.30	Diyabet bulunan vakalarda diyabete ilişkin kodun yanında bozulmuş glukoz regülasyonu kodunun da kodlanması

Minör Hata	
3.1	Asıl tanının ifade edilmesinde net olarak belirtilen spesifik bir alt kırılımın yanında diğer ve ya tanımlanmamış alt kırılımlarının birlikte atanması (4. kırılım) (Ör: E11.9 ve E13.9 veya L50.0 ve L50.9 vb.)

Minör Hata	
3.2	Tanının semptomları veya belirtileri gibi bilgilerin gelişigüzel çoklu kodlaması (Ör: Astım-da öksürük)
3.3	Tanılarda aynı yerin iki taraflı durumları ya da çoklu durumları için birden fazla kod kullanılması (Ör: Sağ ve sol femur kırığı)
3.4	Ana tanı ile ilişkili olmayan öykü kodlarının gereksiz yere ek tanı olarak atanması (Ör: DM nedeniyle yatırılan hastada femur kırığı öyküsü atanması)
3.6	Mental ve davranışsal bozukluklara neden olan farklı maddeleri tanımlayan F'li kodların yanında öykü ve şu anki kullanımlarıyla ilgili kodların kullanılması (Ör: KC Yağlanması alkole bağlı F'li kodun yanında alkol öyküsü kodunun girilmesi)
3.7	Spesifik bozukluk taraması nedeniyle yatırılan hastalarda, taramaya yönelik bir tanı tespit edilmesi durumunda Z11, Z12, Z13'lü özel tarama muayenesi kodlarının atanması
3.8	Tip 1 ve hamilelikle ilişkili DM kodlarının (E10.- ve O24.-) bulunduğu durumlarda insülin kullanım öykü kodunun atanması
3.9	DM veya BGR olarak tanı kodlanmamış olan bir hastada R73 Yükselmiş kan glukoz düzeyi kodunun ek kod olarak atanması
3.10	I25.12 Aterosklerotik kalp hastalığı, otolog bypass greftinde tanısının varlığında, Z95.1 Aortakoroner bypass grefti varlığının ek tanı olarak kodlanması
3.11	O03-O07 li kodların 4. kırılımları 0,1,2,5,6,7 ise bu kırılımlarda komplikasyon ifade edildiği için fazladan O08'den ek kod atanması
3.12	İlaçlara bağlı advers etki nedeniyle oluşan durumların kodlanmasında U'lu faaliyet kodlarının veya X'li kasit kodlarının kodlanması
3.13	Yenidoğanlarda rutin olarak yapılan muayenelerden olan Z01.1 Kulak ve işitme muayenesi kodunun atanması
3.14	Z36.8 Diğer antenatal tarama ve O36.8 Anne bakımı, diğer tanımlanmış fetal problemlerde kodları aynı yatışta beraber kodlanması
3.15	Uterus prolapsı durumunda üretrosetel, sistosel, enterosel ve rektosel kodlarından biri veya daha fazlasının kodlanması
3.16	Aynı bölgedeki hem kırık hem de çıkığa ilişkin açık yara bulunduğu durumlarda sadece kırığa ilişkin açık yara kodu atanması gerekirken hem kırık hem de çıkık için ayrı ayrı açık yara kodlarının birlikte atanması
3.17	Alt ekstremitte variköz ven ülseri ile alt ekstremitte ülseri kodlarının birlikte atanması
3.18	Özellikli durumların birden fazla gün yatışlarda gerçekleştirilmesi halinde altta yatan sebebin bulunduğu durumlarda özellikli durumları ifade eden Z'li kodların ana tanı olarak kullanılması (Kanser gibi durumlarda birden fazla gün yatışı yapılan hastada Z51.81 Aferez atanması) (Kemoterapi, radyoterapi ve diyalizlerde olduğu gibi)
3.19	E1-.71 ve E1-.72 'li kodları oluşturan ek kodların varlığında DM'yi daha komplike bir durum olarak ifade eden yalnızca E1-.71'in yerine .71 ve .72 li kodların birlikte girilmesi
3.20	Diyabetik nefropatiye ilişkin birden fazla durumun varlığında (E1-.21; E1-.22; E1-.23) sadece en ileri olan evreye yönelik tek kod atanması gerekirken .21 .22 ve .23 lü kodlardan birden fazlasının kodlanması
3.21	E1-.31; E1-.33; E1-.35'teki diyabetik retinopati için yalnızca en ilerlemiş evre olan tek kod atanması gerekirken .31 .33 ve .35 li kodlardan birden fazlasının kodlanması
3.22	Konjestif kalp yetmezliği tanısı bulunan hastalarda sol ventrikül yetmezliği tansının ek kod ve/veya ana tanı olarak atanması



Minör Hata	
3.23	Gebelikle ilgili durumlar nedeniyle yatan hastalarda, tesadüfi gebeliği belirten Z33 kodunun kodlanması (Düşük tehdidi nedeniyle yatan hastalarda, tesadüfi gebelik kodunun atanması)
3.26	Aynı hepatit türlerinde hem taşıyıcılık hem de hastalığa yönelik kodların aynı dosyada yer alması
3.27	Z81.- Zihin ve davranış bozuklukları aile öyküsüne ilişkin bir kodun atanması
3.28	KOAH kendi içerisinde kronik bronşit, amfizem ve astım tanılarını içerdiği için KOAH tanısı koyulan hastalarda ayrıca bu hastalıklara ilişkin ek kodlama yapılması
3.29	Dekübit ülserlerinde birden fazla bölgede farklı derecede bulunan ülserlerden sadece en büyük derecedekini gösteren tek kod atanır, kuralına uymayan birden fazla dereceye ilişkin kodlar atanması
3.33	Lösemi, lenfoma, polistemia vera, kaposi sarkom gibi morfoloji ve yer kodunun birlikte verildiği durumlarda ek olarak gereksiz veya hatalı morfoloji kodunun atanması. (Örn.1-Acıklama : ( M9732/3) C90.0- ) Multiple miyelom ve habis plazma hücreli neoplazmalar(C90) M9732/3 Multipl miyelom yerine adenokarsinom (M8140/3) kodunun atanması)(Ör: Acıklama : ( M9732/3) C90.0- ) Multiple miyelom ve habis plazma hücreli neoplazmalar(C90) M9732/3 Multipl miyelomile birlikte adenokarsinom (M8140/3) kodunun atanması)

#### 4. EKSIK VE/VEYA YANLIŞ EK TANI HATASI

Fatal Hata	
4.15	Bebeklere ait dosyalarda Z37'li, annelere ait dosyalarda Z38'li doğumun sonucuna ilişkin kodların kullanılması
4.25	Tanı gerektiren işlemlerde gerekli tanıların eksik olması (Ör: KOAH hastasında adezyolizis işleminin yapılması ve adezyona ilişkin tanının kodlanmaması, Ör: Göz dosyalarında anterior sineşi ayrılma işlemi kullanılmakta, tanılarına; H21.5 İris ve siliyer cismin diğer adezyonları ve koptmaları, tanısı atanmamaktadır.)

Major Hata	
4.17	Zehirlenmelerle ilgili kodlamalarda T'li zehirlenme kodu, meydana gelen durum kodu, yer kodu, dış neden kodu ve aktivite kodundan biri veya birkaçının eksik kodlanması
4.32	Doğumu komplikasyonlu hale getiren durumların bulunmasına rağmen, O80 tek spontan doğum kodunun atanması
4.37	Yaralanmalarda açık yara olan durumları belirtmek için yaralanma ve açık yaraya ilişkin kodun bir arada atanmaması ve/veya açık yaranın ana tanı olarak kodlanması
4.40	Viral anogenital siğillerin kodlanmasında bölgeye ilişkin kodun ( K62.8, N88.8, N36.8, N89.8, N90.8, N48.8) ana tanı ve anogenital siğil kodunun (A63.0 Anogenital (venereal) siğiller) ek kod olarak atanması kuralına uymayan kodlama hatası
4.42	Kardiyak girişimlerde ilk defa tespit edilen bir durumun tanısına yönelik kod bulunurken işlem olarak revizyon reoperasyon olarak veya işlem olarak ilk defa yapıldığına dair bir kod varken tanı olarak geçmiş cerrahinin komplikasyonu olarak kodlanması (T82.2 Koroner arter bypass ve kapak greftlerinin mekanik komplikasyonu tanısında 38637-00 koroner arter grefti rekonstrüksiyonu için reoperasyona ilişkin kod bulunması gerekirken reoperasyon içermeyen işlem kodlarının bulunmaması.)

4.43	Z37'li doğumun sonuçlanması kodunda yer alan çoğul doğumlara ilişkin bir kodun bulunduğu durumda ikiz gebeliği tarif eden bir O'lu çoklu doğum kodunun kodlanmaması ya da O'lu kodu bulunan dosyanın Z37'li doğum sonucunun bulunmaması
4.45	Özel bir hastalığın eğitimi için yatırılan hastalarda eğitim ana tanı olurken, eğitimi gerektiren özel tanının ek kod olarak kullanılmaması ya da özel tanının ana tanının eğitimin ek tanısı olarak kodlanması
4.46	Aynı yatış içerisinde angina ve MI'nin birlikte bulunduğu dosyalarda, yalnızca MI kodlanması gerekirken angina ve MI'nin birlikte kodlanması

**Minör Hata**

4.1	Hançer ve yıldızlı kodlarla ilgili durumlarda, herhangi birisinin eksik olarak kodlanması
4.2	Sekellerle ilgili kodlamalarda rezidüel durumun kodlanmaması
4.3	Yaralanma ve zehirlenme sekellerinde kullanılması gereken 4 kodun tamamının kullanılmaması (Rezidüel durum, sekel nedeni, dış neden, olay yeri)
4.4	a) Primer ve sekonder kanserlerde yeri belirtildiği halde morfoloji kodunun bulunmaması ya da hatalı morfoloji kodlamasının yapılması (Örnek: M8140/3 kodunu primer ve sekonder için aynı kod olarak atamak, ya da M8140/3 bulunan primer morfolojide sekondere morfoloji kodu atamamak vs.) b) Kanserlerde yer ve ya morfoloji ile ilgili net bir bilgi olmasa dahi uygun kodlarla durumun ifade edilmemesi (Ör: Memede kanser olarak ifade edilmiş bir dosyada sadece C'li yer kodunun atanıp, morfoloji kodunun eksik bırakılması)
4.5	Sekonderi bulunan bir kanser kodlamasında primerine ilişkin kodlamanın yapılmaması
4.6	Diyabetin özgül diğer biçimleri kodlanırken, E13. - Diğer tanımlanmış diyabetes mellitus koduna ek olarak, asıl bozukluk veya ilişkili genetik sendromun ek kod olarak atanmaması (Ör: Pankreasın alınmasına bağlı DM oluşmasında E13. - DM koduna ek olarak pankreasın alınma nedeninin ek kod olarak atanması)
4.7	DM ve BGT ilaç ya da kimyasallara bağlı ortaya çıktığında ilgili ilaç veya kimyasal belirtmek için; E13. - veya E09. - dan bir kod ile; dış neden kodlarının birlikte atanmaması
4.8	E-.72 DM insülin direnci ile birlikte kodunun yer aldığı dosyada -72'yi oluşturan nedenlerin ek kod olarak atanmaması
4.10	Koroner arter bypass greftlerinin kodlanmasında greft sayısı ve türüne ilişkin kodlardan herhangi birinin eksik kodlanması
4.11	O09 Gebelik süresi kodunun; düşük, düşük tehdidi, erken membran rüptürü, erken doğum başlangıcı vs. gibi 38. haftanın altındaki gebelik durumlarını göstermek için ek kod olarak atanmaması
4.12	O94-O98 ve O99 bloğu arasında yer alan obstetrik durumlarla ilgili tanı kodları verildiği zaman bu durumun oluşmasına neden olan spesifik tanı kodlarının eklenmemesi
4.13	O04. - Medikal abortus tanılarının varlığında sonlandırmanın nedenini göstermek amacıyla bir ek tanı kodunun kullanılmaması
4.14	Bir yatış içerisinde bebeğin doğumunun bu yatışta olduğuna dair bir kod bulunması halinde, Z37'li doğum sonucu kodunun anne dosyasında bulunmaması
4.16	Doğumun gerçekleştiği bir bakım epizodunda bir postpartum durumu sebebiyle tedavi gören hastalarda, Z39. - Postpartum bakım ve muayene kodlarının atanması
4.18	Yaralanma, kaza, zehirlenme, işlem komplikasyonları ve yanıklarda dış etken, faaliyet ve olay yeri kodlarından biri veya daha fazlasının eksik kodlanması

Minör Hata	
4.19	Yanıklarda yüzey alanı ve derece olmak üzere iki kodun birlikte kodlanmaması
4.20	Cerrahi izlem bakımı ile ilgili kodlamalarda (Z48.8 Cerrahi izlem diğer, tanımlanmış) ana tanısıyla yatırılan hastalarda cerrahi izlem gerektiren durumun ek kod olarak atanmaması
4.21	Tip 1 diyabet dışında görülen diyabet tiplerinde ketoasidozla birlikte diyabetin kodlandığı durumlarda şiddetli enfeksiyon varsa bu durumu gösteren kodun bulunmaması
4.22	Bilinç kaybı durumlarında konküzyon veya kapalı kafa yaralanmasına ilişkin kodlardan bir veya daha fazlasının bulunması
4.23	Demografik verilerle tanı ve işlemlere ilişkin kodlamalarda ölümle ilişkili kodların uyuşmaması
4.24	Operasyona ilişkin işlem kodunun bulunmadığı fakat anestezinin işlem olarak kodlandığı hasta dosyalarında, yapılmamış işlem kodu veya anestezi komplikasyonları kodu da içermeyen durumlar
4.26	Spesifik bozukluklara yönelik yapılan takip muayenelerinde, takip sonucunda herhangi bir durum tespit edilememesi durumunda Z08 ve Z09 lu kodlardan bir ana tanı ve kişisel öykü kodunun da ek tanı olarak kodlanmaması (Z'li kodu ana tanı yapmadığı ve kişisel öykü kodu ek tanı yapmadığı tüm durumlar)
4.27	Pankreatektominin yapıldığı yatıştaki hipoinsülinemi durumunu ifade etmek için E89.1 Girişim sonrası gelişen hipoinsülinemi kodu yerine E10.- E11.- E13.- lü kodlardan birisinin atanması
4.28	Bir DM Hastasında DM'e ek olarak aşağıdaki 8 farklı durumdan bir veya daha fazlasının tespit edilmesine rağmen DM'e ilişkin kodun E-.72 (DM ile birlikte insülin direnci)olarak kodlanmaması 1) Akantozis Nigrikans 2) Karakteristik Dislipidemi (TG↑; HDL↑)3) Hipersülinizm 4)Hipertansiyon 5) Artmış karın içi viseral yağ birikimi 6) İnsülin direnci 7) Non-alkolik yağlı KC 8) Obezite (Beyaz ırk 18 yaş üstü için)
4.29	Gebeliğin 24. haftasından önce DM veya BGT bulunan hastalarda O24.4- (Gestasyonel DM) den bir kod atanması
4.30	Bir DM hastasında DM'e ek olarak aşağıdaki 5 farklı gruptan iki veya daha fazlasının tespit edilmesine rağmen DM'e ilişkin kodun E-.71 (DM mikrovasküler komplikasyon ile birlikte) olarak kodlanmaması 1) Böbrek hastalıklarına bağlı komplikasyonlar 2) Göz hastalıklarına bağlı komplikasyonlar 3) Nörolojik hastalıklara bağlı komplikasyonlar 4) Diyabetik iskemik kardiyomyopati; 5) Diyabetik cilt ve subkutan doku komplikasyonları;
4.31	Gebelik süresi olarak 20 haftanın altındaki durumlarda doğum, 20 haftanın üzerindeki durumlarda düşük kodlarının kullanılması
4.33	Sezaryenle gerçekleşen doğumlarda, sezaryen yapılacak olan durum belli olmasına rağmen O82 kodunun atanması (Ör: Önceki gebeliğe bağlı sezaryen olan hastanın kodlamasında O82 kodunun kullanılması)
4.34	Tamamlanmış 37 haftanın öncesinde meydana gelen tüm doğumlarda O60 miadından önce doğum kodunun atanmaması
4.35	Maternal nedenler ve doğum travmasından etkilenen yeni doğanlar (P00-P04) ile ilgili kodların bulunduğu bir dosyada bebekte görülen durumun (P10-P15) ana tanı yapılması veya P00-P04 arası kodların tek başına kodlanması
4.36	Yenidoğanlarda prematürite ile ilgili kodlamalarda ağırlığın düşük olmasına ya da haf-tanın küçük olmasına (prematüriteye) bağlı meydana gelen durumlarda ana tanı olarak mevcut durumun, ek tanı olarak da prematüriteye ilişkin ek kodların atanmaması ya da kod sırasının doğru olmaması

Minör Hata	
4.38	Spinal kord lezyonlarında lezyonun tipi ve düzeyini içeren kodların birlikte bulunmaması
4.39	Habis neoplazma ile sonuçlanan HIV hastalığı kodu, habis neoplazma kodu olmadan atıldığı durumlar
4.44	İlaç direnci ile ilgili kodlamalarda enfeksiyon, organizma gibi ek kodların eksik olarak kodlanması ve/veya ana tanı hatası bulunması
4.47	İşlem olarak acil sezaryene yönelik bir kod atanması durumunda, anestezinin acil olduğuna dair uygun kodla ifade edilmemesi ya da anestezinin acil olduğunu gösteren durumlarda, sezaryen işlemine yönelik kodda ifade edilmemesi
4.48	E1-.73 Diyabet, birden çok nedene bağlı ayak ülseri ile birlikte kodunun kullanıldığı durumlarda 73 kırılımına neden olan spesifik kodların ek kod olarak atanmaması (Ör: polinöropati (G62.9), periferik anjiyopati (I70.2-), ayak parmağı selüliti (L03.02) E1-.73 e ek olarak kodlanmalıdır)
4.49	D68.3 Dolaşımdaki antikoagülanlara bağlı hemorajik bozukluk koduna ek olarak meydana gelen olayın zehirlenme, over doz gibi özelliklerine ilişkin uygun ek kodların kullanılmaması (Ör: Kodlar: D68.3 Dolaşımdaki antikoagülanlara bağlı hemorajik bozukluk R04.0 Epistaksis Y44.2 Terapötik kullanımda ters etkiler doğuran antikoagülanlar Uygun olay yeri kodu (Y92.-))

## 5. EKSİK VE/VEYA YANLIŞ İŞLEM KODLAMA HATASI

Major Hata	
5.2	Sevkle gelen hastaların haricinde yapılan mekanik ventilasyonlarda; ventilasyonun başlatma yeri ve süresi için iki kodun bulunmaması
5.5	Mekanik ventilasyonun süresinin, hastanın yatış süresi ile uyumsuzluğu (1 gün yatışta 96 saat üzeri ventilasyon süresi kodlanması)
5.6	Donör (verici) kodlamasında organ çıkarılmasının kodlanmaması
5.7	Bir AV fistülünün kapatılması veya bir AV şantının çıkarılması amacıyla yatış için, Z48.8 Spesifik cerrahi takip bakımı, diğer ana tanı kodu, aşağıdaki prosedür kodlarıyla birlikte atanması gerekirken, bu kodlardan biri veya her ikisinin birden kodlanmaması 34130-00 (765) Cerrahi girişimle oluşturulan ekstremitte arteriyovenöz fistülün kapatılması veya 34506-00 [764] Eksternal arteriyovenöz şantın çıkarılması
5.9	Hamileliğe ilişkin olmayan küretaj işlemlerinde gebelik düşük vs tanılara ilişkin kodlar bulunması ve/veya gebelik düşük vs tanılarda hamileliğe ilişkin olmayan küretaj kodunun bulunması ( Ör: Düşük tanısında 35640-00 uterus dilatasyon & küretajı (D&C) kodlanması)
5.12	Hasta dosyasında yanık tanısına ilişkin kodların varlığında yanığın tedavisine yönelik yapılan debridman ve greft işlemlerinin yanığa ilişkin olmayan kodların atanması
5.17	İndüksiyonlarda gebelik haftası 14'ün altında ise işlem bloğu olarak 1334'lü gruplardan (Doğum eyleminin medikal ve cerrahi indüksiyonu) bir kodun atanması
5.19	Ventilasyonların süresinin kodlanmasında kümülatif süre yerine süreye ilişkin birden fazla kod atanması

Minör Hata	
5.1	Doğum işlemine yönelik bir kodun bulunmadığı durumlarda, O61-69'lu bloklardan bir kod bulunması
5.3	Ventilasyondan bağımsız, yalnız başına bir işlem olarak entübasyon durumunun kodlanması durumunda 22007-00 endotrakeal entübasyon, tekli lümen 22008-00 endotrakeal entübasyon, çift lümen 90179-02 nazofarenjyal entübasyon kodlarından birinin girilmesi
5.4	Ventilasyon için gerçekleştirilmiş entübasyon durumunun kodlanması durumunda 22007-01 endotrakeal entübasyon tedavisi, tekli lümen 22008-01 endotrakeal entübasyon tedavisi, çift lümen 90179-05 nazofarenjyal entübasyon tedavisi kodlarından birisinin girilmesi
5.8	Serbest fleplerin kodlanmasında hem serbest flebe ilişkin işlem kodunun hem de kan damarlarının mikrocerrahi onarımına ilişkin kodun yer almaması ve/veya sınırlarında ilgilendiren serbest fleplere ait kodlamalarda sinirin mikrocerrahi anastomozu kodunun olmaması
5.10	Femur fraktürlerinin proksimal bölgelerinin (trokanterik veya subkapital bölge) kodlanmasında redüksiyon ve internal fiksasyon kodunun bulunması (Ör: Trokanterik femur fraktüründe 47519-00 Trokanterik veya subkapital femur fraktürünün internal fiksasyonu yerine 47528-01 Femur fraktürünün internal fiksasyon ile açık redüksiyonu atanması)
5.11	Hasta dosyasında nöraksiyal blok idaresi kapsamındaki kodların varlığında, nöraksiyel blok anestezi grubundan uygun kodun birlikte bulunmadığı durumlar
5.13	Kardiyak girişimlerde ilk defa tespit edilen bir durumun tanısına yönelik kod bulunurken işlem olarak revizyon reoperasyon olarak veya işlem olarak ilk defa yapıldığına dair bir kod varken tanı olarak geçmiş cerrahinin komplikasyonu olarak kodlanması (T82.2 Koroner arter bypass ve kapak greftlerinin mekanik komplikasyonu tanısında 38637-00 koroner arter grefti rekonstrüksiyonu için reoperasyona ilişkin kod bulunması gerekirken reoperasyon içermeyen işlem kodlarının bulunmaması)
5.14	Astım tanısı nedeniyle yoğun bakımda kalan hastalarda astımın komplikasyonsuz astım olarak kodlanması (Status astmatikus , akut şiddetli astım vb. olması gerekir)
5.15	Kalıcı kalp pili kodlamasında jeneratör ve elektrotların ayrı ayrı iki kod olarak kodlanması ve/veya tanı olmadan işleme yönelik kod bulunması
5.16	İndüksiyonlarda gebelik haftası 14'ün üzerinde ise işlem olarak 90462-00 Abortus indüksiyonu için prostaglandin supozituar yerleştirilmesi kodunun atanması
5.18	İşlem olarak acil sezaryene yönelik bir kod atanması durumunda, anestezinin acil olduğuna dair uygun kodla ifade edilmemesi ya da anestezinin acil olduğunu gösteren durumlarda, sezaryen işlemine yönelik kodda ifade edilmemesi
5.20	Sistosel ve rektosel onarımının birlikte yapıldığı durumlarda tek kod atanması gerekirken ikisinin ayrı ayrı kodlanması
5.21	Sezaryen ve normal doğum işlemleri sırasında yapılan anestezi kodlarından (Genel anestezi dışında) 92506, 507, 508 dışında diğer anestezi türlerinin kodlanması

## 6. KODLANMAYACAK İŞLEMLERİN KODLANMASI İLE İLGİLİ HATA

Minör Hata	
6.1	<p>Kodlanmayacak İşlemlerin Kodlanması</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alçı uygulaması</li><li>• Kardiyopleji</li><li>• Kardiyotokografi (CTG)</li><li>• Pansumanlar</li><li>• İlaç tedavisi</li><li>• Ekokardiyogram</li><li>• Elektrokardiyografi (ECG)</li><li>• Elektromiyografi [EMG]</li><li>• Hipotermi</li><li>• CPR</li><li>• Yenidoğanda;Hepatit B aşılama, Odyometri,Topuk kanı işlemi</li><li>• Kan gazı analizi</li><li>• Kan şekeri bakılması</li><li>• Pacing telleri takılması</li><li>• İzleme: kardiyak, elektroensefalografi (EEG), vasküler basınç, NST, Sistemik arteriyel basınç</li><li>• Nazogastrik intübasyon Perfüzyon</li><li>• İşlem sonrası idrar kateterizasyonu</li><li>• Cerrahi ve travmatik yaraların birincil süturu</li><li>• İşlem bileşenleri</li><li>• Stres testi</li><li>• Traksiyon</li><li>• Ultrason</li><li>• Kontrastsız x-ray'ler (sade)</li><li>• TA Takibi</li><li>• Anestezi öncesi değerlendirme</li><li>• Kan tahlilleri (CBC, Biyokimya vb.)</li><li>• Oksijen tedavisi (YD özel durumu hariç)</li><li>• Nebulizatörle ilaç uygulama</li><li>• Gastrik lavaj</li><li>• Solunum fonksiyon testi</li><li>• Konsültasyonlar</li><li>• Smear Alınması</li><li>• Katater çıkarılması (periton diyalizi hariç)</li><li>• Respiratuvar kanalın noninsizyonel drenajı</li><li>• Diğer danışmanlık veya eğitim</li><li>• 96024-00 Yardımcı veya uyarlayıcı aygıt, destek veya ekipman ihtiyacı değerlendirilmesi</li><li>• 96071-00 Yardımcı veya uyarlayıcı aygıt, destek veya ekipman hakkında danışmanlık veya eğitim</li><li>• 11503-11 Karbonmonoksit diffüz etme kapasitesi ölçümü</li><li>• 11332-00 Tıkırtı evok otoakustik emisyonlar değerlendirmesi</li><li>• Lokal anestezi ile yapılan tırnak çekimleri (kama rezeksiyon revizyonlar hariç)</li><li>• Diğer</li></ul>
6.2	Anestezi olmadan (Lokal anestezi olsa dahi) yapılan yanık pansumanları
6.3	İşlem sonrası analjezinin kodlanmasına ilişkin durumlarda ilgili kodun yalnızca doğru ilişkin ve ameliyathanede uygulanan (PCA türü) analjezi türleri kodlanır diğer analjezik maddeler kodlanmaz maddesine uymayan kodlama hatası

## 7. STANDARTLARDA YAPILAN HATALAR

Major Hata	
7.1	Travmaya bağlı bilinç kaybı (intrakranyal yaralanmaların) kodu olan S06.- lı kodların travmatik olmayan R40.- lı kodların yerine kullanılması
7.3	Yenidoğanlarda ve gebelerde ABO ve Rh uyumsuzluklarında P55- ve O36- lu kodlar yerine reaksiyon kodları olan T80-li kodların kullanılması.

Minör Hata	
7.2	Z75.3 Sağlık hizmetlerine ulaşamama veya bunların olmaması kodunun sadece şüpheli tanı ve durumlarda bir üst basamağa gönderilen hastalar için kodlanması gerekirken bunun haricindeki sevk türlerinde de kodlanması (Örn.Menajjit şüphesiyle veya açıklanamamış olan kardiyak problem nedeniyle daha detaylı inceleme ve araştırma için bir üst kuruma gönderilme durumunda Z75.3 kodlanmalıdır. Örn.2- Kadın doğum uzmanı olmadığı için doğumu gerçekleştiremeyen hastanenin sevkinde bu kod kullanılmamalıdır.)
7.4	12 yaş altı çocuklarda N43- hidrosellere ilişkin tanı kodunun cerrahi tedavisinde inguinal herni onarımı yerine, yetişkinlerde olması gerektiği gibi hidrosel eksizyonu işlem kodunun kullanılması

## 8. DOSYA İNCELEMİYİ GEREKTİREN HATALAR

## 9. HASTALARIN SİSTEME KAYIT HATALARI

Fatal Hata	
9.1	BBAG olarak kayıt edilmesi gereken günübirlik yapılan basit müdahaleler gibi (ameliyathane ve özel işlem odalarında ve/veya anestezi ile yapılan işlemler hariç) hasta verilerinin yatış olarak TIG'e kayıt edilmesi
9.2	İBAG olarak kayıt edilmesi gereken bir hasta verilerinin yatış olarak TIG'e kayıt edilmesi
9.3	Anestezi ve Özellikli olmayan rutin ve dini sünnetlerin İBAG yerine yatış olarak TIG'e kayıt edilmesi

Major Hata	
9.4	Transplantasyonlarda donör olacak kişinin hastaneye yatırılma sebebiyle donör olduğuna ilişkin kodların tek dosyada birlikte atanması. (Ör: Trafik kazası sonucunda multiple organ yetmezliği gibi bir durumla beraber donör ve donöre ilişkin işlem kodlarının beraber kodlanması.)

## 10. ANA TANININ DOĞRU SEÇİLMESİNE RAĞMEN UYGUN OLMAYAN ALT KIRILIM HATASI

### Major Hata

10.4	J44.0 Akut alt solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve pnömoninin görüldüğü durumlarda pnömoninin ana tanı olarak atanması
------	---

### Minör Hata

10.1	Lokal enfeksiyonlara sebep olan organizma ek tanı olarak kodlanmış ancak ana tanı seçiminde buna yönelik uygun kodlama yapılmadığı durumlar. (Ör: Pnömoninin klebsiellaya bağlı olduğu ek kod olarak belirtildiği halde, ana tanı olarak tanımlanmamış pnömoni)
10.2	Akut ve kronik durumların birlikte olduğu tanılarının kodlanmasında, ana tanı olarak akut yerine kronik durumun kodlanması (İstisnaları; bronşiolit, cerrahi girişim içeren akut tonsillit, myeloid lösemiler)
10.3	Yanıklarda birden fazla bölgenin etkilenmesi durumunda yüzey alanı daha az olsa bile derece olarak en fazla ve greft varlığının öncelikli olarak atanmaması
10.5	Z37'li doğumun sonuçlanması kodunda yer alan çoğul doğumlara ilişkin bir kodun bulunduğu durumda ikiz gebeliği tarif eden bir O'lu çoklu doğum kodunun kodlanmaması ya da O'lu kodu bulunan dosyanın Z37'li doğum sonucunun bulunmaması
10.6	Astım tanısı nedeniyle yoğun bakımda kalan hastalarda astımın komplikasyonsuz astım olarak kodlanması (Status astmatikus , akut şiddetli astım vb. olması gerekir)

## 11. GEREKSİZ (FAZLA) İŞLEM KODLAMA HATASI

### Fatal Hata

11.10	Transplantasyonlarda donör (vericinin) kodlanmasında transplantasyona ilişkin tanı ve işlem kodlarının kodlanması.
11.11	Transplantasyonlarda donör olacak kişinin hastaneye yatırılma sebebiyle donör olduğuna ilişkin kodların tek dosyada birlikte atanması.(Ör:Trafik kazası sonucunda multiple organ yetmezliği gibi bir durumla beraber donör ve donöre ilişkin işlem kodlarının beraber kodlanması.)

### Major Hata

11.12	Ventilasyonların süresinin kodlanmasında kümülatif süre yerine süreye ilişkin birden fazla kod atanması.
-------	--

### Minör Hata

11.1	Kodlanmaya haiz görüntülemelerde (BT, MR, Doppler vs) aynı yerin birden fazla görüntülenmesi durumunda aynı kodun birden fazla kullanılması (Beyin MR 3 kez yapılmışsa 3 kez kodlanması)
11.2	Aynı yatış içerisinde kaç kez yapılırsa yapılsın bir kez kodlanması gereken işlemlerin birden fazla kez kodlanması ( Bileşik sağlık müdahaleleri, anestezi, kemoterapi, radyoterapi, kan nakilleri, yanıklar, CT, MR taramaları,ağrı yönetimi işlemleri, hemodiyaliz )
11.3	İşlem bileşenlerinden oluşan bir bütünü temsil eden bir işlem kodu bulunması halinde, aynı ayrı parçalar halinde işlemlerin kodlanması ( bypass da greft için damar alınması vs. )



11.4	Geçici kalp pili elektrotlarının ayarı, yeniden konumlandırılması, manipülasyonu veya çıkarılması işlemlerinin kodlanması
11.5	Ventilasyon için yapılan entübasyonlarda 16 yaş ve üzerindeki hastalarda entübasyon işlem kodunun atanması
11.6	Transplantasyonlarda alıcının hastalıklı organının çıkarılmasına ilişkin kod atılması.
11.7	Aynı blok içerisindeki anestezi türlerinin birlikte kodlanması. (Farklı operasyonlara dair özellikli işlemler için kodlanan aynı blok anesteziler hariç)
11.8	Laminektomi ve diskektomi işlemlerinin aynı yatışta gerçekleştirildiği durumlarda yalnızca diskektomi atanır kuralına uymayan kodlamanın yapılması
11.9	Sezaryen işlemlerinde forseps kodunun da ayrıca kodlanması.
11.13	Sistosel ve rektosel onarımının birlikte yapıldığı durumlarda tek kod atanması gerekirken ikisinin ayrı ayrı kodlanması.

## 12. ASLA ANA TANI OLMAMASI GEREKEN KODLARIN ANA TANI OLARAK ATANMASI İLE İLGİLİ HATA

Fatal Hata	
12.2	Z85-87 Kişisel öykü kodlarından bir kodun ana tanı olarak atanması
12.4	O09 Gebelikteki doğum süresinin ana tanı olarak atanması
12.6	Dış neden kodlarının ana tanı yapılması
12.7	Trafik kazalarında kaza sonucunda meydana gelen durumun ana tanı olması yerine V'li kazalara ilişkin ya da faaliyet, dış neden ve aktivite kodlarının ana tanı olarak atılması.
Major Hata	
12.1	HIV le ilgili kodlamalarda R75, Z21 gibi durumların ana tanı olarak kodlanması
12.3	Kanserlerde morfoloji kodunun ana tanı olarak atanması
Minör Hata	
12.5	P00-P04 kategorisindeki bir kodun ana tanı olarak atanması



## YERİNDE DEĞERLENDİRME GÖZLEM FORMU

1. Değerlendirilecek Sağlık Tesisi Adı:

2. Hastane Türü:

3. Değerlendirme Tarihi:

### A. SAĞLIK TESİSİNİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ

- 1.Sağlık Tesisi TİG Sorumlu Yöneticisi belirlenmiş mi? Evet  Hayır
- 2.TİG Birimi kurulmuş mu? Evet  Hayır
- 3.TİG Birim Sorumlusu belirlenmiş mi? Evet  Hayır
- 4.Çalışma ortamı uygun mu? Evet  Hayır

### 4. Sorunun cevabı Hayır ise nedenini/nedenlerini seçiniz.

- Havalanma  Işık
- Gürültü  Başka birimle birlikte
- Diğer (Lütfen açıklayın) .....

### 5.TİG Biriminde kaç klinik kodlamacı var?

	Klinik Kodlamacı	Unvan	Eğitim Almamış	Temel Eğitim Tarihi	İleri Eğitim Tarihi	Validasyon Tarihi	Aktif / Pasif süre
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
Klinik kodlamacılara ilişkin bilgiler ayrı ayrı doldurulacaktır. Aktif olarak çalışanlar için toplam aktif çalışma süresi, pasif olan eğitilmiş personel için toplam süre yazılacaktır. Eğitim almamış olan ve başkasının şifresiyle çalışan personel de ayrıca belirtilecektir							

6.Ortalama taburcu sayısına göre TİG Biriminde çalışan klinik kodlamacı sayısı yeterli mi? Evet  Hayır

7.TİG Biriminde çalışanlar başka bölümlerde çalışıyor mu? Evet  Hayır

7. sorunun cevabı Evet ise aşağıdaki tabloyu kişi bazlı doldurunuz.

Kişi Adı	Aylık Yapılan İkinci Görev Toplam Süresi
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

**8. Klinik kodlama dosya üzerinden mi gerçekleşiyor?** Evet  Hayır 

8. Sorunun cevabı Hayır ise aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Epikrize ulaşabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Ameliyat notlarına ulaşabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
ASA ve Anestezi bilgilerine ulaşabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Patoloji raporuna ulaşabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
HBYS programı ile TİG modülü uygunluğu var mıdır?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

**9. Teknik donanım yeterliliği ile ilgili aşağıdaki maddelere uygun yanıtı veriniz.**

Her klinik kodlamacının kullandığı bilgisayar var mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
Virüs programı var mı?	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
İnternet hızı çalışmaların yapılmasına uygun mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Çekilen xml ve xls dosyalarını açacak program altyapısı var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

**10. Dosya içeriği ile epikriz uygunluğu var mı?** Evet  Hayır 

10. soruya cevap Hayır ise sebebini/sebeplerini işaretleyiniz.

- Ana tanı belirtilmemesi
- Ek tanı/ tanıların belirtilmemesi
- Mutlaka kodlanması gereken tanıların belirtilmemesi
- Operasyon bilgisi belirtilmemesi
- Öykü ve kronik hastalıklar bilgisi verilmemesi
- Diğer (Yazınız) .....

**11. TİG çalışmalarında görev alan danışman hekim var mı?** Evet  Hayır **12. Son 6 ay içerisinde sağlık tesisinin;**

- TSİM / TİG Yatan Hasta Oranı...%..... Grup Ortalamasına Oranı.....
- Sağlık Tesisi VKİ..... Grup Ortalama VKİ: .....
- Sağlık Tesisi Ortalama Bağlı Değeri..... Grup Ortalama Bağlı Değeri.....

**13. Sağlık tesisi yönetimine, hekimlerine ve klinik kodlamacılarına TİG'e yönelik bilgilendirme toplantısı yılda en az 2 kez yapılarak kayıt altına alınmış mı?** Evet  Hayır **14. TİG sistemine gönderilen verilerin analizi her dönem sonu sorumlu yönetici ve birim sorumlusu tarafından yapılıyor mu?** Evet  Hayır

**B. KLİNİK KODLAMACI DEĞERLENDİRMESİ**

Değerlendirilen Klinik Kodlamacı Adı Soyadı: .....

Değerlendirilen Sağlık Tesisi/Türü: .....

<b>1. Kodlamada kullanılması gereken kaynaklar biliniyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
1. sorunun cevabı Evet ise kullanılan kaynakları işaretleyiniz.		
a. E-Kitap kullanımı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzu kullanımı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. ICD 10-AM citlerinin kullanımı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
d. TİG-KDS programının kullanımı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>2. Sisteme veri gönderimi sırasında yatan ve günübirlik hasta ayırımını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>3. Kodlamada ana tanı seçiminde hata var mı?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>4. Ek tanı / tanılar seçim hatası var mı?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>5. Gereksiz belirti ve bulgu kodlaması var mı?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>6. Ana tanı, ana işlem uyumsuzluğu var mı?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>7. Haçner yıldız kodlama standardını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>8. Kansere ilişkin kodlama kurallarına uyuluyor mu?</b>		
a. Yer ve morfoloji kodlamalarındaki kanserin davranışını gösteren kodlar uygun mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Primer veya metastaz için de morfoloji kodlamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. Primer ve metastaz kodlarını hangi durumlarda ana tanı olarak kodlayacağını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
d. Kodların nerede aranacağı biliniyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>9. Kişisel ve aile öyküsü kodunun ne zaman kodlanacağını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>10. Gerçekleşmeyen cerrahi işlemlerde kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>11. Yanıklara ilişkin kodlama standardını biliyor mu?</b>		
a. Yanıkların kodlamasında nelere dikkat etmesi gerektiğini kodlamacı biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Yanığın pansumanına ilişkin kodlamayı biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. Yanık tedavisi için yeniden yatışı nasıl kodlayacağını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>12. Yaralanma kodlama standardını biliyor mu?</b>		
a. Olay yeri kodu var mı?/doğru mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Faaliyet kodu var mı?/doğru mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. Dış etken kodu var mı?/doğru mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
d. Açık yara kodlamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

<b>13. Zehirlenme kodlama standardını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
a. Olay yeri kodu var mı?/doğru mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Faaliyet kodu var mı?/doğru mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. Dış etken kodu var mı?/doğru mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>14. Advers etki kodlamasına ait standartları klinik kodlamacı biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>15. Komplikasyon (işlem sırası ve sonrasında) kodlamalarına ilişkin standardı biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>16. Sekel kodlamalarına ilişkin standardı biliyor mu?</b>		
a. Hastalıkların sekellerine ilişkin kodlama standardını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Yaralanma sekellerine ilişkin kodlama standardını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>17. Antikoagülan kullanımına ilişkin standardı biliyor mu?</b>		
a. Antikoagülan kullanımında kişisel öykü kodlamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Anormal koagülasyon profilini kodlamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>18. Kontrol amaçlı yatışlara ilişkin ana tanı ve ek tanı kodlama standardını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>19. Takip amaçlı yatışlara ilişkin ana tanı ve ek tanı kodlama standardını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>20. Ek tanı kriterlerine uymasa da kodlanması gereken durumları biliyor mu?</b>		
a. DM	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. HIV	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. Hepatit	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
d. Kalp pili varlığı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
e. Mevcut durumla ilişkili olabilecek öyküler .....	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>21. Gastroenterit kodlama standartları biliniyor mu?</b>		
a. 15 yaşının altındaki çocuklarda kodlamanın nasıl olacağını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Erişkinde kodlamanın nasıl olacağını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>22. Komaya/Travmatik bilinç kaybına ilişkin kodlama kurallarını biliyor mu?</b>		
a. Travmatik bilinç kaybı standardını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Komaya ilişkin standardı biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>23. Diyalize ilişkin kodlama standartlarını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>24. Revizyonlara ilişkin kodlama standartlarını biliyor mu?</b>		
a. Revizyonlara ait genel kodlama standartlarını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Komplikasyon durumundaki revizyonların kodlaması biliniyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>



<b>25. Asıl tanının ve işlemlerin alt kırılımlarının bulunmasını biliyor mu?</b>		
a. Asıl tanı ve işlemin yanındaki artının açılarak alt kırılımlara inilmesi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Alt kırılımda bulunan bir kod ile ifade yerine birden fazla kod kullanılması (Ör: DM ile proteinüride DM ve proteinüri için ayrı ayrı kod kullanılması vs.)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>26. Enfeksiyon/İlaca dirençli mikroorganizmaların kodlamasına ilişkin standardı biliyor mu?</b>		
a. Enfeksiyonlarda kaç kod kullanılır ve sıralaması ne olmalıdır?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. İlaça dirençli mikroorganizmalarda kaç kod kullanılır ve sıralaması ne olmalıdır?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>27. Anestezi altında gerçekleştirilen işlemlerin kodlanması ile ilgili standartları biliyor mu?</b>		
a. Anestezi ile yapılan işlemlere anestezi kodu atanmış mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Anestezi işlem uygunluğu var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. Aynı vaka süresince farklı türlerde anestezi uygulanırsa kaç kod kullanılmalı biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
d. Aynı vaka süresince birden fazla aynı grup uygulanması durumunda hangi kodlar kullanılır biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
e. Aynı vaka süresince aynı anestezi türü kullanılırsa kaç kod kullanılır biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
f. Farklı vaka sürecinde aynı türlerde anestezi uygulanırsa kaç kod kullanılması gerektiğini biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
g. Farklı vaka sürecinde farklı türlerde anestezi uygulanırsa kaç kod kullanılması gerektiğini biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
h. Farklı vaka sürecinde birden fazla aynı grup uygulanması durumunda hangi kodlar kullanılır biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>28. ASA skoru kullanımına ilişkin kodlamayı doğru olarak yapabiliyor mu?</b>		
a. ASA skoru nasıl kodlanır? (0,1,2,3,4,5,6)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Aciliyet durumu nasıl kodlanır? (0,9)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>29. Skopi altında gerçekleştirilen cerrahi işlemlerde kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>30. Sözleşmeli işlemlerin kodlanmasına ilişkin standardı klinik kodlamacı biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>31. Organ temini, transplantasyonuna ait standardını klinik kodlamacı biliyor mu?</b>		
a. Organ teminine ait kodlamayı doğru yapabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Organ transplantasyonuna ait kodlamayı doğru yapabiliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>32. Terapötik aferez ile transfüzyon ayırımını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

<b>33. Diyabete ilişkin genel kodlama standartlarını klinik kodlamacı biliyor mu?</b>		
a. ...."ile birlikte" kodunu doğru kullanıyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. İnsülin kodlamasının hangi durumlarda kodlanacağını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. DM insülin dirençli durumunu ve kaç kod kullanılacağını, kodların sıralamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
d. DM ile mikrovasküler komplikasyonlar durumunu ve kaç kod kullanacağını, kodların sıralamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
e. Diyabetik ayak ve ayak ülseri kodlamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>34. Kardiyak arrest ile ilgili kodlama standardını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>35. Koroner arter bypass greft ile ilgili kodlama standardını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>36. Sürekli solunum desteği (SSD) kodlama standardını biliyor mu?</b>		
a. SSD'nin 24 saat altında kimlere yapıldığını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Entübasyonun hangi durumlarda kodlandığını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
c. Non-invaziv ventilasyonun hangi durumlarda kodlandığını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>37. Gebeliği komplike eden durumların kodlaması biliniyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>38. Gebelikte tekli spontan vajinal doğum (O80) kodunun hangi durumlarda kodlanacağını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>39. Z37.-Doğum sonucu ve Z38-Doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler kodlarına ilişkin standardı biliyor mu?</b>		
a. Z37.-Doğum sonucu koduna ilişkin standardı biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Z38-Doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler koduna ilişkin standardı biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>40. Yenidoğana yönelik spesifik müdahaleler ile ilgili kodlama standardını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>41. Yenidoğanın prematüre ve/veya düşük doğum ağırlığı olması ile ilgili durumlarda kodlama standartlarını biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>42. Uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımına bağlı bozuklukların kodlamasına ilişkin standartları kodlamacı biliyor mu?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<b>43. Depresyonun kodlanmasına ilişkin standartları klinik kodlamacı biliyor mu?</b>		
a. Postnatal depresyon kodlamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
b. Diğer depresyonların kodlamasını biliyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>





## AÇIKLAMA

Yerinde değerlendirme formu şimdiye kadar olan değerlendirmelerde tespit edilen ve yerinde değerlendirilmesi gereken hususlar olarak düzenlenmiştir. Sonraki yerinde değerlendirmelere ilişkin tespit edilen ihtiyaç ve analiz sonuçlarına göre Klinik Kodlama Yerinde Değerlendirme Gözlem Formunda revizyonlar yapılacaktır.

## YERİNDE DEĞERLENDİRME PUAN HESAPLAMASI

Sağlık tesislerinin TİG farkındalığını artırmak, ürettikleri hizmeti doğru ve eksiksiz tanımlanıp kodlanmasını sağlamak amacıyla değerlendirme ekipleri ile birlikte kodlamaya ilişkin süreçleri gözlemlemekte ve tespit edilen problemleri TİG Birimi ve sağlık tesisi yöneticiler ile beraber çözüm yolu aranmaktadır. Yapılan değerlendirme sürecinde hazırlanan Klinik Kodlama Değerlendirme Gözlem Formu ile Kurum ve tesis arasında bağlantı sağlamaktadır. Bu kapsamda hazırlanan gözlem formu ile klinik kodlama eğitimin gereksiniminin belirlenip sistemin doğru veri girişimi sağlanarak sağlık tesislerine adil bir ödeme gerçekleştirilmektir.

Kurumumuz tarafından gerçekleşen yerinde değerlendirme sonucunda alınan puan kriterleri Klinik Kodlama Değerlendirme Gözlem Formu ile belirlenmektedir. Klinik Kodlama Değerlendirme Gözlem Formu sağlık tesisi genel değerlendirme ve klinik kodlamacı değerlendirmesi diye 2 ana alt başlık altında oluşmaktadır. Sağlık tesislerinin genel değerlendirilmesinden alınan puanın %50'si ve kişi bazında değerlendirilen klinik kodlamaçıların aldığı puanların ortalamasının %50'si alınarak tesisin puanı belirlenmektedir.

**DEĞERLENDİRME PUAN KRİTER CETVELİ**

BÖLÜM	GÖZLEM	CEVAP	PUAN
Sağlık Tesisi Genel Değerlendirilmesi	1. Sağlık Tesisi TİG Sorumlu Yöneticisi belirlenmiş mi?	Evet	5
		Hayır	0
	2. TİG Birimi kurulmuş mu?	Evet	5
		Hayır	0
	3. TİG Birim sorumlusu belirlenmiş mi?	Evet	5
		Hayır	0
	4. Çalışma ortamı uygun mu?	Hepsi Evet	5
		Her evet 1 Puan	
		Hepsi Hayır	0
	5. TİG Biriminde kaç klinik kodlamacı var?	Eğitimsiz kodlayıcı mevcut ise	-5
		Eğitimsiz kodlayıcı yok ise	10
	6. Ortalama taburcu sayısına göre TİG Biriminde çalışan klinik kodlamacı sayısı yeterli mi? (Değerlendirici Kriterleri 1.2.2. Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	5
		Hayır	0
	7. TİG Biriminde çalışanlar başka bölümlerde çalışıyor mu? (Değerlendirici Kriterleri 1.2.2. Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	0
		Hayır	5
	8. Klinik kodlama dosya üzerinden mi gerçekleşiyor? (Değerlendirici kriterleri 1.4. Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	5
		Hayır	0
	9. Teknik donanım yeterliliği ile ilgili aşağıdaki maddelere uygun yanıtı veriniz.	4 Evet sayısı	4
		Her Evet 1 Puan	
		Hayır sayısı	0
	10. Dosya içeriği ile epikriz uygunluğu var mı?	6 Evet sayısı	6
		Her Evet 1 Puan	
Her Hayır sayısı		0	
11. TİG çalışmalarında görev alan danışman hekim var mı?	Evet	5	
	Hayır	0	

Sağlık Tesisi Genel Değerlendirilmesi	Not: 12. Soru, Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan dokümanlar çerçevesinde doldurulacaktır.		
	12.a. Sağlık Tesisinin TSİM / TİG Yatan Hasta Oranı...%.....	Grup ortalaması $\pm$ %10 ise	10
		Grup ortalaması $\pm$ %11-%30 ise	6
	Sağlık tesisinin grup ortalaması TSİM/TİG oranı %.....	Grup ortalaması $\pm$ %31-50 arasında ise	3
		Grup ortalaması $\pm$ %50 ise	0
	12.b. Sağlık Tesis VKİ.....	Grup ortalamasının üstünde ve %10 altına kadar	10
		Grup ortalamasının %11 - %30 altında ise	6
		Grup ortalamasının %31 - %50 altında ise	3
		Grup ortalaması %50 altında ise	0
	12.c. Sağlık Tesis Ortalama Bağlı Değeri..... Grup Ortalama Bağlı Değeri.....	Grup ortalamasının üstünde ve %10 altına kadar	10
		Grup ortalamasının %11 - %30 altında ise	6
		Grup ortalaması %31 - %50 altında ise	3
		Grup ortalaması %50 altında ise	0
	13. Çalışanlara TİG'e yönelik bilgilendirme toplantısı yapılarak kayıt altına alındı mı? Yılda en az 2 kez bilgilendirme toplantısı yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	Evet	5
		Hayır	0
	14. TİG sistemine gönderilen verilerin analizi her dönem sonu sorumlu yönetici ve birim sorumlusu tarafından yapılıyor mu?	Evet	5
		Hayır	0

**KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRMESİ**

KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRMESİ	1. Kodlamada kullanılması gereken kaynaklar biliniyor mu?	4 Evet	4
		Her Evet 1 puan	
		Hayır	0
	2. Sisteme veri gönderimi sırasında yatan ve günübirlik hasta ayırımı biliyor mu? (Sisteme veri gönderimi sırasında yatan ve günübirlik hasta ayırımını Klinik Kodlama İşlem Giriş Kılavuzuna göre gerçekleştirip gerçekleştirmediği sorgulanır)	Evet	4
		Hayır	0
	3. Kodlamada ana tanı seçiminde hata var mı?	Evet	0
		Hayır	2
	4. Ek tanı / tanıları seçim hatası var mı?	Evet	0
		Hayır	2
	5. Gereksiz belirti ve bulgu kodlaması var mı?	Evet	0
		Hayır	2
	6. Ana tanı, ana işlem uyumsuzluğu var mı?	Evet	0
		Hayır	2
	7. Hançer yıldız kuralı doğru kullanılıyor mu?	Evet	2
		Hayır	0
	8. Kanserlere ilişkin kodlama kurallarına uyuluyor mu? (a. şıkında /0 /1 /3 /6 uygunluğu sorgulanacak.	4 Evet	4
Her Evet 1 puan			
Hayır		0	
9. Kişisel ve aile öyküsü kodunun ne zaman kodlanacağını biliyor mu?	Evet	2	
	Hayır	0	
10. Gerçekleşmeyen cerrahi işlemlerde kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini biliyor mu?	Evet	2	
	Hayır	0	
11. Yanıklara ilişkin kodlama standardını biliyor mu? (a. şıkında yüzey alanı, yanık derecesi gibi...)	Evet	3	
	Hayır	0	
12. Yaralanma kodlama standardını biliyor mu?	4 Evet	4	
	Her Evet 1 puan		
	Hayır	0	
13. Zehirlenme kodlama standardını biliyor mu?	3 Evet	3	
	Her Evet 1 puan		
14. Advers etki kodlamasına ait standartları kodlamacı biliyor mu?	Evet	1	
	Hayır Sayısı	0	
15. Komplikasyon (işlem sırası ve sonrasında) kodlamalarına ilişkin standardı biliyor mu?	Evet	1	
	Hayır	0	
16. Sekel kodlamalarına ilişkin standardı biliyor mu?	2 Evet	2	
	Her Evet 1 puan		
	Hayır	0	

KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRME	17. Antikoagulan kullanımına ilişkin standardı biliyor mu? (a. şıkkında cerrahi öncesi Z92.1 hastalık kodu sorgulanır. b. şıkkında D68.3 hastalık kodu sorgulanacak.)	Evet	2
		Her Evet 1 puan	
		Hayır	0
	18. Kontrol amaçlı yatışlara ilişkin ana tanı ve ek tanı kodlama standardını biliyor mu?	Evet	1
		Hayır	0
	19. Takip amaçlı yatışlarda ana tanı, ek tanıya ilişkin standardı biliyor mu? (takip edilen hastalık bulunduğu zaman ek tanı olarak Z'li kodun atanmayacağı sorgulanmalı.)	Evet	1
		Hayır	0
	20. Ek tanı kriterlerine uymasa da kodlanması gereken durumları biliyor mu?	3 ve üzeri Evet Sayısı	2
		Hayır Sayısı	0
	21. Gastroenterit kodlama standartları biliniyor mu?	2 Evet	2
		Her Evet 1 puan	
		Hayır	0
	22. Komaya/Travmatik bilinç kaybına ilişkin kodlama kurallarını biliyor mu?	Evet	2
		Her Evet 1 puan	
		Hayır	0
	23. Diyalize ilişkin kodlama standartlarını biliyor mu? (Değerlendirici kriterleri 6 Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	2
		Hayır	0
	24. Revizyonlara ilişkin yapılan hastalıkların kodlama kuralı biliniyor mu? (Revizyonların genel standartları ve komplikasyonlu durumlar için sorgulanacaktır)	2 Evet	2
		Her Evet 1 puan	
		Hayır	0
	25. Asıl tanının ve işlemlerin alt kırımlarının bulunmasını biliyor mu?	2 Evet	2
		Her Evet 1 puan	
		Hayır Sayısı	0
	26. Enfeksiyon/İlaca dirençli mikroorganizmaların kodlamasına ilişkin standardı biliyor mu?	2 Evet	2
		Her Evet 1 puan	
		Hayır	0
	27. Anestezi altında gerçekleştirilen işlemlerin kodlanması ile ilgili standartları biliyor mu?	8 Evet	4
		Her Evet 0,5 puan	
Hayır Sayısı		0	
28. ASA skoru kullanımına ilişkin kodlamayı doğru olarak yapabiliyor mu?	2 Evet	2	
	Her Evet 1 puan		
	Hayır	0	

KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRMESİ	29. Skopi altında gerçekleştirilen cerrahi işlemlerde kodlamanın nasıl yapılması gerektiğini biliyor mu?	Evet	2
		Hayır	0
	30. Sözleşmeli işlemlerin kodlanmasına ait standartları/standartı kodlamacı biliyor mu?	Evet	2
		Hayır	0
	31. Organ temini, transplantasyonuna teminine ait standartları kodlamacı biliyor mu?	Evet	2
		Her Evet 1 puan	
	32. Terapötik aferez ile transfüzyon ayrımı biliniyor mu? (Değerlendirici kriterleri 6 Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	1
		Hayır	0
	33. Diyabete ilişkin genel kodlama standartlarını kodlamacı biliyor mu?	5 Evet	5
		Her Evet 1 puan	
		Hayır Sayısı	0
	34. Kardiyak arrest ile ilgili kodlama standardını biliyor mu? (Değerlendirici Kriterleri 12.1 Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	2
		Hayır	0
	35. Koroner arter bypass ile ilgili kodlama standardını biliyor mu? (Değerlendirici Kriterleri 12.3 Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	2
		Hayır	0
	36. Sürekli solunum desteği (SSD) kodlama standardını biliyor mu?	3 Evet	3
		Her Evet 1 puan	
		Hayır Sayısı	0
	37. Gebeliği komplike eden durumların kodlaması biliniyor mu? (Avustralya Kodlama Standardı 1521'e uygun mu?) (Değerlendirici kriterleri 18.9 Nolu standarda göre puanlanır.)	Evet	2
		Hayır	0
38. Gebelikte tekli spontan vajinal doğum O80 kodunun hangi durumlarda kodlanacağını biliyor mu?	Evet	1	
	Hayır	0	
39. Z37.- Doğumun sonucu ve Z38.- doğum yerine göre canlı doğmuş bebekler kodlarına ilişkin standartı biliyor mu?	2 Evet	2	
	Her Evet 1 puan		
	Hayır Sayısı	0	
40. Yenidoğana yönelik spesifik müdahaleler ile ilgili kodlama standardını biliyor mu?	Evet	2	
	Hayır	0	
41. Yenidoğanın prematüre ve/veya düşük doğum ağırlıklı olmasıyla ilgili durumlarda kodlama standartlarını biliyor mu?	Evet	2	
	Hayır	0	

KLİNİK KODLAMA DEĞERLENDİRMESİ	42. Uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımına bağlı bozuklukların kodlanmasına ilişkin standartları biliyor mu?	Evet	1
		Hayır	0
	43. Depresyonun kodlamasına ilişkin standartları klinik kodlamacı biliyor mu?	2 Evet	2
		Her Evet 1 puan	
		Hayır Sayısı	0
	44. Yukarıda sorgulanan standartların haricinde diğer standartlarla ilgili klinik kodlamacının hâkimiyetine ilişkin 5 puan için açıklamaları ile birlikte değerlendirme kanaati yapılacaktır	Evet	5
		Hayır	0



T.C. Sağlık Bakanlığı

## Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İZLEME, ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME KURUM BAŞKAN YARDIMCILIĞI  
KLİNİK TANI VE MALİYET YÖNETİMİ DAİRE BAŞKANLIĞI

Nasuh Akar Mh. 1407. Sk. Pk:06520 Çankaya/Ankara

tkhk.tig@saglik.gov.tr